

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ”

por

Milena Nogueira Ferreira

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Magalhães

Rio de Janeiro, julho de 2009.

Esta dissertação, intitulada

“Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ”

apresentada por

Milena Nogueira Ferreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Luciene Burlandy Campos de Alcântara

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna

Prof.^a Dr.^a Rosana Magalhães – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 07 de julho de 2009.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

F383 Ferreira, Milena Nogueira

Programas de transferência condicionada de renda e acesso aos serviços de saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. / Milena Nogueira Ferreira. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

xiii, 137 f., il., tab., graf.

Orientador: Magalhães, Rosana

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Pobreza. 2. Programas Governamentais. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 5. Direito à Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.882098153

*À minha mãe, que sempre esteve comigo
e contribuiu imensamente para que
este sonho se tornasse realidade.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus,

À minha mãe, por estar sempre ao meu lado, me incentivando em todos os momentos, e principalmente por acreditar e vibrar comigo cada conquista.

Ao meu irmão Wendell, obrigada pelo incentivo diário. Nos momentos em que mais precisei você me ajudou a prosseguir!

À orientadora Rosana Magalhães, obrigada pela oportunidade, paciência, colaboração e apoio durante todo o curso de mestrado.

À professora Regina Bodstein, agradeço todas as oportunidades de aprendizado.

Às professoras Luciene Burlandy e Mônica Senna, que aceitaram participar da avaliação desta pesquisa e pelas valiosas contribuições neste projeto

Aos colegas do curso de mestrado em especial a Kátia Cunha, Cristiane Santana e Claudia Bocca. Muito obrigada!

À Angela Virgínia Coelho, também estudante de mestrado, foi minha grande companheira ao longo desta caminhada. Obrigada amiga, pelas palavras de sabedoria que tanto contribuíram na dissertação.

Às minhas amigas, Cássia Soares, Elisangela Moraes, Lívia Abreu, Riva Nantes, Rosilene Costa e a minha cunhada Natalícia de Oliveira. Sei que posso contar sempre com vocês, muito obrigada!

A todos os familiares que contribuíram ao longo desse percurso, com palavras de incentivo e sabedoria. Em especial a minha prima Raiane Nogueira, pela disponibilidade de me ajudar, nos momentos finais deste trabalho.

Aos gestores e profissionais que atuam no âmbito do Programa Bolsa Família no Rio de Janeiro que contribuíram na realização desta pesquisa e aos beneficiários do Programa Bolsa Família, pela disponibilidade em participar do grupo focal.

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em outubro de 2003, a partir da unificação de quatro programas federais de transferência de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Vale Gás), sendo destinado a famílias pobres e extremamente pobres, no qual o critério de inclusão é a renda *per capita*. O Programa articula a transferência de renda a condicionalidades da saúde e educação, que são responsabilidades que toda família deve cumprir para se manter no Programa. A exigência dessas contrapartidas tem provocado um intenso debate no campo das políticas públicas. De um lado, pesquisadores e gestores compreendem a estratégia como oportunidade de melhorar o acesso aos serviços públicos. Por outro lado, há a abordagem de que os direitos sociais, incluindo o acesso aos serviços de saúde, são incondicionais. O presente trabalho analisa o processo de implementação do Programa Bolsa Família na região de Manguinhos, no que se refere ao acompanhamento das ações de saúde previstas para a população beneficiária, identificando os limites e as potencialidades no cumprimento das chamadas “condicionalidades”, em um contexto local marcado por precária infra-estrutura urbana e dificuldades no acesso aos equipamentos públicos. O período desta pesquisa foi de março de 2007 a dezembro de 2008 e a metodologia utilizada foi o estudo de caso, com a análise de documentos oficiais do PBF, entrevistas com gestores e profissionais que atuam nas diversas secretarias (saúde, educação e assistência social) e grupos focais com famílias beneficiárias. Essa experiência revelou fragilidades institucionais como: pouca qualificação dos profissionais, ausência de incentivos, falta de recursos humanos, ênfase na questão burocrática e oferta insuficiente de ações e serviços de saúde. Contudo, um aspecto positivo observado foi a busca de maior integração dos beneficiários às demais ações e iniciativas sociais locais.

Palavras Chaves: Pobreza, Programas de Transferência Condicionada de Renda, Direito à Saúde.

ABSTRACT

The Bolsa Família Program (BFP) was created in October 2003, from the unification of four federal cash transfer programs (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Vale Gás), destined to poor and extremely poor families, in which the inclusion criterion is the *per capita* income. The Program articulates the income transfer with conditionalities of health and education, which are responsibilities that all families must accomplish to continue in the Program. The exigency of these counterparties has been causing an intense debate in the public politics area. On the one hand, researchers and managers understand the strategic as an opportunity to improve the public services access. On the other hand, there's the approach that the social rights, including the health services access, are unconditional. The present paper analyses the implementation process of the Bolsa Família Program in the Manguinhos region, concerned to the attendance of the health actions, destined to the beneficiaries, by identifying the limits and the potentials in the accomplishment of what is called "conditionalities", in a local context marked from a precarious urban infrastructure and difficulties in the public equipments access. The period of this search was from March 2007 to December 2008 and the methodology was the case study, with the analysis of BFP official documents, interviews with managers and professionals that work in the different secretariats (health, education and social assistance) and focal groups with beneficiaries. This experience showed institutional fragilities, like: not much qualification of professionals, absence of incentives and of human resources, emphasis in the bureaucratic question and insufficient offer of actions and health services. Nevertheless, a positive aspect observed was the search of higher integration between beneficiaries and the other actions and local social initiatives.

Key words: Poverty, Conditional cash transfer programs, Right to Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: A pobreza na agenda pública	5
1.1 Pobreza: conceito e alternativas de enfrentamento	5
1.2 Pobreza, desigualdades sociais e acesso aos serviços de saúde.....	11
CAPÍTULO 2: Programas de transferência condicionada de renda: Trajetória desafios e aprendizados.....	17
2.1 A Trajetória do Programas de Transferência Condicionada de Renda	17
2.2 O Programa de Transferência Condicionada de Renda: a experiência do Brasil	21
2.3 O desenho do Programa Bolsa Família	24
2.4 Gestão das condicionalidades da saúde.....	33
2.5 Dilema das Condicionalidades: Dever ou Direito social?	38
CAPITULO 3: A Abordagem Metodológica.....	45
3.1 Os passos da pesquisa	50
CAPITULO 4: A implementação do Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades da saúde em Manguinhos: contexto, processo e desafios	54
4.1 Aspectos sócio-demográficos	54
4.2 Aspectos sociais e econômicos do bairro Manguinhos	58
4.3 Oferta e Acesso a serviços públicos.....	64
4.4 O Processo de implementação do PBF na região de Manguinhos, RJ.....	74
4.5 Acompanhamento das condicionalidades da saúde em Manguinhos	88
CAPÍTULO 5: Considerações Finais	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS	128

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	12
Figura 2: Diferenciais de saúde segundo a posição social.....	13
Figura 3: Área de abrangência do CSEGSF, 2008.....	58
Figura 4: Fluxo de informações sobre acompanhamento e atualização do PBF e do Cadastro Único na região de Manguinhos, RJ - 2007/2008.....	77
Figura 5: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Educação em Manguinhos, RJ – 2007/2008.....	79
Figura 6: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades da Saúde em Manguinhos, RJ – 2007/2008.....	84
Figura 7: Fluxograma Bolsa Família Município do Rio de Janeiro – Região de Manguinhos – 2007/2008.....	87

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Evolução média do % de beneficiários acompanhados pelo setor saúde, segundo o porte do município, Brasil, 2005-2008.....	37
Gráfico 2: Evolução da média do % de beneficiários do PBF em função da cobertura da ESF, Brasil, 2005-2008.....	37
Gráfico 3: Estado nutricional (Peso/Idade) de crianças menores de sete anos beneficiárias do PBF, atendidas no CSEGSF, durante os meses de novembro de 2006 a dezembro de 2007, Manguinhos, RJ.....	72
Gráfico 4: Estado nutricional (Peso/Idade) de crianças menores de sete anos beneficiárias do PBF em Manguinhos, Rio de Janeiro.....	73

LISTA DE QUADROS:

Quadro 1: Critério de inclusão e valor do benefício do PBF	26
Quadro 2: Condicionalidades do PBF, público alvo e período de acompanhamento	28
Quadro 3: Efeitos para a família com crianças ou adolescentes até 15 anos, diante do descumprimento das condicionalidades no Programa	29
Quadro 4: Efeitos para a família com crianças ou adolescentes de 16 e 17 anos, diante do descumprimento das condicionalidades no Programa	30
Quadro 5: Responsabilidade gestores do PBF no âmbito da União, Estados e Municípios.....	31
Quadro 6: Responsabilidade da União, Estados e Municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde	34

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, que receberam alguma sanção durante os anos de 2006 a 2009.	30
Tabela 2: Total de Famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, total de famílias acompanhadas e que cumpriram as condicionalidades da saúde ao longo dos anos de 2005 a 2008 em todos os municípios do Brasil	36
Tabela 3: População residente, por sexo no Bairro de Manguinhos, nos seus aglomerados sub-normais (favelas), na Região Administrativa, e no município Rio de Janeiro	55
Tabela 4: Distribuição da População por faixa etária no bairro de Manguinhos	55
Tabela 5: Comunidades de Manguinhos e ano de ocupação.....	57
Tabela 6: Dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.....	59

Tabela 7: Média de anos de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios por sexo, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	59
Tabela 8: Percentagem de adolescentes de 15 a 17 anos, por nível educacional e frequência escolar, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.....	60
Tabela 9: Percentagem de adolescentes de 18 a 24 anos, por nível educacional e frequência escolar, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.....	61
Tabela 10: Nível de escolaridade de pessoas de 25 anos e mais, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	61
Tabela 11: Percentual de analfabetos por faixas etárias na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	62
Tabela 12: Percentual de analfabetos funcionais por faixas etárias na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	62
Tabela 13: Percentual de crianças de 10 a 14 anos que trabalham e de crianças e adolescentes de 4 a 5; 5 a 6; 7 a 14 e 15 a 17 anos, fora da escola, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	63
Tabela 14: Percentual de domicílios por rendimento mensal em salário mínimo da pessoa responsável pelo domicílio na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	64
Tabela 15: Percentual de pessoas que vivem em domicílio com água encanada, com banheiro e água encanada, com coleta de lixo e com energia elétrica, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	65
Tabela 16: Percentual de pessoas que vivem em domicílio com televisão, telefone, carro, geladeira e computador, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	65

Tabela 17: Unidades escolares municipais e oferta de serviços de educação na região de Manguinhos, 2009.....	66
Tabela 18: População cadastrada por Comunidade na área adstrita a Estratégia Saúde da Família.....	68
Tabela 19: Taxa de mortalidade de 1 até 5 anos de idade; esperança de vida e taxa de fecundidade, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	69
Tabela 20: Percentual de crianças entre 10 e 14 anos e adolescentes entre 15 e 17 anos, do sexo feminino com filhos, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000	69
Tabela 21: Total de crianças menores de 5 anos atendidas e que realizaram avaliação nutricional no CSEGSF, 2003 a 2005	70
Tabela 22: Total de gestantes atendidas no CSEGSF e total de gestantes beneficiárias do PBF, 2007 e 2008.....	71
Tabela 23: Total de famílias cadastradas no cadastro único, famílias cadastradas com perfil do Programa Bolsa Família e famílias beneficiárias do PBF, 2007 e 2008.....	76
Tabela 24: Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde, famílias totalmente e parcialmente acompanhadas pela Secretaria de saúde e percentual de acompanhamento da saúde no município do Rio de Janeiro, 2005 -2008	81
Tabela 25: Total de famílias beneficiárias a serem acompanhadas pela CAP3.1, 2007 e 2008.....	81
Tabela 26: Total de Família a serem acompanhadas, residentes em Manguinhos, 2007 e 2008.....	83
Tabela 27: Total de famílias acompanhadas pelo CSEGSF, durante o período de dezembro de 2007 a maio de 2008	98

LISTA DE SIGLA

AFDC	- Aid for Families with Dependent Children
AP	- Área Programática
CadÚnico	- Cadastro Único
CAP	- Coordenadoria de Saúde da Área Programática
CAS	- Coordenadoria de Assistência Social
CRAS	- Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CECAN	- Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição
CEMASI	- Centro Municipal de Assistência Social Integrada
CGPAN	- Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CSEGSF	- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias
DLIS	- Desenvolvimento Local Integral e Sustentável
DGE	- Departamento Geral de Educação
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
GAT	- Grupo de Apoio Técnico
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN	- Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IGD	- Índice de Gestão Descentralizada
IGDE	- Índice de Gestão Descentralizada Estadual
INAD	- Instituto Annes Dias
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
IPH	- Índice de Pobreza Humana
IPP	- Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos
MDS	- Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NIS	- Número de Identificação Social

NCHS	- National Center for Health Statistics
PAC	- Programa de Aceleração do Crescimento
PBF	- Programa Bolsa Família
PETI	- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PGRM	- Programa de Garantia de Renda Mínima
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	- Pesquisa de Orçamento Familiar
PSDB	- Partido da Social Democracia Brasileira
PT	- Partido dos Trabalhadores
PTCR	- Programa de Transferência Condicionada de Renda
RMI	- Renda Mínima de Inserção
SAGI	- Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SESAN	- Secretaria Nacional de Segurança Alimentar
SENARC	- Secretaria Nacional de Renda e Cidadania
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMAS	- Secretaria Municipal de Assistência Social
SME	- Secretaria Municipal de Educação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SNAS	- Secretaria Nacional de Assistência Social
SUBAS	- Subsecretaria de Atenção Básica em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

O presente projeto está relacionado com minha trajetória acadêmica e experiência profissional na implementação do Programa Bolsa Família no município de Mangaratiba, RJ. Além disso, integra uma pesquisa mais ampla intitulada *Estudo da Implementação do Programa Bolsa Família no Estado do Rio de Janeiro - A Experiência de Manguinhos*, envolvendo pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição (CECAN/FIOCRUZ)

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em outubro de 2003, através da Medida Provisória nº 132, sendo um programa de transferência de renda condicionada, a nível nacional, destinado a famílias pobres e extremamente pobres. O PBF surge a partir da unificação de quatro programas federais de transferência de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Vale Gás), com o objetivo de melhorar a gestão e maximizar o gasto social do governo federal, utilizando como critério de inclusão a renda *per capita* familiar. ⁽¹⁾

De acordo com as normatizações estabelecidas pelo governo federal, a transferência monetária do PBF se articula a condicionalidades, que são responsabilidades que toda família beneficiária deve cumprir para continuar no Programa. A exigência das condicionalidades está baseada em evidências empíricas que apontam a relação entre pobreza e indicadores de saúde e educação, onde os pobres apresentam menor nível de escolaridade, maiores taxas de mortalidade e morbidade, menores expectativa de vida e maiores dificuldades em utilizar os serviços públicos.

Assim, para os formuladores do programa, as condicionalidades funcionam como estratégias para ampliar o acesso da população pobre aos serviços públicos, em especial os de saúde, educação e assistência social, reduzindo a pobreza inter-geracional através do aumento do capital humano. Dessa forma, o PBF manteve as condicionalidades dos seus antecessores, no qual todas as famílias com crianças menores de sete anos devem levar seus filhos periodicamente ao serviço de saúde para realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e a atualização do calendário de vacinas. Além disso, as gestantes devem realizar o acompanhamento do pré-natal e participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável. No que tange às contrapartidas da educação, as crianças e adolescentes

devem ter frequência escolar de no mínimo 85% e 75%, respectivamente. A normatização do Programa determina ainda, que o não cumprimento das condicionalidades pode ocasionar a suspensão ou bloqueio do benefício.

A exigência de contrapartidas tem provocado um intenso debate no campo das políticas públicas de transferência de renda e combate à pobreza. De um lado, conforme já relatado, pesquisadores e gestores compreendem as condicionalidades como oportunidade de melhorar o acesso da população pobre aos serviços públicos de saúde e educação, rompendo, portanto, a perspectiva assistencialista tradicional dos programas voltados aos mais pobres. Por outro lado, inúmeras críticas são feitas ao tratamento, no âmbito das *conditional cash transfers* no conjunto de prerrogativas de cidadania como obrigação, e não como direitos incondicionais da população.

Diante disso, desde a implementação do Programa Bolsa Família e principalmente quando em 2005 o governo federal iniciou o processo de monitoramento das condicionalidades, algumas questões vêm sendo suscitadas: O Programa Bolsa Família tem proporcionado um melhor acesso da população pobre aos serviços de saúde? As condicionalidades exigidas são as mais adequadas para atingir os objetivos do Programa?

Nesta direção, ao ingressar no mestrado acadêmico da ENSP busquei explorar tais questões reunindo elementos do meu cotidiano como profissional de saúde e o necessário aprofundamento teórico-metodológico para a análise de processos de implementação de políticas sociais. Dentro da perspectiva de valorizar contextos locais onde emergem, com maior clareza, limites e possibilidades ligados a operacionalização de programas e a dinâmica de relações entre os atores sociais envolvidos, o foco do meu estudo foi a experiência de implementação do Programa Bolsa Família em Manguinhos, bairro situado na zona norte do município do Rio de Janeiro.

A região de Manguinhos é formada por quatorze comunidades diferenciadas pelo acesso precário à infra-estrutura básica, apresentando um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e um grande contingente de famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza. A escolha desta região foi motivada tanto pela dificuldade de distanciar-me da experiência de gestão do Programa em Mangaratiba, quanto ao fato de se tratar de um contexto rico de práticas e interação entre a comunidade de Manguinhos e a FIOCRUZ¹.

Além disso, estudos têm apontado um aumento crescente da pobreza nas regiões metropolitanas, onde uma grande quantidade de famílias vive em situação de extrema miséria, apresentando uma parcela significativa de famílias pobres ^(2,3). Dessa forma, estudar uma política pública de âmbito federal que visa atingir os grupos mais vulneráveis em uma região metropolitana, se torna um grande desafio.

Assim, o presente trabalho tem como proposta realizar um estudo sobre a implementação do Programa Bolsa Família na região de Manguinhos, com foco na análise do desenvolvimento das ações de saúde previstas para a população beneficiária, identificando os limites e as potencialidades no cumprimento das condicionalidades exigidas pelo Programa.

No capítulo 1 são desenvolvidos o conceito de pobreza e o processo de emergência do tema na agenda pública brasileira. A relação entre pobreza, desigualdade social e o acesso aos serviços de saúde são exploradas na perspectiva de favorecer a discussão dos possíveis limites, impactos e avanços da incorporação das chamadas “condicionalidades”.

O capítulo 2 apresenta a trajetória dos programas de transferência condicionada de renda e relata diferentes experiências de transferência de renda no cenário internacional e no Brasil. Além disso, descreve o desenho do Programa Bolsa Família e como deve funcionar a gestão do monitoramento das condicionalidades da saúde, com base nos documentos oficiais do Programa.

No capítulo 3 é apresentado a abordagem metodológica de pesquisa e os caminhos adotados para a avaliação do processo de implementação do PBF.

O capítulo 4 apresenta o processo de implementação do Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades em Manguinhos e para isso se subdivide em quatro partes. Compreendendo o contexto com uma variável de extrema importância na análise de processo de implementação de um Programa, neste capítulo o leitor terá acesso às informações sobre os aspectos sócio-demográficos, sociais e econômicos e a oferta de serviços públicos da região. Por último, será apresentado como se configura o PBF em Manguinhos e como o serviço de saúde está se organizando para atender as famílias beneficiárias.

No capítulo final os resultados deste estudo foram confrontados com outras análises e pesquisas sobre o PBF e nesta oportunidade foi possível notar os limites e potencialidades do Programa no âmbito de ampliar o acesso aos serviços e potencializar o direito a saúde.

¹Estudo da implementação do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. Coordenadora: Dr^a Rosana Magalhães.

DLIS/Manguinhos - Projeto implementado em 1999 no âmbito da ENSP/FIOCRUZ, com o objetivo de integrar diversas iniciativas realizadas na região de Manguinhos em busca do desenvolvimento social.

Projeto AIPS/Manguinhos – O Projeto Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde (AIPS) é uma parceria entre a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com o objetivo de apoiar intervenções de promoção da saúde e metodologias de capacitação em programas sociais e ações intersetoriais em seis municípios selecionados. No Rio de Janeiro o lócus deste projeto é a região de Manguinho, sendo coordenado pela Dr^a Regina Bodstein.

CAPÍTULO 1: A pobreza na agenda pública

1.1 Pobreza: conceitos e alternativas de enfrentamento

O conceito de pobreza pode ser compreendido de diversas formas como: falta de recursos materiais, insatisfação das necessidades básicas, dificuldade de acesso a bens e serviços ou ainda, como falta de alimentos para satisfazer as necessidades nutricionais. De acordo com Monteiro⁽⁴⁾, a maneira mais simples de definir a pobreza seria como, a insatisfação das necessidades básicas: “*pobreza corresponde à condição de não satisfação de necessidades humanas elementares como comida, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, entre outras*”. No entanto, Rocha⁽²⁾ ressalta que definir necessidade básica é extremamente complexo, pois o que é básico para um indivíduo pode não ser para outro, visto que contextos diferentes requerem necessidades também diferenciadas.

De fato, se reconhece que as pessoas satisfazem grande parte de suas necessidades básicas entendidas como alimentação, moradia, vestuário, transporte, educação, saúde e saneamento, através da compra destes bens ou serviços, via recursos monetários. Neste sentido, para analisar a pobreza de um país, é possível utilizar a renda como critério básico, estabelecendo assim, segundo Rocha⁽²⁾ a linha de pobreza e indigência. A linha de pobreza demarca um valor monetário insuficiente para atender as necessidades básicas de um indivíduo e a linha de indigência se refere a um dado valor que é insuficiente para atender as necessidades nutricionais.

Assim sendo, o Banco Mundial chegou a adotar uma linha de pobreza de US\$1 ou US\$2 *per capita* ao dia, onde pobres seriam aqueles com renda inferior a estes valores, considerados essenciais para garantir as necessidades nutricionais mínimas e outras necessidades básicas. Esta padronização baseada no critério renda permite uma comparação entre países, contudo este tipo de análise desconsidera as diferenças culturais e o grau de desenvolvimento de cada nação.⁽²⁾

Apesar do critério renda ser bastante utilizado, não existe um consenso sobre o seu uso, visto que nem sempre as necessidades serão atendidas através da renda. Nesta direção, Amartya Sen, ressalta que o conceito de pobreza não pode se limitar a falta de renda, mas é importante considerar outras necessidades: “*o que podemos ou não fazer, podemos ou não realizar, não depende somente das nossas rendas, mas também da*

variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas e fazem de nós o que somos”.⁽⁵⁾

De certa forma, mesmo compreendendo as diversas dimensões que abrigam o conceito de pobreza, propor um indicador que possa considerar todas essas dimensões e não se limitar a questão da renda, não é uma tarefa simples. Assim, alguns estudos têm investido na construção de um indicador multidimensional, sendo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice de Pobreza Humana (IPH) os mais utilizados.⁽⁶⁾

O IDH foi criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no início da década de 90 e inclui três dimensões (renda, educação e saúde) que são analisadas através de quatro indicadores: taxa de analfabetismo, taxa de matrícula, esperança de vida ao nascer e renda. A maior vantagem deste indicador é a possibilidade de comparar diferentes países a fim de avaliar o grau de pobreza no mundo, no entanto esse indicador não pode ser desagregado, ou seja, não é possível realizar uma análise por família, por gênero ou raça, mas somente por região geográfica.⁽⁶⁾

O IPH também é utilizado pelo PNUD e considera a esperança de vida até os 40 anos, taxa de analfabetismo em adultos e condições econômicas como acesso a serviços de saúde e água potável, e percentual de crianças menores de cinco anos. Uma das limitações deste índice é o uso de apenas quatro indicadores e semelhante ao IDH não permite uma análise por família.⁽⁶⁾

Apesar de conhecer as múltiplas dimensões da pobreza, Rocha⁽²⁾ afirma que no contexto brasileiro o uso da linha de pobreza se faz apropriado e para tanto é comum utilizar como referência o salário mínimo e seus múltiplos. Desta forma, os parâmetros de renda podem ser descritos de maneira arbitrária ou baseados em estudos de orçamentos familiares, onde se busca calcular um valor monetário, que seja capaz de atender as necessidades básicas de uma pessoa.

Assim, a construção da linha de pobreza tem sido baseada em dados de pesquisas sobre o consumo familiar e segue os seguintes passos: identificar as necessidades energéticas mínimas, a partir das características físicas (peso, altura, idade e sexo), individuais e prática de atividades. Em seguida, se determina a cesta básica alimentar de menor custo considerando as necessidades energéticas e por último, é

estipulado o custo das necessidades básicas não alimentares como: habitação, roupas, transportes, saúde, educação, entre outros. A partir destes cálculos se determina a linha de pobreza através da soma entre os dois valores.⁽²⁾

Considerando o critério de renda para análise da pobreza no Brasil, os dados de pesquisas de consumo familiar como a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), revelam uma mudança do perfil de pobreza durante as últimas décadas. Na década de 70, houve um aumento da renda *per capita* que proporcionou uma redução da pobreza absoluta, entendida como a satisfação das necessidades básicas do indivíduo. No entanto, esta mudança ocorreu juntamente com o aumento das desigualdades sociais e regionais. Neste período, a região nordeste e as áreas rurais se destacavam como áreas de maior concentração de pobres do país.⁽²⁾

A década de 80 marca um momento de crise econômica no país, conseqüentemente teve um impacto negativo no perfil da população, ocasionando um aumento da proporção de pobres, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo. Nessa direção, ao final dos anos 90, a pobreza brasileira concentrava-se principalmente nas regiões rurais do nordeste e nas grandes metrópoles.⁽²⁾

De acordo com os dados da PNAD, a redução significativa da proporção de pobres e extremamente pobres no país, ocorreu durante os anos de 1999 a 2005, juntamente com o aumento da renda *per capita* e a redução das desigualdades sociais expressas através do coeficiente de GINI¹. Além disso, se manteve uma queda acentuada da pobreza nas regiões rurais e conseqüentemente um aumento da pobreza urbana. Essa mudança do perfil de pobres entre a região rural e urbana que ocorreu durante as últimas décadas, foi decorrente tanto do aumento populacional da área urbana, como também do alto custo de vida desta região.⁽³⁾

Os resultados positivos da redução da pobreza podem ser visualizados também através do acesso a bens e serviços públicos. Segundo Rocha⁽⁷⁾, a população pobre tem priorizado a compra de bens duráveis como geladeira, fogão e televisão e houve um maior acesso aos serviços públicos (iluminação, água e esgoto) durante os últimos anos. No que diz respeito ao mercado de trabalho, não houve melhorias significativas nas taxas de ocupação para os pobres, no entanto foi possível observar uma redução do trabalho infantil.

A partir dos estudos citados é possível delinear alguns traços do perfil recente de vulnerabilidade e pobreza da população brasileira. Embora o país tenha apresentado avanços em sua economia, juntamente com uma significativa redução das desigualdades sociais e redução dos números de pobres e indigentes, a proporção de pobres no Brasil ainda atinge milhares de pessoas. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada² (IPEA), em 2007, havia cerca de 41 milhões de pessoas pobres e cerca de 14 milhões de indigentes. Além disso, persistem as desigualdades sociais e regionais, onde a região nordeste se destaca enquanto a região com a maior proporção de pobres. Do mesmo modo, neste cenário está presente a desigualdade de gênero, cor e idade. ⁽²⁾

De tal modo, falar de pobreza é ponderar o grau de desigualdade social e para tanto, estratégias de enfrentamento da pobreza devem estar alicerçadas em propostas políticas que visem tanto à redução das iniquidades sociais, como o crescimento econômico do país. ⁽⁸⁾ Destaca-se ainda, a importância de garantir o exercício dos direitos sociais e a implementação de políticas compensatórias combinadas a políticas universais que possam proporcionar o aumento do capital humano³. ⁽⁹⁾

No Brasil, as estratégias de combate a pobreza se destacaram na agenda pública na década de 90 com a discussão dos projetos de renda mínima e a implementação do Plano de Combate à Miséria e à Fome pela Vida e do programa Comunidade Solidária⁽⁹⁾. A primeira proposta de Garantia de Renda mínima surgiu em 1991, através de um projeto de Lei que teve como objetivo garantir uma renda complementar a adultos maiores de 25 anos de idade e com renda *per capita* inferior a 2,5 salários mínimos. Esta iniciativa não foi aprovada, no entanto suscitou a criação de projetos municipais de transferência de renda nos anos posteriores.⁽¹⁰⁾

Em 1993, foi desenvolvido pelo economista José Marcio Camargo, uma proposta de transferência de renda que se apresentava articulada à educação, no qual a família que quisesse continuar recebendo o benefício monetário deveria enviar os seus filhos à escola. O principal objetivo de combinar a renda ao sistema educacional era justamente evitar o trabalho infantil, visto que muitas crianças deixavam de frequentar a escola para contribuir na renda familiar através do trabalho. Além disso, a idéia do economista ao associar a renda a uma política estruturante era de romper o ciclo intergeracional da pobreza em longo prazo.⁽¹⁰⁾

Ainda no ano de 1993, foi criada mais uma proposta de enfrentamento da pobreza no Brasil, a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria pela Vida, sendo uma iniciativa que envolvia tanto o governo como a sociedade civil, através de criação de diversos comitês locais difundidos em todo país. A ação da cidadania esteve pautada em ações de solidariedade que envolvia voluntários e buscava alternativas para o enfrentamento da fome e da pobreza através de doações e outras ações sociais. Embora o Comitê não tivesse a proposta de vincular as ações desenvolvidas a alguma contrapartida, um estudo realizado por Magalhães⁽¹¹⁾ no período de 1996 a 1997, em comitês localizados no Rio de Janeiro, evidenciou tal prática. Alguns voluntários articulavam ações assistenciais, a alguma responsabilidade para a família, pois entendiam que *“receber sem retribuir era uma atitude desaprovada, pois tinha o sentido de perda de dignidade e de desistência de luta cotidiana”*.

Em 1995 foi estabelecido o Programa Comunidade Solidária com a participação dos três entes governamentais e se manteve até o ano de 1998. O Comunidade Solidária teve como proposta a implementação de uma agenda básica composta por dezesseis programas que atuavam em seis áreas: alimentação e nutrição, redução da mortalidade infantil, educação, apoio a agricultura familiar, geração de renda e qualificação profissional.⁽¹²⁾

O debate sobre as políticas de renda mínima e a idéia de associar a transferência de renda ao sistema educacional, impulsionou a implantação das primeiras experiências de renda mínima, que ocorreram em 1995 no âmbito do governo de Cristovam Buarque e instituiu o Programa Bolsa Escola em Brasília. Posteriormente, foram implantadas experiências similares em Campinas e Ribeirão Preto, que incentivaram diversos municípios e estados a adotarem a estratégia de transferência de renda. A partir dessa diversidade de iniciativas, foi aprovada em 1997, uma lei federal onde o governo apoiaria financeiramente os municípios que implantassem programas de transferência de renda vinculados a ações sócio educativas.^(10,13)

Nesse contexto, em março de 2001, foi instituído no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o primeiro programa nacional de transferência de renda, o Programa Bolsa Escola, cujo critério de seleção estava vinculado à renda familiar *per capita* inferior a ½ salário mínimo⁴ e a presença de crianças com idade entre seis e quinze anos matriculadas em estabelecimentos de ensino fundamental regular, com no mínimo oitenta e cinco por cento de frequência escolar. No Bolsa Escola, o governo

federal ficou responsável pela transferência de renda no valor de R\$15,00 por filho, sendo incluído no máximo três crianças por família. A responsabilidade municipal era realizar o processo de cadastramento, gestão, acompanhamento da frequência escolar das crianças beneficiárias e desenvolvimento de ações sócio educativas.⁽¹⁴⁾

Em seguida foi criado o Programa Bolsa Alimentação, sob a coordenação do Ministério da Saúde, que transferia recursos financeiros às famílias com renda *per capita* inferior a um valor estabelecido nacionalmente⁵ e com crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, gestantes e nutrizes em risco nutricional. No ano seguinte, foi instituído mais um programa de transferência de renda, o Vale Gás, que esteve sob responsabilidade do Ministério de Minas e Energia.^(15,16)

Em 2003, início do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), se destacou como prioridade governamental o combate a fome e a pobreza através da instituição do Projeto Fome Zero, que integrou diversas ações políticas divididas em quatro eixos: acesso aos alimentos; fortalecimento da agricultura familiar; geração de renda; e articulação, mobilização e controle social⁶. Uma das primeiras ações no âmbito do Programa Fome Zero foi a criação do Cartão Alimentação, sendo uma estratégia para garantir as famílias recursos financeiros para a compra de alimentos, gerenciado pelo Ministério da Segurança Alimentar e Combate à Fome.⁽¹⁷⁾

Em outubro de 2003, foi instituído o Programa Bolsa Família, considerado “o carro chefe do Fome Zero”⁷, a partir da unificação dos programas de transferência anteriores e com um grande investimento do governo federal através da transferência direta de renda às famílias. Até junho de 2007, o Programa atendeu cerca de 11 milhões de famílias pobres e extremamente pobres, com gasto federal em torno de R\$ 682 milhões atendendo 5.560 municípios⁽¹⁸⁾.

Conforme já foi ressaltado, o PBF articula a transferência do benefício a compromissos que devem ser cumpridos pelas famílias, denominados de condicionalidades. A perspectiva dos formuladores ao instituir as condicionalidades é ampliar o acesso da população pobre aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, compreendendo que pobreza, desigualdades sociais e acesso aos serviços, se apresentam fortemente correlacionados.

1.2 Pobreza, desigualdades sociais e acesso aos serviços de saúde

Diversos estudos têm demonstrado a forte relação entre pobreza e condições de saúde, onde os pobres tendem a adoecer mais, apresentam maiores taxas de mortalidade, menor expectativa de vida e utilizam menos os serviços de saúde, o que tende a agravar ainda mais, as condições de vida deste grupo.

As diferenças nas condições de saúde de uma população, decorrente de fatores sociais, são descritas por Whitehead⁽¹⁹⁾ como iniquidades em saúde, entendidas como “*diferenças desnecessárias, evitáveis e consideradas injustas*”. De fato, não se espera que toda a população tenha o mesmo nível de saúde, pois a prevalência de algumas doenças é determinada por fatores fisiológicos como gênero, idade, raça e quando se fala em iniquidade é importante identificar se as condições de saúde de um indivíduo ou grupo são decorrentes de uma escolha individual, ou se está fortemente relacionada aos fatores sociais, denominado por alguns autores como determinantes sociais em saúde.

As iniquidades em saúde têm sido evidenciadas em diversos países e entre regiões de um mesmo país. Assim, a preocupação com as condições sociais que afetam as condições de vida da população ganha destaque no final dos anos 70, com a Conferência da Alma Ata, que teve suas atividades baseadas no lema “*Saúde para todos no ano 2000*”. Nesta Conferência foi discutida a importância, da redução das desigualdades em saúde, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento e ainda, a redução das desigualdades dentro dos próprios países.^(19,20, 21)

Reconhecendo a relação entre os fatores sociais e condições de saúde de uma população, alguns autores se propuseram a descrever de uma maneira simples a influência dos determinantes sociais em saúde através de modelos explicativos, como os modelos de Dahlgren e Whitehead (1991) e Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

No modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) - Figura 1 - os determinantes sociais em saúde se apresentam organizados em diferentes camadas, desde a camada mais próxima do indivíduo, que se situa na base do modelo, até as camadas mais distantes. Na base deste modelo encontram-se os indivíduos com suas características (gênero, idade e fatores hereditários) que obviamente exercem influência nas condições de saúde do mesmo. A camada seguinte representa o comportamento e estilo de vida, que se apresenta relacionada com as camadas que a envolvem, pois este

último depende não somente de fatores individuais, mas é influenciado pelos determinantes sociais em saúde, estando fortemente associado ao acesso a informações, propaganda, pressão de pares, alimentos saudáveis e espaços de lazer.

A próxima camada representa as redes sociais e comunitárias, que expressa o nível de coesão social. Segundo Buss e Pelegrine Filho⁽²⁰⁾, países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, têm um menor investimento nas redes de apoio social, consideradas essenciais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Posteriormente, estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais, como saúde e educação. Por último, estão representados os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e inclui às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade.

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



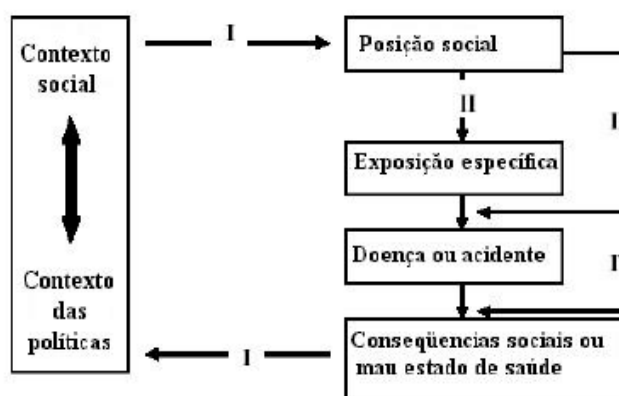
Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

O modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), apresentado na Figura 2, enfatiza a estratificação social gerada pelo

contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais podem provocar diferenciais de saúde.

Neste modelo, o número I, representa a posição social de cada indivíduo como resultado de diversos mecanismos sociais que geram e distribuem poder e/ou riqueza, como por exemplo, o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social do indivíduo, ou grupo populacional, as exposições serão diferenciadas a condições que causam danos a saúde (II) e haverá um diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doenças, uma vez expostos aos riscos (III) e um diferencial de conseqüências no caso de se contrair uma doença (IV). As conseqüências sociais ou mau estado de saúde depende do impacto que um determinado evento pode ocasionar nas condições de sócio econômicas de um indivíduo ou família. ⁽²²⁾

Figura 2: Diferenciais de saúde segundo a posição social



Fonte: Diderichsen e Hallqvist (1998).

A perspectiva destes modelos explicativos é identificar os principais fatores sociais que interferem nas condições de saúde de uma população e os motivos pelos quais os grupos mais desfavorecidos tendem a apresentar maiores taxas de morbimortalidade, a fim de propor políticas que possam melhorar a qualidade de vida e ampliar o acesso ao serviço de saúde, reduzindo assim, as iniquidades em saúde. Diderichsen et al (2002), ressaltam que para reduzir as iniquidades em saúde é importante considerar os fatores que influem na estratificação social; a exposição aos

fatores que afetam a saúde; a vulnerabilidade dos indivíduos e as conseqüências sociais diferenciadas para a doença.

No Brasil, o debate sobre iniquidades em saúde ganhou destaque na década de 80 com a promulgação da Constituição de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado. O SUS tem como base os princípios da universalidade, integralidade e equidade, para tanto desde a sua promulgação houve a preocupação em garantir a todos oportunidades iguais de acesso aos serviços de saúde.⁽²³⁾

Apesar dos grandes avanços obtidos com a implementação do SUS, ainda persistem situações de iniquidades em saúde. De acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), apresentados no relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, ao se comparar as taxas de mortalidade infantil entre os anos de 1960 e 2006, observamos uma redução significativa entre todas as regiões do país, no entanto, na região nordeste, as taxas de mortalidade se mantiveram maiores que as demais durante todo o período.⁽²⁴⁾

Dentre as ações para a redução da mortalidade infantil se destacam as imunizações que durante os últimos anos, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS), revelaram grandes avanços na cobertura. Este resultado positivo é decorrente do fortalecimento da infra - estrutura da saúde pública e principalmente dos programas de imunização, que estabeleceram as campanhas de vacinação enquanto uma estratégia prioritária de política pública para ampliar o acesso da população a esse serviço e aumentar o percentual de cobertura vacinal nas crianças de zero a seis anos de idade. Contudo, ainda persistem situações de iniquidades, segundo Nunes et al⁽²⁵⁾, de acordo com os dados da PNAD de 1998, dezenove estados apresentavam baixa cobertura de DTP (difteria, coqueluche e tétano). As diferenças entre os segmentos populacionais com relação ao acesso aos serviços e a cobertura vacinal podem ser decorrentes diversos fatores como: custo de deslocamento, tempo gasto para receber cuidados de saúde e pouca informação sobre os benefícios alcançados em utilizar tais serviços.⁽²⁶⁾

No acompanhamento do estado de saúde das crianças, Ribas et al⁽²⁷⁾ observaram uma relação direta entre renda *per capita* e assistência médica adequada. Utilizando como parâmetro o calendário mínimo de consultas do MS, este estudo evidenciou que

quanto menor a renda, menor é o número de consultas. Além disso, observaram a associação entre estado nutricional de crianças de 0 a 59 meses e condições sócio econômicas da família, onde famílias com menor renda apresentam um percentual maior de crianças desnutridas.

O acompanhamento do pré-natal e do parto também é influenciado pela situação social da mulher. O percentual de mulheres pobres que realizam o pré-natal adequadamente (mínimo de seis consultas) é inferior ao de mulheres de melhor condição social⁽²⁴⁾. Corroborando com esses dados, um estudo realizado por Ribas et al⁽²⁷⁾ na região Centro Oeste do país, identificou uma associação direta entre nível de escolaridade, condição social e atendimento adequado de pré-natal com prejuízos na qualidade do atendimento daquelas mulheres com menor renda *per capita*. Além disso, a cor negra ou parda e a baixa escolaridade materna também foram apontadas como variáveis importantes associadas à mortalidade neonatal hospitalar⁽²⁸⁾.

No que diz respeito à utilização de serviços de saúde, pesquisas demonstram que indivíduos de menor renda *per capita*, menor grau de escolaridade e de cor negra ou parda adoecem mais e utilizam menos os serviços de saúde.^(24, 29, 30) A partir dos dados da PNAD de 1998, foi possível observar que cerca 25% da população brasileira nunca foi ao dentista sendo a maioria (50,75 %) residente em domicílios com renda *per capita* inferior a R\$37,75 e apenas 1,5% destes indivíduos apresentavam renda superior a R\$1.813,00.⁽²⁵⁾

Quando se fala em equidade em serviço de saúde é necessário considerar a dimensão geográfica de nosso país e as desigualdades entre as regiões, portanto a distribuição de recursos financeiros entre os níveis de gestão federal e estadual deveria garantir maior igualdade geográfica para o setor saúde entre os estados⁽²⁹⁾. Um estudo realizado por Nunes⁽²⁵⁾ identificou que os estados que recebem maiores transferências de recursos financeiros ainda são aqueles com maior capacidade instalada. Apesar disso, alguns autores ponderam que durante os últimos anos houve avanços na redução das iniquidades em saúde entre as regiões do país, com relação à alocação de recursos financeiros. Este resultado foi encontrado por Vianna et al⁽²³⁾, utilizando dados produzidos pela pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal durante os anos de 1998 e 2000, sobre a questão da iniquidade na área da saúde em alguns municípios brasileiros, onde foi possível visualizar uma melhoria na redução destas iniquidades entre as regiões do país.

Assim diversos estudos têm apresentado evidências empíricas sobre a relação entre desigualdades sociais e condições de saúde onde “*os grupos mais pobres e de baixa escolaridade, os afro-descendentes, os indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste tendem a apresentar as maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde*”.⁽³¹⁾ Diante deste cenário, onde um grande grupo populacional é privado de seus direitos básicos de cidadania se faz necessário repensar políticas que estejam voltadas tanto para a questão da pobreza como da redução das desigualdades sociais. Nesse sentido, surgiram várias experiências de políticas de transferência de renda, voltadas para a população pobre.

¹ Coeficiente de GINI – índice utilizado para cálculo da desigualdade na distribuição de renda que pode variar de 0 a 1, onde 0 representa igualdade social e 1 a extrema desigualdade.

² Estimativa do número de pobres e indigentes no Brasil durante o ano de 2007. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>, acessado no dia 07 de fevereiro de 2009.

³ Educação, capacitação profissional e atenção médica têm sido dimensões incorporadas ao conceito de capital humano. Isto porque as pessoas não podem ser isoladas de seu conhecimento, habilidades, nível de saúde ou valores culturais. A promoção de capacidades e competências que ampliem a liberdade individual e o "empowerment" impacta o capital humano e o bem estar diretamente através do aumento da produtividade e, indiretamente, através do fortalecimento da auto estima e das oportunidades de escolha. Lanzi D. Capabilities, human capital and education. *Journal of Economics* 2007; 36 (3): 424-435

⁴ O valor estabelecido para a inclusão das famílias neste período se refere a R\$ 90,00.

⁵ O valor estabelecido para a inclusão das famílias neste período se refere a R\$ 90,00.

⁶ Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/programas-e-acoas> acessado no dia 03 de janeiro de 2009.

⁷ Como expresso na publicação do Ministério do Desenvolvimento Social, sob o título de Cidadania: O principal ingrediente do Fome Zero, estando disponível em <http://www.fomezero.gov.br/publicacoes>, acessado no dia 03 de janeiro de 2009.

CAPÍTULO 2: Programas de Transferência Condicionada de Renda: Trajetória, Desafios e Aprendizados

2.1. A Trajetória dos Programas de Transferência Condicionada de Renda

Os programas de transferência condicionada de renda consistem na transferência monetária às famílias ou indivíduos, articulados à inserção deste grupo em políticas ou programas sociais nas áreas de saúde, educação e trabalho. A primeira proposta de transferência de renda foi escrita na Inglaterra por Thomas More, em 1516, no livro *Utopia*, e teve como objetivo “assegurar a todos o mínimo para uma sobrevivência digna”⁽¹⁰⁾. Contudo, a renda mínima somente foi instituída sob a forma de lei em 1579 na Bélgica e depois em 1795 na Inglaterra onde ficou conhecida com *Speenhamland Law* ou “sistema de abonos” que garantia uma renda mínima a todos os pobres empregados ou não, desde que o seu salário fosse inferior a um dado valor discriminado em tabela. O valor da transferência da renda teve como base o preço do pão, sendo então o mínimo necessário para garantir a sobrevivência dos pobres.⁽³²⁾

Com uma visão bastante diferenciada da *Poor Law*¹, a *Speenhamland* não fazia nenhuma diferenciação entre pobres desempregados capacitados, daqueles incapazes (idosos, enfermos, crianças ou órfãos) sendo esta uma das críticas a esse sistema. Além disso, segundo Polany,⁽³²⁾ esta lei trouxe conseqüências negativas ao sistema econômico da Inglaterra, pois ocasionou um declínio na produtividade e aumento do número de pobres, resultando em piores condições para a classe trabalhadora. A complementação salarial do sistema de abonos gerou uma redução do valor dos salários pagos pelos empregadores, que passaram a pagar o quanto queriam, visto que o mínimo necessário para a sobrevivência estava garantido por lei.

Este debate mostrou pontos de vista divergentes, com uma forte crença de que as pessoas que fossem beneficiadas deixariam de trabalhar: “ninguém trabalharia por um salário se pudesse sobreviver sem fazer nada”⁽³²⁾. Em contraposição, alguns autores, como o economista Mark Blaug, defendiam a Lei de Assistência aos Pobres, enquanto uma alternativa necessária diante da situação de desemprego estrutural e dos baixos salários. Para os defensores da *Speenhamland*, o recurso financeiro transferido garantiu durante anos, a sobrevivência de muitos pobres. Em 1834, a *Speenhamland* foi abolida agravando ainda mais a situação de pobreza e foi substituída pela *Poor Law Reform* (Nova Lei dos Pobres), quando foi retomada a assistências aos pobres incapacitados

pelas paróquias, através dos abrigos que eram fortemente estigmatizados pela população. ^(10,32)

Ainda no século XVIII Thomas Paine, sugere a primeira proposta de renda mínima incondicional com objetivo de oferecer condições básicas de vida a todos os indivíduos através de transferências de renda. Paine defendia a distribuição de renda incondicional considerando que tudo que é produzido provém de recursos iniciais que são administrados por um empreendedor ou proprietário que para tanto deve pagar um aluguel pela utilização desses recursos. Assim, parte dos seus rendimentos deveriam ser divididos por todos, para compensar a perda da herança natural, pois “*todo o indivíduo nasce no mundo com um legítimo direito a uma certa forma de propriedade ou seu equivalente*”.⁽¹⁰⁾

Nos Estados Unidos, o primeiro programa de transferência de renda foi instituído em 1935, Programa de Auxílio às Famílias com Crianças Dependentes (Aid for Families with Dependent Children _ AFDC), que transferia recursos financeiros a todas as famílias com renda *per capita* inferior a um dado valor, desde que essa família fosse formada por viúvas e que, por tanto apresentavam dificuldades para cuidar dos seus filhos.⁽¹⁰⁾

Posteriormente, em 1974 foi proposto o crédito fiscal por remuneração recebida (*Earned Income Tax Credit _ EITC*), sendo um complemento financeiro que era transferido somente às famílias com filhos e que estivessem inseridas no mercado de trabalho⁽¹⁰⁾. Desde então se destaca no debate de transferência de renda o conceito de *workfare*, que consiste em articular a ajuda pública financeira à inserção no mercado de trabalho. As propostas de transferência de renda sem contrapartidas eram compreendidas pelos conservadores como uma conduta assistencialista que garantia a dependência permanente dos beneficiários. Esta perspectiva orientou a implementação de vários programas em diferentes estados americanos.⁽³³⁾

Assim no cenário internacional foram surgindo diversas experiências de programas de transferência de renda, com diferenciadas perspectivas. A expansão dos programas de transferência de renda se deu principalmente na década de 80, diante do aumento crescente da pobreza, das desigualdades sociais, do desemprego e da precarização do trabalho, decorrente das grandes transformações sócio-econômicas.

Na França, foi instituído em 1988 a Renda Mínima de Inserção (RMI), que teve como principal objetivo a reinserção no mercado de trabalho, dessa forma é firmado um compromisso com o Estado, onde o indivíduo se compromete em participar de diversas ações para sua reinserção social. A RMI estava voltada para a população com mais de 25 anos com renda inferior a 2.200 francos, onde cada conjuge tem o direito a receber um complemento de 1000 francos e mais 600 francos por dependente, por três meses, prorrogáveis por doze meses durante os quais a pessoa deve procurar se inserir no mercado de trabalho. ^(33,34, 35)

Na América Latina, os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR), se destacam na década de 90 enquanto uma estratégia política de combate a pobreza e consistem na distribuição direta de renda a famílias pobres e/ou extremamente pobres articuladas a contrapartidas de saúde e educação. A perspectiva é incentivar a população pobre a utilizar os serviços públicos, assegurando assim o exercício do direito aos serviços de saúde, educação e o acesso a uma alimentação adequada. ⁽³⁶⁾

As primeiras experiências de implementação dos PTCR, na América Latina, ocorreram no Brasil, em 1995, através de iniciativas municipais e no México, em 1997, sob gestão do governo federal. Aos poucos tais experiências foram se disseminando por vários países. As condicionalidades exigidas pela maioria dos programas desenvolvidos nesses países são: a frequência escolar, a manutenção do esquema de vacinação infantil, controle do pré-natal e a participação em ações de promoção da saúde. Cabe às famílias beneficiárias o cumprimento das condicionalidades, sobre a prerrogativa de suspensão temporária ou até mesmo a exclusão. ⁽³⁶⁾

No México, foi criado em 1997, o *PROGRESA* (Programa de Educação, Saúde e Alimentação) voltado inicialmente para a população extremamente pobre das áreas rurais, passando a abranger a população pobre urbana em 2001, quando o programa passou a se chamar *Oportunidades*. O valor do benefício transferido teve como objetivo prestar assistência escolar (incluindo custos de transporte e material escolar) para as famílias com filhos menores de 18 anos de idade, tendo como condicionalidades a exigência da frequência escolar. À medida que as crianças avançam para o ensino secundário, há um aumento no valor do benefício. Além disso, foi evidenciado que as maiores taxas de evasão escolar eram das meninas que abandonavam a escola para realizar atividades domésticas, para tanto, o governo determinou que todas as meninas deveriam receber um incentivo financeiro maior que o valor distribuído aos meninos.

As escolas localizadas nas regiões onde o *Oportunidades* funcionava também recebiam um incentivo financeiro governamental, com o objetivo de compensar o possível aumento na demanda local.⁽³⁷⁾

O *Oportunidades* também articula a transferência de renda ao acesso aos serviços de saúde, no qual todos os beneficiários devem freqüentar periodicamente as unidades de saúde. Além disso, o programa distribui suplementos alimentares para todas as crianças de 04 meses a 02 anos, crianças de 2 a 5 anos em risco nutricional ou desnutridas e mulheres que estão amamentando.⁽³⁷⁾ Uma particularidade do programa é o fato de articular transferência de renda condicional e incondicional, no qual as famílias com idosos recebem \$250 pesos por idoso, sendo este um benefício incondicional.⁽³⁸⁾

Na Colômbia, o Programa *Familias em Acion*, instituído em 1999, transfere um incentivo financeiro mediante o cumprimento de condicionalidades de saúde e educação. Com relação educação, este programa apresenta semelhanças como o Programa *Oportunidades*, onde há uma variação crescente no valor do benefício de acordo com avançar do ensino primário ao secundário. Para a saúde a exigência é que todas as famílias com crianças menores de 07 realizem visitas periódicas aos serviços de saúde para avaliação do crescimento e desenvolvimento, e atualização do calendário de vacinas das crianças. O monitoramento das condicionalidades é realizado através de um formulário entregue às mães que deve ser preenchido nas escolas e centros de saúde e posteriormente, entregue a uma determinada instância municipal.⁽³⁹⁾

Semelhante aos demais PTCR, no Programa *Mi Familia*, da Nicarágua, as famílias recebem a transferência de renda que se encontra vinculada a contrapartidas como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a atualização do calendário vacinal, acompanhamento da freqüência escolar de todas as crianças e ainda, o recebimento de suplementos vitamínicos e antiparasitários. O programa foi criado em 2000 e estabelece um incentivo financeiro, de acordo com número de filhos em idade escolar de cada família, para compra de materiais escolares. A principal inovação do *Mi Familia* é o incentivo financeiro, aos professores e escolas que atendem às famílias beneficiárias e a capacitação regular dos prestadores de serviços, com o objetivo de oferecer serviços médicos de qualidade as comunidades beneficiárias.⁽³⁷⁾

Em 2002, foi lançado no Chile um programa de proteção social (*Chile Solidario*) focalizado em famílias extremamente pobres. A porta de entrada do Chile solidário é o *Programa Puente*, onde as famílias são analisadas através de um formulário que contém informações sobre moradia, educação, inserção no mercado de trabalho e renda. O Programa preconiza visita de assistentes sociais que prestariam um suporte familiar nos casos de violência doméstica, desemprego e dificuldades no acesso aos serviços públicos. O *Puente* se diferencia, pelo fato das transferências financeiras serem decrescente conforme o tempo de permanência no programa e por não determinar condicionalidades similares para todos os beneficiários, tal determinação fica a critério do assistente social, que desenvolve um contrato com as famílias, baseado nos problemas identificados.⁽³⁸⁾

No Paraguai foi desenvolvido em 2005 o Programa *Tekoporã*, voltado à população extremamente pobre residente na área rural e está articulado ao cumprimento de contrapartidas como: atualização da carteira de vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de quinze anos, acompanhamento do pré-natal e monitoramento da frequência escolar, que deve ser no mínimo de oitenta e cinco por cento. No entanto, desde que o programa foi implementado, não tem sido realizado o monitoramento das condicionalidades, devido à falta de recursos humanos nas unidades de saúde e também nas escolas.⁽³⁶⁾

2.2. Programas de transferência condicionada de Renda: a experiência do Brasil

No Brasil, as primeiras iniciativas municipais de transferência condicionada de renda surgiram em 1995, em Campinas, Brasília e Ribeirão Preto, com características similares, o público alvo era famílias pobres com crianças de sete a quatorze anos e renda *per capita* inferior a ½ salário mínimo. Em Brasília o Programa foi instituído durante o governo de Cristovam Buarque, que na época era filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT); em Campinas o Programa foi criado durante a gestão de José Roberto Magalhães Teixeira, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e em Ribeirão Preto na gestão do prefeito Antônio Palocci (PT). A continuidade das famílias nestas iniciativas dependia do cumprimento de condicionalidades da educação, no qual

todas as crianças deveriam ter pelo menos de 80 a 90 % de frequência escolar. Além disso, se exigia um tempo mínimo de residência de dois anos. ⁽¹⁰⁾

A principal estratégia destes programas era o incentivo a educação a fim de reduzir a evasão escolar e a repetência, contribuindo assim para o aumento do capital humano. Em 1998, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi criado o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM), sob gestão do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que fornecia incentivos financeiros aos municípios que implantassem PTCR, com prioridade para aqueles com maiores proporções de pobres. ⁽¹⁰⁾ A falta de recursos financeiros neste período dificultou a implantação de um programa de transferência condicionada nacional, no entanto a proposta do PGRM impulsionou o governo federal a instituir um programa federal de transferência de renda, anos mais tarde. ⁽⁴⁰⁾

Dessa forma em 2001, ainda no governo do Fernando Henrique Cardoso surge o primeiro programa federal de transferência condicionada de renda, o Programa Bolsa Escola, sob a gestão do MEC, semelhante às iniciativas municipais anteriores, o referido programa, esteve voltado às famílias pobres com renda *per capita* de até ½ salário mínimo com crianças de seis a quinze anos, podendo incluir no máximo três crianças por famílias. O principal objetivo do programa foi reduzir a pobreza em curto prazo através da transferência de renda; e em longo prazo, aumentar o nível educacional das crianças, ampliando a capacidade futura de geração de renda e rompendo assim, com o ciclo inter geracional da pobreza, para isto foram criadas as condicionalidades da educação, com a exigência de frequência escolar de no mínimo 85%. ⁽¹⁴⁾

Com o objetivo de combater a desnutrição, melhorar as condições de saúde e nutrição das famílias mais pobres e assim reduzir a mortalidade infantil foi instituído em setembro de 2001, o Programa Bolsa Alimentação, que ficou sob gestão do MS. O Programa esteve voltado para famílias pobres com renda *per capita* de até R\$90,00 e transferia um valor de R\$ 15,00 por cada criança com idade de seis meses até seis anos e onze meses de idade, gestantes ou nutrízes em risco nutricional, incluindo no máximo três filhos por família. Ficou determinado que a duração do Programa seria de seis meses, podendo ser prorrogada, desde que a família cumprisse as contrapartidas exigidas. Dentre as condicionalidades, as gestantes deveriam realizar o acompanhamento do Pré-natal e as crianças deveriam realizar periodicamente o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e manter o calendário vacinal em dia. Além disso, as famílias recebiam orientações nutricionais.⁽¹⁵⁾

Em 2002 foi instituído mais um programa federal de transferência de renda, o Auxílio Gás, que esteve sob responsabilidade do Ministério de Minas e Energia. Neste programa a transferência de renda era incondicional, destinada a famílias pobres com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, beneficiárias do Bolsa Escola ou do Bolsa Alimentação, ou ainda, famílias cadastradas como potencialmente beneficiárias destes programas. O valor do benefício era de R\$ 7,50, sendo pago bimestralmente à mãe ou na ausência desta, ao responsável pela família.⁽¹⁶⁾

Em 2003, na gestão do presidente Lula, foi instituído o Programa Fome Zero, que se destacou como a principal política de combate a fome e a pobreza. Uma das primeiras ações no âmbito do Fome Zero, foi a implantação do Programa Cartão Alimentação. Este programa foi gerido pelo Ministério de Segurança Alimentar e Nutricional e teve como principal objetivo “*garantir as pessoas em situação de insegurança alimentar recursos financeiros ou o acesso a alimentos em espécie*”. Como os demais programas de transferência condicionada de renda o critério de inclusão era a renda familiar *per capita* e o valor do benefício transferido era de R\$ 50,00.⁽¹⁷⁾

O fato dos programas de transferência condicionada de renda estarem vinculados a diferentes secretarias, dificultava o processo de gestão e com isso, o governo federal começou a discutir a possibilidade de integrar tais programas.⁽⁴⁰⁾ Dessa forma, em outubro de 2003 foi criado o Programa Bolsa Família pela Medida Provisória nº. 132 que foi transformada na Lei 10.836 de janeiro de 2004, sendo regida por decretos e medidas complementares editadas posteriormente. O surgimento do programa se deu a partir da unificação dos quatro programas de transferência de renda (Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Vale Gás), onde se buscou além de melhorar a gestão, maximizar o gasto social do governo federal e incorporou as contrapartidas existentes nestes programas. Inicialmente o Bolsa Família foi implantado nas regiões com menor IDH, onde se destacam o Norte e Nordeste do país e em novembro de 2008, já beneficiava cerca de 11 milhões de famílias.

2.3. O Desenho do Programa Bolsa Família

Como já descrito o PBF foi criado em outubro de 2003 no âmbito do governo federal, sendo um programa de transferência de renda com condicionalidades, destinado a famílias pobres e extremamente pobres e teve como objetivo unificar os programas de transferência de renda anteriores. O critério de inclusão no Programa é a renda *per capita* familiar e de acordo com a Medida Provisória nº132 a gestão do programa deve ser descentralizada, com distintas responsabilidades para cada ente governamental, preconizando a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) é responsável pela gestão, coordenação, operacionalização e fiscalização do PBF através do desenvolvimento de ações relacionadas com: a gestão do Cadastro Único² (CadÚnico), pagamentos dos benefícios, monitoramento das condicionalidades e a oferta de programas complementares. Este gerenciamento do MDS se dá mediante a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania³ (SENARC) que trabalha articulada com a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI); a Secretaria Nacional de Assistência Social⁴ (SNAS) e a Secretaria Nacional de Segurança Alimentar⁵ (SESAN).⁽⁴⁰⁾

Na perspectiva de uma gestão integrada foi proposto em janeiro de 2004, o conselho gestor que ficaria sob responsabilidade do MDS, juntamente com representantes do Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, orçamento e gestão; Ministério da Fazenda; casa civil da presidência da república e da Caixa Econômica Federal. Este conselho tem como atribuição, definir normas e procedimentos para a gestão do Programa, bem como apoiar iniciativas de emancipação das famílias beneficiárias.⁽⁴¹⁾

De acordo com o Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004, os objetivos do Programa Bolsa Família são: *“Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público”*.⁽⁴²⁾

Assim, o Programa procura atingir três dimensões, a primeira pretende proporcionar o alívio imediato da pobreza, através da transferência direta de renda; a segunda busca garantir o exercício dos direitos sociais básicos (saúde e educação), através das condicionalidades e por último o programa pretende garantir uma porta de saída desta população através da inclusão das famílias beneficiárias nos programas complementares.

A seleção das famílias beneficiárias é realizada pelo MDS com base nas informações contidas no CadÚnico, utilizando o critério de renda *per capita* que classifica a família em pobre e extremamente pobre. É importante ressaltar, que no início do programa, as famílias pertencentes aos programas de transferência de renda anteriores, foram sendo migradas gradualmente para o PBF e somente depois começou o processo de cadastramento e seleção de novas famílias.

As informações do CadÚnico são preenchidas no município sendo encaminhadas à Caixa Econômica Federal (agente operador do Programa), onde cada pessoa cadastrada recebe um Número de Identificação Social⁶ (NIS). As famílias elegíveis a partir desse cadastro são selecionadas pelo MDS que notifica essas informações a Caixa Econômica Federal, que por sua vez emite o cartão de pagamento no nome do titular da família, sendo preferencialmente a mulher ou na sua ausência o responsável pela unidade familiar.⁽⁴²⁾ A preferência da mulher enquanto responsável pelo benefício da família se baseia na premissa de que mulheres utilizam melhor o benefício financeiro do que os homens, investindo na saúde e na educação da família.⁽⁴⁰⁾

Deste modo, atualmente⁷ são consideradas famílias extremamente pobres aquelas com renda *per capita* abaixo de R\$ 69,00 sendo concedido um benefício mensal fixo de R\$ 62,00, podendo esse valor ser acrescido de R\$ 20,00 por cada gestante, nutriz, criança e adolescente de 0 a 15 anos, até no máximo de R\$60,00. As famílias pobres são aquelas com renda *per capita* de R\$ 69,01 a R\$ 137,00 e recebem apenas o benefício variável de R\$ 20,00 relativos à presença de gestante, criança ou adolescente de 0 a 15 anos, compondo no máximo R\$ 60,00. Em dezembro de 2007, foi publicada a Medida Provisória nº 411, que incluiu o benefício variável jovem destinado a jovens de 16 e 17 anos no valor de R\$ 30,00, até no máximo R\$ 60,00. Com essa alteração na normatização do Programa o benefício pode chegar até R\$ 182,00. Além disso, é importante destacar que o valor dos benefícios financeiros pode ser complementado com recursos do Estado e do município, através do termo de cooperação.⁽⁴³⁾

Quadro 1: Critério de inclusão e valor do benefício do PBF

Renda Mensal <i>per capita</i>	Benefício Básico	Benefício Variável/ Composição Familiar
Até R\$69,00	R\$ 62,00	R\$ 20,00 por criança e adolescente de 0 a 15 anos, gestantes ou nutrizes (até três benefícios) R\$ 30,00 por jovem de 16 ou 17 anos (até dois benefícios)
R\$ 69,01 até R\$ 137,00	----	R\$ 20,00 por criança e adolescente de 0 a 15 anos, gestantes ou nutrizes (até três benefícios) R\$ 30,00 por jovem de 16 ou 17 anos (até dois benefícios)

Fonte: Medida Provisória no. 411, de 28 de Dezembro de 2007
Decreto nº 6824, de 16 de abril de 2009.

No processo de implantação do Programa os municípios assinaram um termo de adesão⁸ com o governo federal e ficou estabelecido as atribuições de cada esfera governamental. Assim, os municípios assumiram o compromisso em formar uma coordenação intersetorial; disponibilizar serviços e estruturas institucionais da área da assistência social, saúde e educação; prestar apoio técnico para a gestão do programa; constituir um órgão de controle social; estabelecer parcerias com instituições governamentais e não governamentais para a oferta de programas complementares e promover articulação com o governo federal e o estado, no acompanhamento das condicionalidades.⁽⁴²⁾

No que se refere à participação do Estado, este também ficou responsável em formar uma coordenação intersetorial; sensibilizar e articular com os gestores municipais prestando apoio técnico-institucional; disponibilizar serviços e estruturas institucionais da área de assistência social, saúde e educação; apoiar e estimular o cadastramento das famílias com perfil para o programa; incentivar os municípios a estabelecerem parcerias com instituições e órgãos governamentais e não governamentais para a oferta de programas complementares e acompanhar o cumprimento das condicionalidades.⁽⁴²⁾

Com relação ao controle social, este deve ser desenvolvido no âmbito local, sendo formalmente constituído e respeitando a paridade entre sociedade e governo. A finalidade do controle social é acompanhar, avaliar e fiscalizar a execução do Programa, bem como acompanhar a oferta de outras políticas públicas sociais voltadas para os

beneficiários e ainda dos serviços necessários para o acompanhamento das condicionalidades.⁽⁴²⁾

Ao analisar as portarias e normatizações instituídas ao longo do processo de implementação do PBF, podemos observar a pouca ênfase que tem sido dada a oferta de programas complementares às famílias beneficiárias. Em linhas gerais os documentos oficiais apenas expressam que é necessário que os entes federados promovam parcerias com instituições governamentais e não governamentais a fim de articular a oferta de programas complementares, contudo a não oferta desses serviços não gera nenhum ônus aos municípios.^(41,42)

A permanência de um beneficiário no PBF depende do cumprimento de condicionalidades da saúde e educação, entendidas como “*a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social*”. De tal modo, a participação dos beneficiários no sistema educacional e de saúde se articula primeiramente com o acesso a estes serviços que deve ser garantido pelos diferentes níveis governamentais que atuam no Programa.⁽⁴²⁾

O monitoramento das condicionalidades fica a cargo do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura. No que se refere a educação, a Portaria Interministerial Nº 3.789, de novembro de 2004, estabelece uma série de funções e atribuições para cada ente governamental, delega ao setor público a responsabilidade pela oferta de serviços de educação enquanto a família deverá cumprir com o seu compromisso incentivando a assiduidade escolar, das crianças e adolescentes beneficiárias. Deste modo, todas as crianças e adolescentes entre seis e quinze anos devem ter frequência escolar mensal mínima de 85% e os adolescentes entre dezesseis e dezessete anos, cujas famílias recebam o benefício variável vinculado ao adolescente, devem frequentar no mínimo 75% da carga horária escolar mensal. O monitoramento da frequência escolar é realizado pela Secretaria de Educação de cada município que deve encaminhar essas informações com uma periodicidade bimestral ao Ministério da Educação, através de um sistema de informação específico do Programa, via internet, conforme expresso no quadro 2.⁽⁴⁴⁾

Na gerência do Programa em nível municipal, deve ser estabelecido um gestor do PBF que ficará responsável por informar ao MEC, a frequência dos alunos

beneficiários, bem como toda e qualquer mudança que ocorrer com aquela família (mudança de unidade escolar, endereço, falecimento etc). No caso de frequência inferior a exigência do Programa, a escola deve comunicar a família e caso seja necessário, ao conselho tutelar. ⁽⁴⁴⁾

O monitoramento das condicionalidades da saúde é gerenciado pelo Ministério da Saúde, sendo de responsabilidade do poder público a oferta de ações e serviços de imunização; vigilância nutricional; pré-natal e atividades educativas aos beneficiários do Programa. De tal modo, famílias com crianças menores de sete anos devem estar com a carteira de vacinação em dia e realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento; as gestantes devem participar do pré-natal e juntamente com as nutrizes devem participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável (quadro 2). ⁽⁴⁵⁾

Com a integração do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) ao PBF em dezembro de 2005, foram instituídas as condicionalidades da assistência social, no qual, famílias com crianças e adolescentes de até quinze anos devem participar de ações sócio educativas com uma frequência mínima de 85%. Ainda em fase piloto, este monitoramento é realizado bimestralmente pela Secretaria de Assistência Social dos municípios (quadro 2).

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

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

Fonte: Portaria Interministerial Nº 3.789, de 17 de novembro de 2004.
Medida Provisória Nº 411, de 28 de dezembro de 2007.
Portaria Interministerial Nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.

O não cumprimento das condicionalidades pode gerar sanções às famílias beneficiárias que serão aplicadas pela SENARC de forma gradativa de acordo com o número de descumprimentos. No primeiro momento, a família recebe apenas uma advertência, através de um comunicado no próprio extrato bancário e uma notificação em sua residência. No descumprimento subsequente ela fica 30 dias com o seu benefício bloqueado e depois recebe uma suspensão por 60 dias. Por último, após o 5º registro de inadimplência, o seu benefício é bloqueado⁹ (quadro 3 e 4). Contudo, caso seja comprovado que o descumprimento é decorrente da oferta irregular e inadequada dos serviços, motivos de saúde ou outros motivos justificáveis e reconhecidos pelo MDS, MEC e MS, não será aplicado qualquer tipo de punição a família.^(46, 47) A aplicação da sanção pela SENARC deverá ser informada por meio de notificação escrita ao responsável pela unidade familiar, que pode recorrer apresentando um recurso administrativo ao gestor municipal do PBF, com suas justificativas. Por sua vez, o gestor municipal deverá avaliar as justificativas, arquivar toda a documentação e caso reconheça que houve erros no registro das condicionalidades, pode requerer a anulação dos efeitos no histórico da família.⁽⁴⁸⁾

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

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

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

*Informe Bolsa Família Nº 60 de 18 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/informe-pbf/informe-pbf-gestores/

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

Descumprimento	Efeito	Situação do Benefício*
1º Registro	Advertência	Não há efeito sobre o benefício
2º Registro	60 dias de suspensão	O benefício é suspenso por 60 dias. Não recebe as parcelas suspensas
3º Registro	Cancelamento	O benefício é cancelado

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

*SENARC – Apresentado no Seminário Regional sobre o PBF na saúde da região sudeste em 28 de abril de 2008, ENSP/FIOCRUZ.

Vale ressaltar que famílias que nunca cumpriram as condicionalidades da saúde até o ano de 2008, não tiveram os seus benefícios suspensos ou cancelados. Segundo representantes da SENARC, o governo federal somente tem advertido as famílias que cumpriram as condicionalidades, mas que em um dado momento do programa deixou de ir ao serviço de saúde ou aquelas que não acompanharam todos os membros da família, porque nestes casos, se entende que a família não cumpriu sua responsabilidade apesar de ter tido acesso ao serviço. O início da aplicabilidade das sanções pelo SENARC foi em agosto de 2006 e como podemos observar na tabela abaixo, até o mês de março de 2009, cerca de 3.482.814 famílias já haviam recebido alguma advertência, suspensão ou cancelamento. No total de famílias, 123.081 famílias tiveram o seu benefício cancelado ao longo destes anos¹⁰ (tabela1).

Tabela 1: Total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, que receberam alguma sanção durante os anos de 2006 a 2009.

Mês/ Ano	Nº de famílias por tipo de efeito sobre o benefício					Total
	Advertência	Bloqueio	1ª suspensão	2ª suspensão	Cancelamento	
Ago. 2006	157.094	-	-	-	-	157.094
Set. 2006	15.174	219	-	-	-	15.393
Dez. 2006	201.717	56.288	48	-	-	258.053
Mar. 2007	216.813	82.016	29.891	25	-	318.745
Mai. 2007	149.337	56.466	28.545	11.815	11	246.174
Set. 2007	166.583	50.016	21.029	10.196	4.076	251.900
Out. 2007	168.479	82.763	33.516	15.591	10.311	310.660
Dez. 2007	172.183	102.676	56.145	25.232	19.652	375.888
Mar. 2008	143.759	88.276	57.741	33.238	29.701	352.715
Jun. 2008	61.587	21.420	14.986	10.273	9.265	117.531
Set. 2008	148.338	43.426	24.885	17.873	11.692	246.214
Nov. 2008	147.328	70.851	33.402	21.323	14.502	287.406
Jan. 2009	270.948	116.854	66.867	37.086	23.722	515.477
Mar. 2009	16.211	2.213	669	322	149	19.564
Total	2.035.551	773.484	367.724	182.974	123.081	3.482.814

Fonte: SENARC – Apresentado no Seminário Regional sobre o PBF na saúde da região sudeste em 28 de abril de 2008, ENSP/FIOCRUZ.

A gestão das condicionalidades refere-se a um conjunto de ações que os municípios devem executar no sentido de acompanhar periodicamente as famílias beneficiárias do Programa, realizar o registro dessas informações nos sistemas disponibilizados pelo MDS, MEC, MS e propiciar que as famílias beneficiárias tenham condições de cumprir as condicionalidades. Neste sentido, o êxito no acompanhamento das condicionalidades depende de uma gestão compartilhada entre as secretarias envolvidas nos diferentes níveis governamentais (quadro 5). Nesse sentido, cada instância governamental assumiu uma série de atribuições, ficando sob responsabilidade de todos, informarem as famílias sobre os seus direitos e suas obrigações. Caso algum município não realize os procedimentos da gestão das condicionalidades, o MDS poderá invalidar o acordo de adesão ao PBF.^(46, 47)

Quadro 5: Responsabilidade gestores do PBF no âmbito da União, Estados e Municípios.

Instância Governamental	Responsabilidades
SENARC	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a articulação intersetorial a fim de assegurar o registro periódico nos sistemas de informação e estimular o acompanhamento das condicionalidades; - Supervisionar a coleta de informações e de registro nos sistemas de informações; - Gerar e fornecer ao MEC, ao MS e à SNAS a base de dados com informações sobre as famílias acompanhadas; - Analisar os dados sobre as condicionalidades e realizar a aplicação dos efeitos decorrentes do seu descumprimento.
SNAS	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o registro periódico das informações referentes à condicionalidade; - Informar e mobilizar os gestores municipais da assistência social sobre os descumprimentos de condicionalidades, com vistas a garantir a oferta local de serviços e ações de proteção básica e/ou proteção especial da assistência social, direcionada às famílias; - Incentivar o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF em situação de descumprimento de condicionalidades
Estados	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar articulações com os gestores das políticas setoriais específicas para que seja realizado o registro das condicionalidades previstas no Programa quando o acesso ao serviço se realizar em estabelecimento estadual; - Atuar em cooperação com os municípios para garantir o registro das informações sobre as condicionalidades; - Elaborar planejamento anual intersetorial, em parceria com as áreas de assistência social, saúde e educação, para o desenvolvimento das ações de gestão de condicionalidades do PBF.
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar em cooperação com os responsáveis pelo registro do acompanhamento das condicionalidades nas áreas de saúde, educação e assistência social, para garantir a coleta das informações de acordo com os calendários definidos; - Notificar formalmente o responsável pela Unidade Familiar nos casos de descumprimento de condicionalidades; - Analisar as informações sobre não cumprimento de condicionalidades e encaminhar as famílias beneficiárias do PBF, em situação de descumprimento, às áreas responsáveis pelo acompanhamento familiar e oferta dos serviços sócio-assistenciais; - Elaborar planejamento anual intersetorial do município, em parceria com as áreas de assistência social, saúde e educação, para o desenvolvimento das ações de gestão de condicionalidades do PBF.

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

Em abril de 2006 o governo federal estabeleceu um incentivo financeiro para apoiar a gestão descentralizada do PBF e do CadÚnico, no qual o valor deste recurso está baseado no Índice de Gestão Descentralizada (IGD). Este índice foi criado para avaliar a gestão do Programa e leva em consideração quatro taxas que são calculadas a partir da qualidade do cadastro; da atualização das informações contidas no CadÚnico e das informações sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde e educação. O cálculo do IGD é realizado pela SENARC utilizando as informações do CadÚnico e dos sistemas de informação do MEC e MS, podendo variar de 0 a 1.

Em agosto de 2008 ficou estabelecido que somente receberiam os incentivos financeiros aqueles municípios que atingissem um valor mínimo de 0,55 e de 0,2 para cada uma das taxas que compõe o IGD.^(49,50) De acordo com dados da SENARC, 148 municípios em fevereiro de 2009 estavam com o IGD abaixo de 0,55. Além disso, alguns municípios alcançaram menos que 0,2, sendo 344 na saúde (2º semestre de 2008); 25 municípios na educação (outubro e novembro de 2008) e 2 municípios apresentaram IGD menor que 0,2, tanto na saúde quanto na educação¹¹.

Os recursos financeiros provenientes do IGD são transferidos mensalmente diretamente do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Municipais de Assistência Social dos municípios habilitados à gestão municipal da assistência social e poderão ser empregados: em ações que visem melhorar a gestão da condicionalidades e dos benefícios; no acompanhamento das famílias beneficiárias; cadastramento de novas famílias e atualização dos dados do CadÚnico; implementação de programas complementares (alfabetização e educação de jovens e adultos, capacitação profissional, geração de trabalho e renda, acesso ao microcrédito produtivo orientado e etc.) e atividades relacionadas a fiscalização do PBF e do CadÚnico.^(49,51)

Na saúde os recursos¹² podem ser utilizados para compra e manutenção de equipamentos antropométricos; adequação da estrutura de informática; ações educativas com enfoque para alimentação saudável; capacitação das equipes de saúde e fortalecimento da atitude de vigilância na implementação das ações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional¹³ (SISVAN).

Em março de 2008 foi criado o IGDE (Índice de Gestão Descentralizado do Estado) que considera parâmetros diferentes do IGD, contudo com o mesmo objetivo de avaliar a gestão do PBF e do CadÚnico. O cálculo do IGDE é realizado mensalmente e

os estados devem atingir um valor de no mínimo 0,6 para receberem os incentivos financeiros que são repassados bimestralmente do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Estaduais de Assistência Social.⁽⁵²⁾

2.4. A gestão das condicionalidades da saúde

As atribuições de cada nível governamental com relação ao monitoramento das condicionalidades da saúde foram instituídas em 18 de novembro de 2004, através da Portaria nº 2.509, sendo então aproximadamente um ano após a formulação do PBF (Quadro 6), entretanto o acompanhamento das condicionalidades somente iniciou em 2005. Tal monitoramento tem como principal objetivo ampliar o acesso das famílias beneficiárias as ações e serviços básicos de saúde, entendido aqui como direito de todo cidadão. De fato a efetivação desse direito depende primariamente da oferta desses serviços pela União, Estados e Municípios, nesse sentido a Portaria nº 321 de setembro de 2008 considera as condicionalidades como uma estratégia que busca *“reforçar o direito de acesso das famílias às políticas de saúde, educação e assistência social, promovendo a melhoria das condições de vida da população beneficiária, assim como levar o Poder Público a assegurar a oferta desses serviços”*.^(45,47)

No município, a Secretaria de Saúde é órgão responsável em realizar o monitoramento das contrapartidas determinadas pelo MDS e para tanto deve desempenhar ações que possam garantir que as famílias beneficiárias tenham condições de cumprir com as exigências do Programa. As condicionalidades da saúde estão voltadas basicamente para as crianças menores de 7 anos (manter atualizado o calendário de vacinas e realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) e para as gestantes e nutrizes que devem participar de atividades educativas sobre alimentação saudável e aleitamento materno. Além disso, todas as gestantes precisam comparecer as consultas de pré-natal.⁽⁴⁵⁾

Quadro 6: Responsabilidade da União, Estados e Municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde.

Instância Governamental	Responsabilidades
União	<ul style="list-style-type: none"> - Designar a Secretaria de Atenção Básica da Saúde, como a área técnica responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde - Estabelecer diretrizes sobre o acompanhamento da saúde das famílias, e a sua divulgação aos estados e municípios; - Elaborar e manter em funcionamento os aplicativos da Vigilância Alimentar e Nutricional, para o acompanhamento das famílias do PBF; - Capacitar os responsáveis técnicos e gestores estaduais para o apoio aos municípios na implementação das ações de acompanhamento do PBF - Analisar os dados de acompanhamento das famílias do PBF e encaminhá-los para o MDS; - Disponibilizar os relatórios de acompanhamento das famílias do PBF, aos Estados, Distrito Federal, MDS.
Secretarias Estaduais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar um responsável técnico (profissional de saúde) para coordenar o acompanhamento das famílias PBF, sendo preferencialmente, um nutricionista; - Participar da instância de gestão intersetorial do PBF; - Apoiar, tecnicamente, os municípios na implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional e das ações básicas de saúde; - Coordenar e supervisionar, em âmbito estadual, a implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional; - Analisar os dados de acompanhamento das famílias do PBF, para subsidiar a política estadual de saúde e de segurança alimentar e nutricional;
Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar um responsável técnico para coordenar o acompanhamento do Programa, sendo preferencialmente um nutricionista; - Participar da coordenação intersetorial do PBF; - Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional; - Coordenar o processo de inserção, atualização e envio dos dados no sistema de informações do PBF; - Mobilizar as famílias para o cumprimento das condicionalidades - Promover atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável; - Capacitar às equipes de saúde e promover semestralmente o acompanhamento das famílias atendidas pelo PBF. - Informar ao órgão municipal responsável pelo CadÚnico qualquer alteração identificada sobre os dados das famílias.

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

O período de acompanhamento das famílias é semestral, estando dividido em duas vigências, a primeira referente aos meses de janeiro a junho e a segunda aos meses de julho a dezembro. Sendo assim, a cada vigência o MS, por intermédio da Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) disponibiliza via *online*¹⁴ a relação com todas as famílias beneficiárias com perfil saúde (famílias com crianças menores de 7 anos e mulheres de 14 a 45 anos) que devem ser acompanhadas por cada município. Por conseguinte, o município deve garantir que essas informações cheguem aos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas e na Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁵. Para que as famílias não recebam nenhum tipo de

advertência, suspensão ou cancelamento do Programa é necessário ter no mínimo um acompanhamento a cada vigência o Programa.

O acompanhamento das famílias deve ser registrado pelos profissionais de saúde em um formulário específico do Programa (Mapa de Acompanhamento Diário do Bolsa Família), para que posteriormente esses dados sejam encaminhados ao MS, via *online*. Dessa forma, nas crianças menores de 7 anos deve ser verificado se a vacinação está em dia ou não, o peso e a estatura. Com relação às mulheres de 14 a 45 anos¹⁶, os profissionais de saúde devem informar quais são as gestantes e ainda, se estão realizando ou não, o pré-natal. Quando as informações de um membro da família não são registradas, a família fica como parcialmente acompanhada e nesse caso, pode gerar um efeito punitivo na próxima vigência do programa. Além disso, as informações das famílias parcialmente acompanhadas não são contabilizadas no cálculo do IGD.

Atualmente (1ª vigência de 2009), ainda não constam no sistema de acompanhamento do Programa, informações sobre a participação das famílias em atividades educativas. Além disso, ainda não é obrigatório registrar o estado nutricional das crianças e gestantes para que uma família fique totalmente acompanhada. Durante o atendimento da família, deve ser anotada a data em que a mesma compareceu a unidade de saúde. Todas as famílias que forem visitadas pelas equipes de saúde da família e não forem localizadas também devem ser registradas nos mapas de acompanhamento, para isto, existe um campo específico no sistema.

É importante considerar que para melhorar a gestão do Programa, ao longo do processo de implementação, o sistema de informação do Bolsa Família na saúde foi modificado. Dados sobre peso pré-gestacional, dia da última menstruação das gestantes, tipo de aleitamento materno e unidade de saúde que a família foi acompanhada, começaram a ser inseridos no sistema na 2ª vigência de 2006. Contudo o não registro dessas informações não gera um descumprimento das condicionalidades.¹⁷

Um dos maiores problemas do sistema do PBF na saúde era o fato de conter nomes de bairros com erros ortográficos, o que dificultava o gestor da saúde ter acesso às informações sobre as famílias beneficiárias que deveriam ser acompanhadas em cada localidade. Entretanto, na 1ª vigência de 2009, o sistema permite que o município realize a correção do nome dos bairros e se tornou obrigatório vincular o acompanhamento da família a uma unidade de saúde¹⁸.

Em fevereiro de 2008 o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, passou a integrar o Pacto pela Vida¹⁹. Assim, foi estabelecida uma meta nacional, no qual, 80% das famílias beneficiárias do Programa deveriam ser acompanhadas, além disso, estados e municípios pactuaram o percentual de famílias que se propunham a acompanhar. Contudo, podemos observar na tabela abaixo que durante a primeira e segunda vigência de 2008, a média nacional de acompanhamento das famílias foi de aproximadamente 60%. Além disso, evidenciamos que ao longo do processo de implementação do Programa, tem aumentado o número de famílias acompanhadas pelo setor saúde e ainda que, do total de famílias que utilizam o serviço, quase 100 % cumprem suas condicionalidades.

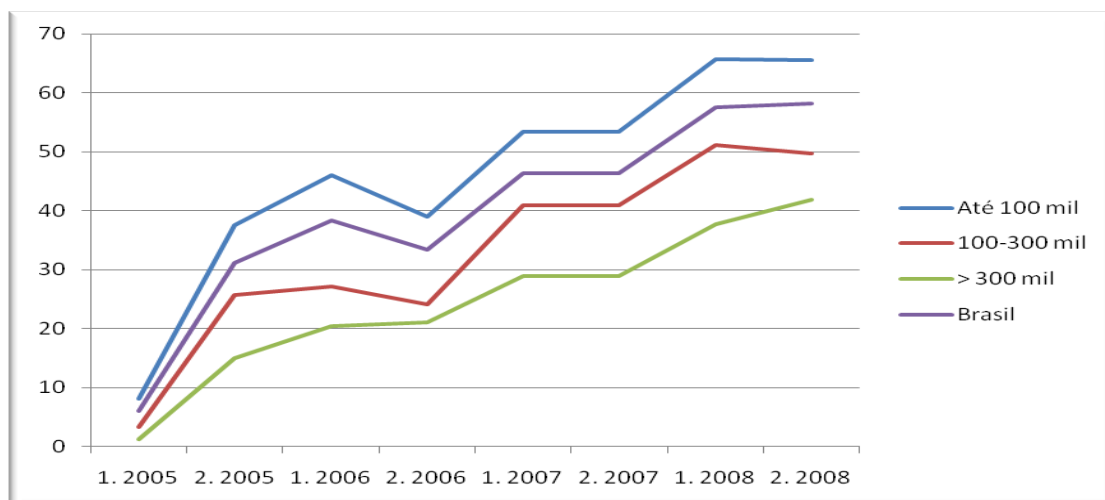
Tabela 2: Total de Famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, total de famílias acompanhadas e que cumpriram as condicionalidades da saúde ao longo dos anos de 2005 a 2008 em todos os municípios do Brasil.

Vigência	Famílias beneficiárias (Perfil Saúde)	Famílias Acompanhadas	Famílias que cumpriram as condicionalidades
1ª vigência - 2005	5.539.716	334.821 - (6,5%)	312.821 - (86,3%)
2ª vigência - 2005	5.751.203	1.796.601 - (31,24%)	1.713.569 - (95,3%)
1ª vigência - 2006	7.338.833	2.808.992 - (38,2%)	2.795.036 - (99,5%)
2ª vigência - 2006	9.493.873	3.172.629 - (33,4%)	3.156.550 - (99,4%)
1ª vigência - 2007	10.584.751	4.425.320 - (41,8%)	4.404.360 - (99,5%)
2ª vigência - 2007	10.472.495	4.858.116 - (46,3%)	4.833.066 - (99,4%)
1ª vigência - 2008	10.460.963	6.025.288 - (57,6%)	6.002.680 - (99,6%)
2ª vigência - 2008	9.663.238	5.627.611 - (58,2%)	5.605.654 - (99,6%)

Fonte: SISVAN/DATASUS – Apresentado no Seminário Regional sobre o PBF na saúde região sudeste em 28 de abril de 2008 na ENSP/FIOCRUZ.

De acordo com informações repassadas pelo SENARC, descritas no gráfico 1, os municípios têm aumentando o percentual de cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias a cada vigência, entretanto, municípios de menor porte (até 100 mil habitantes) apresentam um maior percentual de famílias acompanhadas comparados com municípios maiores (mais de 300 mil habitantes). Além disso, podemos visualizar no gráfico 2 que os municípios com maior cobertura de Saúde da Família apresentam um maior número de famílias acompanhadas.

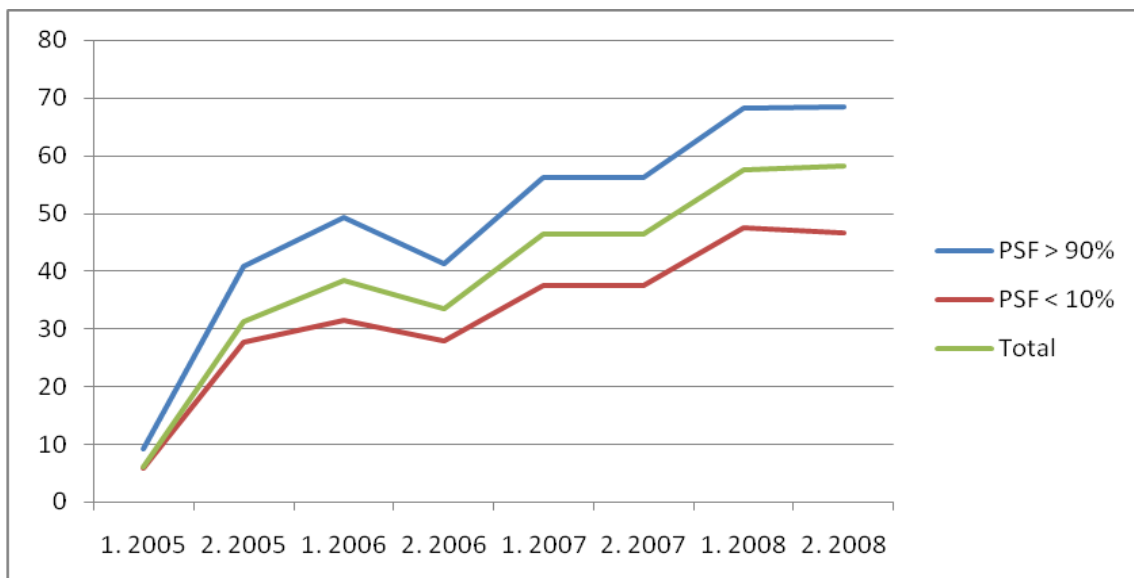
Gráfico 1: Evolução média do % de beneficiários acompanhados pelo setor saúde, segundo o porte do município, Brasil, 2005-2008.



Fonte: DATASUS/IBGE

*Apresentado no Seminário Regional sobre o PBF na saúde da região sudeste em 28 de abril de 2009, ENSP/FIOCRUZ.

Gráfico 2: Evolução da média do % de beneficiários do PBF em função da cobertura do ESF, Brasil, 2005-2008.



Fonte: DATASUS/IBGE

*Apresentado no Seminário Regional sobre o PBF na saúde da região sudeste em 28 de abril de 2009, ENSP/FIOCRUZ.

Diante dos dados apresentados, podemos afirmar que o acompanhamento das condicionalidades, tem sido ampliado a cada vigência, o que pode ser decorrente do maior acesso das famílias beneficiárias aos serviços e, ou da melhor estruturação das secretarias neste acompanhamento. De fato as portarias e documentos oficiais do PBF

ênfatizam que o objetivo do programa é melhorar o acesso aos serviços de saúde, contudo, a exigência de condicionalidades é um dos principais dilemas que envolvem a implementação de PTCR. Por um lado, como já mencionado formuladores compreendem as condicionalidades como uma potencial estratégia para facilitar o acesso da população mais pobre aos serviços de saúde e sob outra perspectiva alguns autores afirmam que o direito social é incondicional e, portanto não deveria ser transformado em obrigação.

2.5 O Dilema das Condicionais: Dever ou Direito Social?

As grandes transformações econômicas ocorridas no cenário mundial deram origem a diversos problemas sociais como: o crescimento do desemprego, da pobreza e da exclusão social, que se difundiram em vários países, de maneira bastante similar. Por outro lado, as questões sociais emergentes, ganharam contornos diferenciados, mediante as condições sócio-políticas de cada nação, impulsionando assim a criação de políticas públicas com distintas perspectivas. Neste cenário, foram criados os programas de transferência condicionada de renda, enquanto uma proposta governamental a fim de responder as principais demandas sociais, fomentando assim um grande debate: a contrapartida seria uma estratégia que impulsiona os direitos de cidadania ou ao contrário, promove um recuo?

Conforme já relatado, na trajetória norte-americana, o governo instituiu em 1935, o AFDC sendo um sistema que fornecia proteção social para as viúvas. Este programa foi ampliado, e em 1960 passou a incorporar famílias com uma ou duas pessoas desempregadas, famílias mono parentais e mães solteiras. No entanto, um estudo realizado na época revelou que o gasto público entre 1950 e 1980 não havia causado impacto na redução dos problemas sociais, pelo contrário houve um aumento dos índices de pobreza, do desemprego, da criminalidade, das famílias mono parentais chefiadas por mulheres e da gravidez na adolescência. De tal modo, houve um movimento de culpabilização do sistema de proteção social norte americano que de acordo com os conservadores, foi responsável pelo aumento da ociosidade, do desemprego, da desestruturação familiar e ainda, pelo aumento de comportamentos ilegais. Assim, as regras do AFDC foram alteradas e se passou a exigir contrapartidas,

onde o conceito do *welfare* foi substituído pelo conceito do *workfare*. A transferência de renda foi articulada ao trabalho, partindo da perspectiva que o sistema de *workfare*, seria suficiente para reinserir os indivíduos na sociedade e não estaria gerando uma dependência social.^(33,53)

Com uma concepção diferente da norte-americana, na França o Estado assumiu a responsabilidade de fornecer recursos materiais e culturais capaz de promover à re-inserção dos indivíduos “marginalizados” na sociedade. Diante da situação de crescimento do desemprego, da precarização do trabalho e do aumento da população pobre, se fez necessário repensar as relações entre direitos sociais, Estado e trabalho. Para tanto o Estado assume um papel mais ativo, pautado na inserção social da população mais pobre e dessa forma, foi criada a RMI com o objetivo de “*explorar um espaço vazio: uma zona intermediária entre a lógica da indenização e a garantia de emprego*”, enriquecendo assim, a noção de direito.⁽³³⁾

A RMI foi instituída na França em 1988, teve como proposta a transferência de recursos financeiros combinada a ações de inserção profissional, social e econômica através de um contrato estabelecido entre os gestores do programa e os beneficiários. A princípio, o debate sobre condicionalidades permaneceria presente, pois conforme ressalta Rosavallon⁽³³⁾ “*seria possível falar em direitos com condições?*”. No entanto, no caso da RMI, esta é entendida como uma “*nova forma de relação com o direito*”, o qual considera o indivíduo como cidadão ativo e que tem o direito de ocupar um lugar na sociedade e para isso, propõe uma contrapartida que visa à re-inserção na sociedade. A concepção de direito se vincula ao fato, de ser acessível a todos que se encontram em situação de “exclusão” e que precisam deste suporte mínimo, enquanto o conceito de contrato funciona como uma contrapartida, onde todos os beneficiários participam de atividades de capacitação ou aperfeiçoamento profissional a fim de serem re-inseridos na sociedade.

Uma proposta bastante diferenciada foi apresentada por Van Parijs⁽⁵⁴⁾, com base no modelo idealizado por Thomas Paine, o autor defende que a transferência de renda seja incondicional, distribuída a todos os indivíduos, independente da sua condição social. Este modelo de distribuição de renda se fundamenta no princípio da equidade e justiça, onde todos os cidadãos têm direito de receber partes iguais de um patrimônio que é comum, seria uma renda básica universal. Para Van Parijs, a renda básica seria a estratégia mais eficaz no combate a pobreza, do desemprego e da precarização do

trabalho, pois permite que o indivíduo tenha maior grau de liberdade de escolha, não aceitando qualquer tipo de trabalho, mas valorizando sua capacidade produtiva. Além disso, por não se restringir a um grupo social, seria uma forma mais justa de distribuição de renda, onde todos receberiam o benefício monetário, evitando qualquer sentimento de humilhação ou estigma dos beneficiários.

Na maioria dos países da América Latina, as políticas sociais voltadas ao combate à pobreza se caracterizam por serem focalizadas e estarem articuladas ao cumprimento de contrapartidas, que visam ampliar o acesso aos serviços sociais básicos, a fim de melhorar as condições de vida dessa população e compensar as desigualdades sociais. Conforme já sinalizado, evidências apontam que a população pobre tem maior dificuldade em utilizar os serviços de saúde e educação e as condicionalidades funcionariam como um mecanismo de incentivo para aumentar o acesso a estes serviços, garantindo assim, o exercício dos direitos sociais. Além disso, um dos principais objetivos das condicionalidades é ampliar o capital humano na perspectiva de romper com o ciclo inter-geracional da pobreza.

Nesta direção o cenário fica ainda mais complexo, visto que a obrigatoriedade das contrapartidas impõe ao Estado a responsabilidade em ofertar os serviços sociais básicos, contudo, a deficiência estrutural na oferta desses serviços na América Latina, acaba lançando sobre as famílias a responsabilidade pelo cumprimento das condicionalidades. Com objetivo de solucionar essa questão alguns países, como Paraguai e Nicarágua optaram em implementar o Programa, somente em locais onde a oferta de serviços é suficiente para atender a demanda. Porém, essa conduta tende a excluir ainda mais algumas famílias, que além de não utilizarem os serviços de saúde e educação, não terão acesso aos PTCR.⁽⁵⁵⁾

No Brasil, a Constituição Federal, instituída em 1988 garantiu a universalidade dos direitos sociais e a participação do Estado enquanto provedor destes direitos. Embora legalmente instituídos o exercício dos direitos sociais, alguns autores apontam, os limites impostos à população quando precisa utilizar estes serviços, decorrente de custos diretos e indiretos. Deste modo, as transferências condicionadas funcionariam também como uma estratégia para remover essas barreiras de acesso.⁽⁴⁰⁾

No caso do Programa Bolsa Família, foi criado um termo de adesão onde os municípios devem garantir a oferta dos serviços saúde e educação, contudo muitas

vezes o gestor não assume tal responsabilização. De acordo com o desenho do programa, as famílias que não cumprirem as contrapartidas exigidas poderão ter seus benefícios suspensos ou cancelados. Assim, se o município não oferece serviços em quantidade suficiente para atender toda a demanda do programa, a família pode ser punida e como ressaltam Senna et al ⁽⁵⁶⁾ na prática “*é sobre as famílias que recaí, quase exclusivamente, a responsabilidade pelo cumprimento das condicionalidades*”.

Dessa forma, Silva ⁽⁵⁷⁾ sugere que as contrapartidas sejam impostas ao Estado e não as famílias, para que haja uma maior mobilização política na oferta dos serviços básicos, com qualidade, a fim de atender a todos os usuários para alcançar os objetivos determinados pela referida política. A autora enfatiza ainda, que ao invés de condicionalidades às famílias, deveriam ser implementadas ações sócio-educativas para orientar e encaminhar os beneficiários aos serviços sociais disponíveis.

Para os formuladores do programa, a condicionalidade é uma importante estratégia que vincula a transferência monetária a políticas estruturantes, podendo gerar maior impacto sobre a autonomia dessas famílias e principalmente avançando na garantia dos direitos sociais. Em contraposição alguns autores ressaltam que articular renda a serviços públicos, não é suficiente para alterar a situação de pobreza das famílias em longo prazo. O fato de obrigar uma criança ou adolescente a freqüentar a escola não significa que será alterada a situação de pobreza de sua família, para isto seria necessário um sistema educacional de qualidade.⁽⁵⁷⁾

Senna et al⁽⁵⁶⁾ afirmam que as ações de saúde e educação por si só, são insuficientes para mudança da situação de vida dessas famílias. Para a inclusão social, é fundamental a inserção dos indivíduos em programas complementares como programas de geração de renda, capacitações, cursos profissionalizantes entre outros, que apesar de serem citados nos documentos oficiais do PBF, enquanto propostas que devem ser oferecidas no âmbito municipal, não são consideradas contrapartidas.

Outro desafio sinalizado no âmbito do PBF seria a focalização das condicionalidades em um público específico (crianças, adolescentes, gestantes e nutrízes), ao invés de considerar toda a família. Além disso, Fonseca e Vianna⁽⁵⁵⁾, ressaltam que não é feito um investimento para que as famílias possam compreender a educação e principalmente a saúde como direito de todos e parece que o Programa tende

a se preocupar muito mais com o cumprimento de metas do que avançar em direção aos direitos de cidadania.

Apesar disso, estudos sobre o PBF têm revelado que o cumprimento das condicionalidades garante ao programa certa legitimidade. A maioria dos beneficiários (97%) concorda com as contrapartidas estabelecidas e acreditam que esta seja uma forma de romper com o estigma de “esmola” do governo.^(40,58)

Em contraposição alguns autores defendem o discurso que o direito social é incondicional e por tanto visitas periódicas a unidades de saúde e participação em outras ações de interesse a comunidade devem ser estimuladas, como direito de cidadania, mas não podem transforma-se em obrigação, sujeito a sanções.⁽⁵⁹⁾ Assim em janeiro de 2004 foi instituída no Brasil, a Renda Básica de Cidadania através da lei 10.835, sendo um direito universal e incondicional destinado a todas as pessoas brasileiras ou não que vivem legalmente no país por mais de cinco anos. O valor da transferência deve ser suficiente para atender as despesas com alimentação, saúde e educação e será implementado em etapas, priorizando as camadas mais pobres da população, até que seja alcançada a universalidade. Apesar deste avanço em direção a universalidade, Lavinas⁽⁶⁰⁾ ressalta a divergência desta lei aos princípios da cidadania, que por ser incondicional não deveria ter critérios sócio-econômicos.

No mesmo ano em que a lei foi instituída Lavinas⁽⁶⁰⁾ realizou um estudo sobre os possíveis desenhos de implementação da Renda Básica de Cidadania, onde evidenciou que a proposta de renda básica universal teria um maior impacto na redução da pobreza e da desigualdade social, do que transferências de renda focalizadas, principalmente se transferência de renda estivesse voltada inicialmente a todas as crianças menores de dezesseis anos de idade, independente da situação sócio econômica.

Assim, os programas de transferência de renda suscitam um grande debate, com diferentes discursos que visam buscar alternativas efetivas no combate a pobreza e exclusão social e permanece presente o dilema das condicionalidades. Alguns autores afirmam que um programa de transferência de renda incondicional é assistencialista e insuficiente para resolver os problemas mais estruturais o que tende a manter o cenário atual de extrema pobreza. Em outra direção, estudos apontam que as condicionalidades por si não garantem efetivamente o combate a pobreza, pois o sistema educacional e de saúde vigente em muitos países ainda é bastante precário e insuficiente para ampliar o

capital humano e romper com o ciclo inter geracional da pobreza. Por último, alguns pesquisadores sinalizam que o direito social é incondicional, portanto a alternativa mais viável seria a renda básica universal e incondicional, pois tende a ser mais efetiva e justa no combate a pobreza, apesar de ser um investimento bastante ambicioso. ^(33, 54,55, 59,60)

No PBF, as condicionalidades foram criadas com o intuito de potencializar o acesso aos serviços públicos, melhorando os indicadores de saúde e educação e ainda, romper com o ciclo inter-geracional da pobreza. Deste modo, o programa provoca algumas indagações como: Será que as condicionalidades ampliam o acesso aos serviços de saúde? De que maneira os serviço de saúde tem se organizado para acompanhar as famílias beneficiárias? Neste sentido o desafio proposto neste estudo é realizar uma análise que não se limite a identificar o impacto do programa, mas sim realizar uma avaliação reflexiva considerando o contexto local e todos os atores envolvidos. Para tanto, o próximo capítulo descreve o modelo metodológico escolhido e os passos desenvolvidos na pesquisa.

¹ Poor Law foi estabelecida na Inglaterra no ano de 1601 era administrada pelas paróquias que deveriam empregar os homens capazes e prestar assistência aos pobres incapazes (crianças, órfãos, idosos e enfermos). Polanyi K. “O moinho satânico” in A grande Transformação 2000; Rio de Janeiro: Editora Campus: 45-157.

² O Cadastro Único foi instituído através do decreto nº 3.877 de julho de 2001, pelo governo federal com o objetivo de mapear a situação socioeconômica da população de todos os municípios brasileiros e identificar as famílias de baixa renda, a fim de conhecer suas principais necessidades e subsidiar a formulação de políticas públicas e serviços sociais voltados para este segmento da população. As informações coletadas durante o processo de cadastramento referem-se às características do domicílio; a composição familiar; grau de escolaridade; formação profissional; rendimentos e despesas mensais e têm validade de dois anos sendo, portanto é necessário atualizar os dados após este período

³ A SENARC é responsável pelo desenvolvimento de avaliações de impacto sobre o Programa Bolsa Família

⁴ A SNAS é responsável pela supervisão de programas sociais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

O BPC é um benefício financeiro garantido pela Constituição Federal de 1988, para idosos com 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, que tenham renda familiar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo.

O PETI foi instituído em outubro de 2001, destinado a famílias com crianças e adolescentes de 7 a 14 anos em situação de trabalho infantil com determinada renda *per capita*.

⁵ Secretaria Nacional de Segurança Alimentar⁵ (SESAN) – tem como principal objetivo garantir alimentos em quantidade e qualidade suficiente para atender a todos os cidadãos

⁶ NIS é o número de identificação social que foi criado para garantir a unicidade e evita à sobreposição de programas a uma mesma família, permitindo uma maior integração de todos os programas de transferência de renda. Através deste número, é possível localizar as famílias, atualizar os dados e verificar a situação do beneficiário

⁷ Os valores referenciais para caracterização da situação de pobreza e extrema pobreza citados, tem como base a atualização realizada pelo MDS no dia 16 de abril de 2009, de acordo com o Decreto nº 6824 de 16 de abril de 2009.

⁸ De acordo com a Portaria GM/MDS Nº 246, de 20 de maio de 2005 são requisitos para adesão: a existência formal e o pleno funcionamento de um comitê ou conselho local de controle social do Programa Bolsa Família e a indicação do gestor municipal do Programa.

⁹ Informe Bolsa Família Nº 60 de 18 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/informe-pbf/informe-pbf-gestores/

¹⁰ Conforme apresentado pela SENARC no Seminário Regional sobre o PBF na saúde da região sudeste em 28 de abril de 2008, ENSP/FIOCRUZ.

¹¹ Conforme apresentado pela SENARC no Seminário Regional sobre o PBF na saúde da região sudeste em 28 de abril de 2008, ENSP/FIOCRUZ

¹² As informações sobre o uso do recurso financeiro, proveniente do IGD podem ser visualizadas no Informe Bolsa Família na saúde nº 02 de 09 de julho de 2007. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=informes>

¹³ O SISVAN tem com objetivo o acompanhamento do estado nutricional da população atendida pelo Sistema Único de Saúde de qualquer ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos ou gestantes), sendo um importante instrumento para o monitoramento da situação alimentar e nutricional.

¹⁴ Para realizar o monitoramento das ações de saúde do Programa Bolsa Família, foi desenvolvido pelo DATASUS um sistema de informações, via online, onde cada município recebe sua senha de acesso. Informações disponíveis em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/>.

¹⁵ Conforme expresso no Informe Bolsa Família na saúde Nº 04 de outubro de 2005. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=informes>

¹⁶ A faixa etária das mulheres consideradas em idade fértil foi alterada ao longo da implementação do Programa. Em 2005 eram consideradas todas as mulheres de 10 a 59 anos; em agosto de 2007 eram consideradas mulheres de 10 a 49 anos e a partir de agosto de 2008 mulheres de 14 a 45 anos. Conforme expresso nos informes Bolsa Família na saúde nº 06 de 14/11/2005; nº 04 de 06/08/2007 e nº 16 de 12/08/2008. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=informes>

¹⁷ Conforme descrito no Informe Bolsa Família na saúde nº 41 de 22 de agosto de 2006. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=informes>

¹⁸ Conforme descrito no Informe Bolsa Família na saúde nº 21 de 2009. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=informes>

¹⁹ O Pacto pela vida integra juntamente com o Pacto de gestão do SUS e o Pacto de Defesa do SUS uma das dimensões do Pacto pela Saúde. No pacto pela vida é estabelecido um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas entre os gestores municipais, estaduais e federais, para a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, como a dengue e a hanseníase, e a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

CAPÍTULO 3: A Abordagem Metodológica

Para realizar a análise de um programa, nos deparamos com o debate em torno da avaliação com distintos modelos conceituais e metodológicos (avaliação somativa, formativa, funcional, baseada nos *stakeholders*, teoria da avaliação, avaliação global, avaliação responsiva e meta-análise) e a opção por um destes modelos requer escolhas e renúncias⁽⁶¹⁾. Neste estudo optamos em utilizar a avaliação do processo de implementação, sendo uma oportunidade de conhecer os diversos fatores que ao longo da execução do programa, interferem positivamente ou negativamente nos resultados alcançados, podendo trazer contribuições importantes aos formuladores e implementadores das políticas e fornecer subsídios para orientar as ações no curso de vida de uma política.^(62,63)

Como destaca Potvin,⁽⁶⁴⁾ por mais técnico que seja um programa ele não se reduz a uma seqüência hierárquica de procedimentos, mas pretende transformar uma dada realidade social, envolvendo diversos atores e sendo influenciado pelas representações desses sujeitos. *“O programa transforma-se, assim, em uma matriz de inter-relações entre uma diversidade de atores cujas ações e suas conseqüências constituem o programa propriamente dito”*. Dessa forma, o processo de implementação de uma política governamental é aqui entendido como uma via complexa e dinâmica, influenciada direta e indiretamente por variáveis contextuais.

Nessa perspectiva alguns autores ressaltam que a avaliação de processo de implementação não se limita em identificar o impacto de um programa ou ainda, o seu fracasso ou êxito, através de uma análise de relação causa-efeito. O grande desafio imposto por esses autores é justamente visualizar de que maneira o programa funciona, quais os principais problemas e desafios e principalmente ser capaz de propor estratégias para melhorá-los.^(65, 66,67, 68) Assim, a avaliação de processos de uma política pública pode funcionar como uma importante estratégia em busca de alternativas que sejam capazes de auxiliar o alcance de metas e objetivos. Como destaca Chen: *“a avaliação contínua proporciona aos executores e avaliadores um meio de melhorar a implementação do programa e a teoria do programa dia-a-dia”*.⁽⁶⁶⁾

Para tanto, é necessário conhecer a teoria do programa e a teoria de ação, pois os principais problemas podem ser decorrentes de uma falha na teoria do programa, na teoria da ação ou talvez em ambas. Entende-se por teoria conceitual a principal proposta

teórica do programa e por teoria de ação a maneira como o programa está sendo executado, considerando os diversos atores envolvidos em um dado contexto. ⁽⁶⁶⁾ Ao analisar a teoria do programa é preciso identificar se os pressupostos e atividades desenvolvidas estão de acordo com os objetivos estabelecidos e em que medida a teoria do programa tem sido utilizada pelos agentes implementadores. Carol Weiss⁽⁶⁹⁾ ressalta, que a teoria do programa orienta o avaliador mostrando o que é mais importante e que precisa ser analisado. No entanto, a autora destaca que análise isolada da teoria é limitada, pois não permite ter muitas evidências sobre o que realmente funciona no programa, dessa forma é fundamental incorporar variáveis contextuais.

Quando um programa é implementado, diversos mecanismos podem interferir no seu funcionamento, influenciando a ação dos sujeitos envolvidos, sendo esta ação dependente do contexto. Estes mecanismos podem funcionar como elementos motivadores favorecendo o alcance de determinados resultados em um dado programa, porém, como já destacado, existe uma forte influência do contexto, o que permite que o mesmo mecanismo gere distintos resultados. Contudo, Pawson⁽⁷⁰⁾ destaca a importância de identificar durante o processo de avaliação, programas que utilizam o mesmo mecanismo.

Uma importante contribuição sobre as variáveis que interferem no processo de implementação de um programa foi descrita por Mazmanian.⁽⁷¹⁾ O autor sinaliza algumas variáveis que precisam ser incorporadas na avaliação como: a teoria do programa, a estrutura técnica disponível, a relação entre os níveis de gestão, o grau de mudança comportamental desejado e a população alvo. Dessa forma, ao se realizar uma análise conceitual do programa, é preciso identificar se os objetivos e os fatores causais do principal problema em questão são expressos de uma maneira clara e de fácil compreensão para todos os atores envolvidos no processo de implementação da política. Além disso, é necessário conhecer se a estrutura técnica do programa (tecnologia, equipamentos e recursos financeiros) é adequada para que os objetivos sejam alcançados e ainda, considerar que quanto maior o público alvo e o grau de mudança desejado para alcançar os objetivos do programa, mais problemático é o processo de implementação.

O pesquisador precisa analisar o grau de compromisso e a habilidade de liderança dos atores envolvidos. O grau de compromissos dos profissionais tende a diminuir ao longo do processo de implementação de um programa, fato este decorrente

do excesso de burocracia exigida nas instituições. A habilidade de liderança se relaciona com a capacidade dos agentes implementadores em desenvolver boas relações de trabalho com todos os níveis de gestão, capacidade de convencer os opositores, ter apoio dos eleitores e deste modo manter um melhor controle na gestão do programa.

Neste sentido, estes autores reforçam que embora sejam os formuladores os principais responsáveis em elaborar uma política ou programa, quem define o programa são os agentes implementadores que não atuam simplesmente executando as decisões que foram estabelecidas pelos “*fazedores da política*”, mas participam ativamente de todo processo de execução. De tal modo Lindblon e Woodhouse⁽⁷²⁾, destacam a influência do contexto político e dos grupos interesses no processo decisório dos agentes implementadores.

Dessa forma, é preciso considerar que as concepções e interesses dos diversos atores envolvidos dificilmente serão convergentes e que o desenho final da política nem sempre é o ideal, mas sim aquele, no qual foi possível obter algum grau de acordo.⁽⁷³⁾ Nessas circunstâncias o sucesso de uma política pública depende da boa interação entre os formuladores, implementadores e público alvo, e do conhecimento sobre as atividades de cada fase da política.⁽⁷⁴⁾ Além disso, Arretche⁽⁷³⁾ ressalta que o uso de estratégia de incentivos do governo central, favorece uma maior adesão dos agentes implementadores à política ou programa, portanto o avaliador também deve se preocupar em identificar a existência desses incentivos.

Nessa direção, dificilmente a política ou programa será implementada de acordo com o desenho inicial, idealizado pelos seus formuladores. O programa vai sendo redesenhado, influenciado pelas decisões dos diversos agentes implementadores e das variáveis contextuais. Deste modo, Draibe⁽⁶²⁾ destaca que é “*prudente, sábio e necessário admitir que a implementação modifica a política*”.

Considerando a importância do contexto em uma avaliação do processo de implementação de um programa, a escolha metodológica mais adequada e indicada por alguns autores para investigar com maior profundidade esta interface entre a política e as variáveis contextuais é o estudo de caso.⁽⁶⁵⁾ O estudo de caso é um dos modelos de análise que pode ser utilizado quando se realiza uma pesquisa em ciências sociais. Em geral se utiliza o estudo de caso quando se quer desenvolver uma investigação no qual os elementos contextuais influenciam diretamente no objeto de estudo.

Yin⁽⁷⁵⁾ define estudo de caso como “*uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos*”. Dessa forma, o conhecimento sobre os fatores contextuais que influenciam positivamente ou não, no alcance dos resultados esperados pelo programa, pode, por exemplo, trazer contribuições na implementação de um programa social que está sendo desenvolvido em outros contextos, sendo este o componente primordial de um estudo de caso, e que permite um “*certo potencial de generalização*”.⁽⁶⁵⁾

A escolha metodológica vincula-se também ao tipo de questão que este estudo se propõe a responder, o enfoque desta pesquisa é identificar de que maneira os serviços de saúde se organizam para monitorar as condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, no bairro de Manguinhos, assim questões que buscam explorar “como” e “por que” se enquadram melhor ao estudo de caso.⁽⁷⁵⁾

Para o levantamento de informações em uma pesquisa qualitativas várias técnicas podem ser utilizadas, no entanto, a entrevista e a observação direta são as mais utilizadas quando se desenvolve um estudo de caso.⁽⁷⁵⁾ Nesta pesquisa, foi empregada a técnica da entrevista que segundo Minayo,⁽⁷⁶⁾ deve ser utilizada em uma avaliação qualitativa para um profundo conhecimento sobre um determinado tema em uma dada realidade. Além disso, ela pode ser uma importante estratégia para coleta de documentos e outras informações pertinentes ao estudo.

Utilizamos também a técnica de grupo focal que tem como objetivo coletar informações sobre um tema específico a partir do diálogo e debate entre pessoas que fazem parte do público alvo da pesquisa. Neste método o pesquisador reúne um grupo de pessoas no mesmo local, buscando estimular a reflexão sobre determinado tema, estimulando os participantes a relatarem seus conceitos e concepções.⁽⁷⁷⁾

As legislações instituídas no âmbito do PBF descrevem de maneira clara os objetivos do programa e o critério de inclusão das famílias. Nesta direção, partimos do pressuposto que diante das características sócio-demográficas da região estudada, Manguinhos deveria abrigar um grande número de famílias beneficiárias do Programa e entender como se articula o programa neste cenário, se torna uma questão extremamente relevante e que pode contribuir tanto na tomada de decisões dos atores envolvidos no processo de implementação do Programa em Manguinhos, como também pode trazer

informações relevantes a outros cenários. Como ressalta Potvin⁽⁶⁸⁾, uma avaliação reflexiva sobre as práticas desenvolvidas em programas sociais, podem ser aprimoradas e reproduzidas.

O bairro de Manguinhos, foi escolhido na perspectiva de analisar o processo de implementação de uma política governamental de combate a pobreza em uma região urbana que apresenta um acesso precário à infra-estrutura básica, um baixo IDH e onde residem um grande número de famílias em condições de pobreza e extrema pobreza. Para a análise sócio-demográfica desta região foi desenvolvida a coleta de informações com base no banco de dados do IBGE e do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos¹ (IPP). Além disso, foram utilizadas algumas pesquisas realizadas nesta região, como fontes bibliográficas.^(78, 79)

Assim, o modelo teórico metodológico escolhido, foi a avaliação do processo de implementação do PBF, através de um estudo de caso, por ser uma estratégia de pesquisa mais adequada para compreender a influência do contexto na implementação do Programa, considerando as diferentes perspectivas e referências dos atores envolvidos, os principais conflitos existentes, as condições político-institucionais e outras variáveis que interferem nos resultados alcançados.

Como já argumentado até aqui, este estudo teve como principal objetivo analisar o processo de implementação local do Programa Bolsa Família, em Manguinhos, identificando de que maneira os serviços de saúde vem se organizando para fazer cumprir as condicionalidades da saúde.

Neste percurso foram desenvolvidas as seguintes etapas:

- Mapeamento do contexto local de implementação do Programa Bolsa Família;
- Identificação dos atores sociais relevantes no processo de implementação do Bolsa Família em Manguinhos;
- Análise da percepção dos gestores do Programa, dos profissionais de saúde e das famílias beneficiárias sobre os objetivos e condicionalidades do Programa;
- Análise das fragilidades e potencialidades do Programa Bolsa Família na perspectiva de ampliar o direito à atenção a saúde/atenção básica.

3.1 Passos da Pesquisa:

A etapa inicial desta pesquisa consistiu no levantamento documental sobre normas, portarias, dispositivos legais e demais registros oficiais nos âmbitos federal, estadual e municipal em torno do Programa Bolsa Família. Esta etapa foi sendo atualizada durante todo o período da avaliação, que iniciou em março de 2007 e foi concluído em dezembro de 2008.

Em seguida, buscamos identificar as diferentes instâncias e organizações institucionais que atuam no processo de gestão do PBF, no município do Rio de Janeiro e em Manguinhos, e assim foi possível construir um fluxograma do Programa o que facilitou localizar os principais atores envolvidos. Para a coleta das informações foram realizadas entrevistas com diferentes gestores e profissionais que atuam direta ou indiretamente na gestão do Programa, nas diferentes secretarias, especialmente aqueles ligados ao acompanhamento das ações de saúde.

Neste primeiro momento foram abordadas questões que buscavam se aproximar das condições político-institucionais em que se dá a gestão do Programa bem como os principais acordos e conflitos existentes entre os vários atores envolvidos no processo de gestão das condicionalidades do PBF e a percepção dos agentes implementadores sobre as condicionalidades do programa. Vale lembrar que este estudo está inserido em um projeto de Pesquisa mais amplo e por conta disso, a entrevista foi dividida em sete dimensões (legado das políticas de transferência condicionadas anteriores ao Bolsa Família; gestão do programa, processo de cadastramento, participação social, intersectorialidade, condicionalidades, relação com outros níveis de governo e avaliação do programa), contudo apesar da riqueza de informações colhidas neste processo de trabalho, a análise das entrevistas teve como foco as condicionalidades da saúde do PBF.

As entrevistas com os gestores do Programa realizaram-se no local de trabalho de cada profissional, onde foi possível gravar e gerar arquivos digitais que foram transcritos para posterior análise. Durante a transcrição, foram preservados os direitos de confidencialidade das informações. Ao todo, foram realizadas 13 entrevistas: com gestores da Secretaria Municipal de Assistência Social; gestores da Secretaria Municipal de Saúde; gestores da Secretaria Municipal de Educação; gestores da Secretaria Estadual de Saúde e profissionais que atuam no âmbito do Programa. A análise das

entrevistas buscou contribuir na formação de uma visão geral do processo implementação do Programa Bolsa Família e do monitoramento das contrapartidas do programa, buscando identificar as especificidades do bairro de Manguinhos. Ao elaborar o roteiro das entrevistas observamos que havia certas particularidades em cada Secretaria, deste modo optou-se por organizar roteiros distintos. Segue em anexo, os roteiros das entrevistas.

Na perspectiva de conhecer como se configura o atendimento às famílias beneficiárias do PBF, a terceira etapa da pesquisa investigou o acompanhamento das condicionalidades da saúde no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF), unidade de saúde de referência da população que reside no bairro Manguinhos, através de entrevistas com profissionais que atuam no programa, registros de diário de campo e ainda através da realização da técnica de grupo focal com as famílias beneficiárias. As entrevistas com os profissionais do CSEGSF foram realizadas na ENSP e assim como as demais entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise, garantindo o sigilo das informações.

Foram realizados dois grupos focais com as famílias beneficiárias do PBF que residem na região de Manguinhos e são atendidas no CSEGSF. O principal objetivo desta etapa era desenvolver uma análise sobre a percepção das famílias beneficiárias com relação às condicionalidades da saúde e identificar as dificuldades no acesso aos serviços básicos de saúde. Para tanto, exploramos questões sobre: a concepção do programa e condicionalidades e o acesso a unidade de saúde. Segue em anexo o roteiro do grupo focal.

A seleção das famílias para a realização do grupo focal foi uma etapa da pesquisa que caminhou com uma série de dificuldades, pois convocar famílias beneficiárias de um programa de transferência de renda não é uma tarefa muito simples. O receio de perder o recurso financeiro após participar de um grupo, que seria realizado dentro de uma instituição acadêmica, era uma preocupação relatada por vários profissionais que atuavam no CSEGSF. Assim, seria necessário sensibilizar as famílias sobre a importância de um trabalho científico, mostrando os objetivos da pesquisa e deixando claro que a pesquisa não tinha a intenção de incluir ou excluir ninguém do Programa.

Outra preocupação foi selecionar responsáveis pelo programa com perfil diferenciado (mulheres gestantes, mulheres sem filhos, mulheres com filhos em idade escolar, mulheres com crianças em idade para o acompanhamento das condicionalidades da saúde e homens) e que residissem em diferentes comunidades do bairro de Manguinhos. Para tanto, elaboramos cerca de vinte convites sendo distribuídos dois convites para que cada equipe de saúde da família convocasse um beneficiário. Nesta etapa, o projeto de pesquisa foi apresentado a todas as equipes de saúde da família, e em cada equipe os agentes de saúde se comprometeram em convidar dois beneficiários. Como no Centro de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), não atende a todas as comunidades, foram distribuídos quatro convites para beneficiários residentes nas comunidades que não são cobertas por essa estratégia e para isso, contamos com o apoio de um informante chave que localizou e convidou estas famílias.

A expectativa inicial era identificar se as famílias residentes em Manguinhos realizavam o acompanhamento no CSEGSF e como se dava esse acompanhamento, por isso a preocupação em selecionar famílias com perfil diferenciado e que residiam em distintas comunidades da região, incluindo áreas que não eram atendidas pela ESF. Apesar do rigor metodológico e a preocupação em incorporar falas de diferentes beneficiários do programa, houve uma baixa adesão das famílias na participação do grupo focal.

O primeiro grupo focal foi realizado no dia 10 de dezembro de 2008, e contou com a participação de apenas uma das beneficiárias que havia recebido o convite, vale ressaltar que a mesma, é funcionária de uma empresa de limpeza terceirizada que presta serviços para ENSP/FIOCRUZ. O interesse em participar da pesquisa motivou esta beneficiária a convocar duas amigas, que também eram funcionárias desta mesma empresa, a participarem do grupo focal. Assim este grupo foi formado por três beneficiários residentes em três comunidades da região, sendo que uma das participantes era gestante beneficiária do Programa há quatro meses e as demais eram duas mulheres com filhos em idade escolar que recebiam o benefício financeiro a mais de três anos. A conformação deste grupo gerou um viés na pesquisa ao considerar beneficiários que prestam serviços dentro da ENSP, pois todos realizavam o acompanhamento das condicionalidades no CSEGSF.

No segundo grupo focal, realizado na mesma semana compareceram seis beneficiários do programa e semelhante ao grupo anterior, todos os presentes eram

funcionários da mesma empresa de limpeza. No entanto, neste dia, havia comparecido uma beneficiária do Programa que foi convidada pela equipe de saúde da família, mas logo após a distribuição do termo de consentimento e do início do grupo, essa beneficiária desistiu de participar. Assim, neste grupo participaram cinco mulheres, todas com filhos, com idade que variou de dois anos a vinte seis anos, residentes em diferentes comunidades do bairro, sendo que duas recebiam o benefício há mais de quatro anos, uma há três anos, duas mulheres participavam do programa há dois anos e apenas uma não havia completado um ano no PBF. Além dessas, participou também uma homem, que estava inserido no Programa há dois anos.

De fato, durante a condução do grupo focal, esperávamos que os beneficiários utilizassem o CSEGSF, por ser a unidade que fica dentro da própria ENSP e que houvesse um atendimento com melhor qualidade, já que todos trabalhavam no local. No entanto, todos os participantes preferiam utilizar outras unidades de saúde ao invés do CSEGSF e somente traziam seus filhos para realizarem o acompanhamento das condicionalidades, chamado pelo grupo como “recadastramento do Programa”, contudo estas informações serão apresentadas de maneira mais detalhada no próximo capítulo. Os grupos focais foram desenvolvidos em uma das salas do CSEGSF e assim como as entrevistas foram gerados arquivos digitais que foram transcritos para posterior análise.

¹Os dados do Censo 2000 encontram-se disponíveis no site da Prefeitura do Rio de Janeiro: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

CAPITULO 4: A implementação do Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades da saúde em Manguinhos: contexto, processo e desafios

4.1 Características demográficas do bairro Manguinhos

O bairro Manguinhos foi criado em 23 de julho de 1981 e está localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, fazendo parte da X região administrativa¹ de Ramos, juntamente com os bairros Bonsucesso, Olaria e Ramos, no qual os seus limites territoriais estão descritos no decreto nº 7.980 de agosto de 1988². O nome do bairro está relacionado com o fato de ter sido uma área de mangue com constantes invasões das marés. A região que era formada de chácaras e fazendas iniciou o seu processo de urbanização em 1886 com a implantação da Estrada de Ferro da Leopoldina.⁽⁷⁹⁾ Atualmente Manguinhos se divide em diversas comunidades, onde reside um grande número de famílias pobres em situação de risco, com acesso precário à infra-estrutura básica, oferta insuficiente de serviços (saúde, educação, segurança pública, lazer e cultura) e ainda, apresenta baixo IDH. Além disso, é importante ressaltar o crescente cenário de violência que integra a vida cotidiana dos moradores desse bairro.⁽⁷⁸⁾

Segundo informações do Censo 2000 e do IPP, Manguinhos apresenta 2.618,4 km² e abriga 31.059 habitantes, contudo de acordo com informações do CSEGSF/FIOCRUZ, houve um aumento significativo da população ao longo dos anos e atualmente, residem cerca de 50.000 habitantes. Do total da população residente no bairro, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do IPP, cerca de 70% residem em aglomerados sub-normais, o que caracteriza uma região de favelas, apresentando um ligeiro predomínio do sexo feminino (51,6%) em relação ao masculino (48,4%). Estes dados podem ser visualizados na tabela 3.

Tabela 3: População residente, por sexo no bairro de Manguinhos, nos seus aglomerados sub-normais (favelas), na Região Administrativa, e no município Rio de Janeiro - 2000.

Região	Total (N)	População Masculina		População Feminina	
		N	%	N	%
Rio de Janeiro	5.857.904	2.748.143	46,9	3.109.761	53,1
X R.A. Ramos	150.403	70.011	46,5	80.392	53,5
Manguinhos	31.059	15.043	48,4	16.016	51,6
Aglomerados sub-normais Manguinhos	22.475	10.882	48,4	11.593	51,6

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE: Censo Demográfico 2000 - Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – IPP – Rio Atlas 2004

Com relação à distribuição da população por faixa etária, conforme a tabela 4 observamos que a população do bairro Manguinhos era predominantemente jovem, com idade até 39 anos, perfazendo um total de 75,6% da população do bairro. Com relação à população economicamente ativa, Manguinhos apresentava cerca de 53% do total da população com idade entre 20 e 59 anos; 28,9 % com idade entre 5 e 19 anos; 11,8% menores de 4 anos e apenas 6,4% de idosos.

Tabela 4: Distribuição da População por faixa etária no bairro de Manguinhos

População por Faixa Etária	N	%
0 a 4 anos	3.676	11,8
5 a 9 anos	3.073	9,9
10 a 14 anos	2.887	9,3
15 a 19 anos	3.009	9,7
20 a 39 anos	10.839	34,9
40 a 59 anos	5.594	18,0
60 a 79 anos	1.801	5,8
Acima de 80 anos	180	0,6
Total	31.059	100

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Apesar da definição do território de Manguinhos, expressa no decreto municipal em 1988, a delimitação desta região é bastante complexa e ganha contornos

diferenciados mediante distintas referências técnico-administrativas. Dessa forma, de acordo com o decreto nº 7.980 de agosto de 1988, o bairro seria formado por 10 comunidades. Sob outra perspectiva o CSEGSF, considera o “Complexo de Manguinhos” sendo formado por 14 comunidades (figura 3). E por último, podemos citar a referência adotada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)³, onde são incluídas 15 comunidades na região de Manguinhos.

No âmbito deste estudo, como a proposta é entender como o serviço de saúde se organiza para atender as famílias beneficiárias, optamos por utilizar a referência do Centro de Saúde, para tanto estaremos empregando o termo região de Manguinhos que se refere a um território formado por 14 comunidades, a saber: Parque Oswaldo Cruz (POC), Parque Carlos Chagas (PCC), Vila Turismo (VT), Parque João Goulart (PJG), Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP-2), Vila União (VU), Vila São Pedro (VSP), Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH), Conjunto Nelson Mandela (CNM), Conjunto Samora Machel (CSM), Comunidade Mandela de Pedra (CMP), Embratel, Comunidade Vitória de Manguinhos (CONAB) e Parque Monsenhor Brito, que apresentam características sociais e ambientais bastante heterogêneas, decorrentes do processo de ocupação, no qual as comunidades mais antigas tendem a apresentar melhores condições de vida do que as mais recentes (tabela5).⁽⁷⁸⁾

A comunidade mais antiga é o Parque Oswaldo Cruz (1901) e foi ocupada inicialmente pelos funcionários do Instituto Oswaldo Cruz, que construíram suas casas para minimizar os custos com o transporte. A segunda comunidade a ser formada foi o Parque Carlos Chagas (1941), também conhecido com o nome de Varginha, por estar localizada em área de manguezal, foi a primeira região de invasão do bairro. Na década de 50 e 60, o processo de ocupação de Manguinhos se acelerou decorrente de uma política federal de remoção de favelas da zona norte e zona sul e foram formadas as comunidades Parque João Goulart e Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP-2)⁴.⁽⁷⁹⁾

A comunidade Vila Turismo foi criada em 1951, no entorno do CHP-2, construída para servir de residência para os ex-combatentes da 2ª guerra mundial e a comunidade Vila União teve sua origem em um processo de ocupação realizado pelos próprios moradores do bairro⁵.

A Vila São Pedro e a Comunidade Agrícola de Higienópolis pertenciam ao Abrigo Cristo Redentor, tendo sido ocupadas nas décadas de 80 e 90, respectivamente. As comunidades Néelson Mandela, Samora Machel e Mandela de Pedra, foram construídas pela Prefeitura, também durante a década, com o objetivo de promover o assentamento de famílias desabrigadas devido às enchentes ocorridas em fevereiro de 1988. Em 1995 parte do terreno que pertenceu ao Correio foi ocupada pela comunidade Mandela de Pedra, sendo atualmente uma das comunidades mais precárias da região de Manguinhos.⁽⁷⁹⁾

A comunidade Embratel, foi formada em 2000, decorrente de um processo de ocupação do terreno que pertencia a esta empresa. Em 2002, foi criada a comunidade Vitória de Manguinhos, resultado também de um processo de ocupação dos moradores da região que invadiram os galpões desocupados da antiga Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB). O Parque Monsenhor Brito, localizado em Bonsucesso, foi incorporado ao atendimento do CSEGSF em 2003, mediante um acordo entre a ENSP e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que teve como objetivo ampliar o número de equipes de saúde da família de duas para oito equipes⁶.

Tabela 5: Comunidades de Manguinhos e ano de ocupação

Comunidade	Ano de ocupação
Parque Oswaldo Cruz	1901
Parque Carlos Chagas	1941
Vila Turismo	1951
Parque João Goulart	1951
CHP-2 (Democráticos)	1951
Vila União	1951
Vila São Pedro	1983
Com. Agrícola de Higienópolis	1990
Conjunto Néelson Mandela	1990
Conjunto Samora Machel	1991
Mandela de Pedra	1995
Embratel	2000
Comunidade Vitória de Manguinhos (CONAB)	2002
Parque Monsenhor Brito	-

Fonte: FCDDHBR, 2000

Fonte: IBASE, vídeo apresentado no I Fórum da Cidadania, disponível em: <http://www.pactopelacidadania.org.br/index.php/multimedia/50-video/157-apresentacao-historico-de-manguinhos>

Figura 3: Área de abrangência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias, 2008



Fonte: Seminário Nacional Eurosocial Salud realizado no dia 11 de novembro na ENSP (Correa, E; 2008). Disponível em: <http://www3.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/>

4.2 Aspectos sociais e econômicos do bairro Manguinhos

No ranking do IDH⁷ (Índice de Desenvolvimento Humano/PNUD) no ano de 2000, as regiões com maiores índices eram: Gávea, Leblon, Jardim Guanabara, Ipanema, Lagoa, Flamengo, Humaitá e Barra da Tijuca e os cinco últimos lugares eram ocupados por: Manguinhos, Maré, Acari, Costa Barros e Complexo do Alemão.⁽⁸⁰⁾ Devido ao seu baixo IDH, o bairro Manguinhos foi um dos primeiros locais contemplados na assinatura do Termo de Cooperação do PBF, na cidade do Rio de Janeiro, em maio de 2004⁸

A tabela 6 mostra o valor do IDH de Manguinhos, da X Região administrativa de Ramos e da cidade do Rio de Janeiro, onde podemos observar que Manguinhos apresenta um baixo valor de IDH inferior às demais regiões. Segundo, o critério do PNUD um valor de IDH superior ou igual a 0,8 pode ser considerado elevado e valores inferiores a 0,7 são considerados baixos.⁽⁸¹⁾

Tabela 6: Dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Bairros	IDH Longevidade	IDH Educação	IDH Renda	IDH Total
Cidade do Rio de Janeiro	0,754	0,933	0,840	0,842
X RA Ramos	0,778	0,921	0,784	0,828
Manguinhos	0,688	0,842	0,648	0,726

Fonte: Dados básicos: IBGE - microdados dos Censos Demográficos 1991 e 2000
Cálculos - Convênio IPP/IUPERJ/IPEA e FJP-MG

Ao analisar a escolaridade, podemos observar na tabela 7, que os responsáveis pelos domicílios do bairro Manguinhos, apresentavam uma média de anos de estudos (5,14 anos) inferior aqueles que residiam na X Região Administrativa de Ramos (7,55 anos) e no Rio de Janeiro (8,29 anos). Além disso, podemos visualizar que os homens apresentavam mais anos de estudo do que as mulheres, tanto em Manguinhos, quanto na cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 7: Média de anos de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios por sexo, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	Média de anos de estudo		
	Total	Homens	Mulheres
Rio de Janeiro	8,29	8,68	7,81
X RA Ramos	7,55	7,95	6,82
Manguinhos	5,14	5,47	4,51

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Censo – 2000

Com relação à frequência escolar, observamos que em 2000, os adolescentes de Manguinhos (71,48%) freqüentavam menos a escolas do que o total de adolescentes residentes na X RA Ramos (88,48%) e na cidade do Rio de Janeiro (85,33%). Além disso, podemos observar uma dificuldade no acesso ao ensino médio

no qual, apenas 23,80% dos adolescentes de 15 a 17 anos de Manguinhos no ano de 2000 tinham acesso a este nível educacional, em contraposição de acordo com os dados da tabela 8 os adolescentes da mesma faixa etária residentes na X RA de Ramos e na cidade do Rio de Janeiro, apresentaram um melhor acesso ao sistema educacional, com 58,64% e 49,64%, respectivamente. A dificuldade em ingressar no ensino médio, certamente está ligada à ausência desse serviço no bairro Manguinhos em 2000, de tal modo os adolescentes abandonavam os estudos e como demonstrado na tabela abaixo cerca de 70% apresentavam menos de 8 anos de estudo.

Tabela 8: Percentagem de adolescentes de 15 a 17 anos, por nível educacional e frequência escolar, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	% de adolescentes 15 a 17 anos que freqüentam a escola	% de adolescentes 15 a 17 anos Menos de 8 anos de estudo	% de adolescente de 15 a 17 anos com acesso ao ensino médio
Rio de Janeiro	85,33	46,63	49,96
X RA Ramos	88,48	39,85	58,64
Manguinhos	71,48	70,40	23,80

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003)

Ao considerar os adolescentes de 18 a 24 anos, os dados da tabela 9, também demonstram a dificuldade no acesso ao sistema educacional, onde 55,88% dos adolescentes apresentavam menos de oito anos de estudos, sendo um percentual bastante superior ao total de adolescentes da cidade do Rio de Janeiro (29,44%) e dos adolescentes da X Região Administrativa de Ramos (22,09 %). Além disso, apenas 2,22% dos adolescentes de 18 a 24 anos residentes em Manguinhos tinham mais de 11 anos de estudos, destes somente 1,81% tinha acesso ao ensino superior.

Tabela 9: Percentagem de adolescentes de 18 a 24 anos, por nível educacional e frequência escolar, na cidade do Rio de Janeiro, na X RA Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	% de adolescentes 18 a 24 anos Menos de 8 anos de estudo	% de adolescentes 18 a 24 anos com mais de 11 anos de estudo	% de jovens de 18 a 24 anos com acesso ao curso superior
Rio de Janeiro	29,44	14,64	16,51
X RA Ramos	22,09	13,45	12,23
Manguinhos	55,88	2,22	1,81

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003)

Ao analisar o grau de escolaridade dos adultos com 25 anos ou mais, residentes no bairro Manguinhos, observamos que a maioria apresentava menos de oito anos de estudo (69,94%), o que representa um período de estudo insuficiente para concluir o ensino fundamental (9 anos). Além disso, o percentual dos adultos de Manguinhos com menos de oito anos de estudo era superior aos dos adultos residentes na X Região administrativa de Ramos (43,84 %) e do Rio de Janeiro (39,72%). Em contraposição, apenas 1,55 % dos adultos residente em Manguinhos apresentavam mais de 11 anos de estudos, sendo um percentual muito abaixo do que encontramos na X região administrativa de Ramos (14,48%) e na cidade do Rio de Janeiro (20,89 %). Esses dados podem ser visualizados na tabela 10.

Tabela 10: Nível de escolaridade de pessoas de 25 anos e mais, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	Média anos de estudo das pessoas de 25 anos e mais	% de pessoas de 25 anos ou mais com menos de 8 anos de estudo	% de pessoas de 25 anos ou mais com mais de 11 anos de estudo	% de pessoas de 25 anos ou mais no curso superior	% de pessoas de 25 anos e mais com acesso ao curso superior
Rio de Janeiro	8,42	39,72	20,89	2,57	8,92
X RA Ramos	7,83	43,84	14,48	2,38	5,26
Manguinhos	5,20	69,94	1,55	0,42	0,68

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003)

Com relação à taxa de analfabetismo por faixa etária, observamos que as crianças de 07 a 14 anos em Manguinhos, apresentam um percentual bastante superior comparando com o total de crianças da mesma faixa etária da X Região Administrativa de Ramos (5,22%) e da cidade do Rio de Janeiro (5,89%). Além disso, podemos visualizar na tabela 11, que este déficit de escolaridade dos moradores de Manguinhos se reproduz em todas as faixas etárias analisadas.

Tabela 11: Percentual de analfabetos por faixas etárias na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	% crianças 7 a 14 anos	% adolescentes 15 a 17 anos	% jovens 18 a 24 anos	% de pessoas de 25 anos ou mais
Rio de Janeiro	5,89	1,14	1,73	4,86
X RA Ramos	5,22	0,49	2,14	4,86
Manguinhos	11,11	1,70	3,71	10,65

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003).

No que se refere ao percentual de analfabetos funcionais⁹, o bairro de Manguinhos, novamente mostra um grande déficit na escolaridade, quando comparado com a X Região administrativa de Ramos e com todo o município do Rio de Janeiro, em todas as faixas etárias (tabela12)

Tabela 12: Percentual de analfabetos funcionais por faixas etárias, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000

Regiões	% crianças 10 a 14 anos com menos de 4 anos de estudo	% adolescentes 15 a 17 anos com menos de 4 anos de estudo	% jovens 18 a 24 anos com menos de 4 anos de estudo	% pessoas 15 anos e mais com menos de 4 anos de estudo
Rio de Janeiro	37,54	6,94	7,30	12,87
X RA Ramos	39,86	6,20	7,75	13,60
Manguinhos	56,84	16,14	15,63	27,54

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003)

De acordo com a tabela 13, podemos observar que 2,31% das crianças na faixa etária de 10 a 14 anos, moradoras do bairro Manguinhos trabalhavam, sendo um percentual um pouco superior aos dados encontrados na X Região Administrativa de Ramos (1,52%) e do Rio de Janeiro (1,68%). Com relação às crianças de 4 a 5 anos, 5 a 6 anos e 7 a 10 anos, e aos adolescentes de 15 a 17 anos, o percentual daqueles que estão fora da escola se mantém superior no bairro de Manguinhos quando comparados com dados da X RA de Ramos e do Rio de Janeiro .

Tabela 13: Percentual de crianças de 10 a 14 anos que trabalham e de crianças e adolescentes de 4 a 5; 5 a 6; 7 a 14 e 15 a 17 anos, fora da escola, na cidade do Rio de Janeiro , na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	% de crianças de 10 a 14 anos que trabalham	% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	% de crianças de 5 a 6 anos fora da escola	% de crianças de 7 a 10 anos fora da escola	% de crianças de 10 a 14 anos fora da escola	% de adolescentes de 15 a 17 anos fora da escola
RJ	1,68	30,00	15,72	3,23	3,12	14,67
X RA Ramos	1,52	30,23	19,14	3,30	2,99	16,33
Manguinhos	2,31	50,13	42,36	7,86	8,07	28,52

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA - 2003).

Conforme descrito por Rocha,⁽²⁾ o grau de escolaridade está relacionado com a renda, no qual quanto menor o tempo de escolaridade maior é a probabilidade de um indivíduo e de sua família serem pobres. Neste sentido, o baixo nível de escolaridade do bairro Manguinhos, revelado através da análise dos indicadores educacionais, vai de encontro às informações sócio-econômicas desta região, revelando um alto percentual da população fora do mercado de trabalho e com baixos rendimentos salariais e ainda, um grande número de moradores sem rendimentos.

Deste modo podemos observar na tabela 14, que a maioria dos responsáveis pelo domicílio recebia de 1 a 2 salários mínimos (26,51%), seguidos da faixa salarial daqueles que recebem menos de 1 salário mínimo (17,73%), de 2 a 3 salários (15,71 %) e da faixa de 3 a 5 salários mínimos (14,39%). Ressalta-se ainda, que cerca de 17% dos responsáveis pelos domicílios, que correspondia na época a 1512 pessoas, não

tinham rendimentos salariais. Ao compararmos o bairro Manguinhos com os dados referentes à X Região Administrativa de Ramos e com a cidade do Rio de Janeiro observamos que o percentual de responsáveis pelo domicílio que recebem até 3 salários mínimos e ainda aqueles sem rendimentos é maior em Manguinhos do que nas demais regiões. Em contrapartida o percentual de moradores que recebem mais três salários mínimos é maior na X Região Administrativa de Ramos e na cidade do rio do que em Manguinhos.

Tabela 14: Percentual de domicílios por rendimento mensal em salário mínimo* da pessoa responsável pelo domicílio na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

% Domicílio por salário	% de Domicílios					
	< 1 Salário mínimo	1 a 2 Salários mínimo	2 a 3 Salários mínimo	3 a 5 Salários mínimo	> 5 Salários mínimo	Sem rendimento
RJ	9,24	14,04	11,14	15,59	42,03	7,96
X RA Ramos	10,64	15,28	11,88	17,18	36,33	8,69
Manguinhos	17,73	26,51	15,71	14,03	9,09	16,94

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

* Valor do salário mínimo utilizado: R\$ 151,00

4.3 Oferta e acesso aos serviços públicos

No que diz respeito ao acesso aos serviços básicos como água encanada, domicílios com banheiro, coleta de lixo e energia elétrica, podemos observar valores percentuais muito próximos entre o bairro de Manguinhos, a X Região Administrativa de Ramos e o município do Rio de Janeiro. Apenas a coleta de lixo ficou um pouco abaixo do percentual do município e da X região administrativa de Ramos (tabela 15).

Tabela 15: Percentual de pessoas que vivem em domicílio com água encanada, com banheiro e água encanada, com coleta de lixo e com energia elétrica, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Regiões	% de pessoas que vivem em domicílios com água encanada	% de pessoas que vivem em domicílios com banheiro e água encanada	% de pessoas que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo	% de pessoas que vivem em domicílio com energia elétrica
Rio de Janeiro	97,80	96,42	98,74	99,96
X RA Ramos	98,71	97,46	98,24	99,99
Manguinhos	97,67	96,05	94,94	100,00

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censo Demográfico, 2000.

O acesso a bens de consumo como televisão e geladeira, no bairro Manguinhos, na X Região Administrativa de Ramos e no município do Rio de Janeiro é bastante similar. No entanto com relação ao percentual de pessoas que residem em domicílios com telefone, carro e computador as diferenças são mais significativas, no qual os moradores de Manguinhos tinham uma maior dificuldade para utilizar esses bens (tabela 16).

Tabela 16: Percentual de pessoas que vivem em domicílio com televisão, telefone, carro, geladeira e computador, na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa e no bairro Manguinhos, 2000.

Regiões	% de pessoas que vivem em domicílio TV	% de pessoas que vivem em domicílios com telefone	% de pessoas que vivem em domicílio com carro	% de pessoas que vivem em domicílios com geladeira	% de pessoas que vivem em domicílio com computador
RJ	98,66	50,86	39,44	98,48	23,81
X RA Ramos	99,02	60,67	34,96	98,66	21,30
Manguinhos	97,68	17,44	13,13	96,15	4,25

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003)

No que concerne a oferta de serviços na área de educação, a região de Manguinhos é atendida pela 3ª e 4ª Coordenadoria Regional de Educação¹⁰ (CRE) da Secretaria Municipal de Educação (SME) do Rio de Janeiro que é responsável pelo acompanhamento da frequência escolar dos alunos beneficiários do PBF matriculados nas escolas municipais. No bairro de Manguinhos há unidades escolares para alunos do pré-escolar e do ensino fundamental (pré-escola até 9º ano) com vagas para alunos especiais¹¹ e ainda, duas creches municipais. Em agosto de 2004, foi inaugurada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), localizada no campus da FIOCRUZ, que oferece cursos de nível técnico de formação profissional, técnico de nível médio, de pós-graduação e cursos de educação para jovens e adultos. Além dessa, em fevereiro de 2009, foi inaugurada no âmbito das primeiras ações do PAC o Colégio Estadual Compositor Luiz Carlos da Vila, que oferece o ensino médio e desenvolve também o projeto de educação para jovens e adultos. A tabela 17, descreve todas as unidades escolares municipais do Rio de Janeiro localizadas na região de Manguinhos e o número de vagas para cada escola, bem como os tipos de serviços ofertados a população.

Tabela 17: Unidades escolares municipais e oferta de serviços de educação na região de Manguinhos, 2009.

Unidade Escolar	Ciclo de Formação	Nº de Alunos
Creche Municipal Manguinhos	-	139
Creche Municipal Chico Bento	-	142
Escola Municipal Ema Negrão de Lima	Pré - escola	100
	1º e 2º ciclo	325
Escola Municipal Albino Souza Cruz	Pré - escola	123
	1º e 2º ciclo	293
Escola Municipal Professora Mª de Cerqueira e Silva	Pré - escola	288
	1º e 2º ciclo	838
CIEP Juscelino Kubitschek	Pré - escola	233
	1º e 2º ciclo	654
	Classe especial	18
Escola Municipal Teotônio Vilela	Pré - escola	281
	1º, 2º ciclo e 3º ciclo	1496
	Classe especial	15

Fonte: Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura do Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/sme> atualizado em 10 de abril de 2009.

No que tange aos serviços de saúde o bairro Manguinhos encontra-se inserido na Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) ¹² e pertence à Coordenadoria de Saúde da Área Programática ¹³ 3.1 (CAP 3.1). Acrescenta-se a essa estrutura organizacional o Grupo de Apoio Técnico (GAT), sendo uma equipe multiprofissional (médico, sanitarista, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, dentista, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta) que foi criada em julho de 2003 com o objetivo de prestar suporte técnico às equipes de Saúde da Família. Vale destacar que em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 154, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que semelhante ao GAT é formado por uma equipe multiprofissional com o objetivo de prestar apoio técnico às equipes de Saúde da Família. Dessa forma, no ano de 2009, o município do Rio substituiu o GAT pelo NASF.

Com relação à oferta de serviços na AP3.1 localizam-se: dois hospitais federais (Hospital Geral de Bonsucesso e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ); um hospital estadual (Hospital Estadual Getúlio Vargas) e um hospital municipal de média complexidade com emergência (Hospital Municipal Paulino Werneck). Além dessas unidades de saúde, há dois centros de atenção psicossocial (CAPS Ernesto Nazaré e CAPS Fernando Dinis), dois centros municipal de saúde (Américo Velloso e Necker Pinto), dois Postos de Assistência Médica (PAM Maria Cristina Roma Paugartten e PAM Newton Alves Cardoso), uma Policlínica (Policlínica José Paranhos Fontenelle), quatro Postos de Saúde (Posto de Saúde Dr. Nagib Jorge Farah, Posto de Saúde Samora Machel, Posto de Saúde Madre Teresa de Calcutá, Posto de Saúde José Breves dos Santos), 10 unidades de Saúde da Família (Adeus, Alemão, Bahiana, Grotão, Manguinhos, Marcílio Dias, Vigário Geral, Parque Royal, Sereno e Nova Brasília) e ainda o Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto ¹⁴.

A única unidade de saúde localizada na região de Manguinhos é o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF), situado no andar térreo da ENSP/FIOCRUZ, que foi criado em 1967 com o objetivo de prestar assistência multidisciplinar à população moradora na região. Segundo, Zancan, Bodstein e Marcondes,⁽⁷⁹⁾ esta unidade de saúde busca desenvolver a promoção da saúde e o fortalecimento das ações intersetoriais através da articulação entre o serviço, a comunidade e outras instituições. No CSEGSF, funciona também a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ¹⁵, que foi criada em agosto de 2000 através de uma parceria entre a SMS e a FIOCRUZ. Inicialmente foi implantada apenas nas comunidades

Mandela de Pedra e Parque João Goulart, a primeira por ser uma região de maior vulnerabilidade social e a segunda devido a sua localização geográfica, contudo esta estratégia foi ampliada e até junho de 2009 era formada por oito equipes, apresentando 70 % de cobertura da região de Manguinhos que é atendida pelo CSEGSF.⁽⁷⁸⁾ As comunidades atendidas pela ESF e o número de famílias acompanhadas por cada equipe podem ser visualizados na tabela 18.

Tabela 18: População cadastrada por Comunidade na área adstrita ao ESF em Manguinhos, RJ.

Comunidades	População cadastrada	Nº. de famílias atendidas
Parque João Goulart	4145	1176
Mandela de Pedra	4016	1165
Vila Turismo	4213	1293
Parque Oswaldo Cruz	3392	1018
Samora Machel	4672	1312
Parque Carlos Chagas	3840	1128
Conjunto Habitacional Proletário 2	4056	1093
Vila São Pedro/Comunidade Agrícola de Higienópolis/Monsenhor Brito	3507	1130
Total	31.841	9315

Fonte: Coordenação de Saúde da Família/ CSEGSF em 30 de abril de 2008.

A análise dos indicadores de saúde sobre o bairro de Manguinhos revela um alto índice de mortalidade infantil comparando com a cidade do Rio de Janeiro e a X Região administrativa de Ramos. Segundo os parâmetros propostos pela RIPSAs⁽⁸²⁾ a taxa de mortalidade infantil pode ser classificada em baixa (menos de 20), médias (de 20-49) e alta (maior de 50). Dessa forma, o bairro Manguinhos apresenta um valor médio para taxa de mortalidade infantil, esses dados expressam as condições sócio-econômicas precárias, o baixo nível de escolaridade dos adultos, sobretudo das mães dessas crianças, bem como o difícil acesso aos serviços de saúde de atenção materna e infantil no ano de 2000. Na mesma direção, a taxa de mortalidade em menores de cinco anos que residem no bairro Manguinhos é superior as demais regiões. Esse dado é influenciado pela taxa de mortalidade em menores de um ano, e também expressa o difícil acesso aos serviços de saúde e as péssimas condições socioeconômicas dos moradores deste bairro. (tabela19)

Com relação à esperança de vida ao nascer¹⁶ dos moradores do Rio de Janeiro e a X Região administrativa de Ramos, podemos observar que, os valores são similares, contudo os moradores de Manguinhos vivem em média quatro anos a menos do que os demais. Por outro lado, a taxa de fecundidade¹⁷ no bairro de Manguinhos apresenta-se superior as demais regiões, fato este facilmente compreendido quando olhamos os déficits de escolaridade da região e as dificuldades de acesso aos serviços de educação e de saúde.

Tabela 19: Taxa de mortalidade de 1 até 5 anos de idade; esperança de vida e taxa de fecundidade, na cidade de Rio de Janeiro, X Região Administrativa de Ramos e no bairro Manguinhos, 2000.

Região	Mortalidade até 1 ano	Mortalidade até 5 anos	Esperança de vida ao nascer	Taxa de fecundidade total
Rio de janeiro	21,83	22,21	70,26	1,87
X RA Ramos	20,23	20,53	71,68	1,91
Manguinhos	33,82	34,31	66,30	3,05

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA, 2003)

Do mesmo modo, ao analisarmos o percentual de crianças e adolescentes do sexo feminino em Manguinhos, observamos na tabela 20, o alto índice de gravidez em adolescentes (14,99%), quando comparado com o município do Rio de Janeiro (7,56%) e a X Região administrativa de Ramos (9,31%).

Tabela 20: Percentual de crianças entre 10 e 14 anos e adolescentes entre 15 e 17 anos, do sexo feminino com filhos, Manguinhos, X RA Ramos e Rio de Janeiro, 2000.

Regiões	% de crianças do sexo feminino entre 10 e 14 anos com filhos	% de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos
Rio de janeiro	0,41	7,56
X RA Ramos	0,17	9,31
Manguinhos	0,63	14,99

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003)

Com relação às informações sobre o percentual de crianças menores de sete anos com calendário vacinal em dia e o seu estado nutricional, não foi possível obter tais dados. Até o ano de 2008, o CSEGSF não registrava informações sobre vacinação e somente em janeiro de 2009, foi implementado o módulo de imunização no Gerenciador de Informações Locais¹⁸ (GIL). Segundo informações obtidas no âmbito deste estudo, a maior dificuldade deste serviço é a ausência de registros nos prontuários, por parte dos próprios profissionais de saúde. Da mesma forma, não foi possível obter informações sobre o estado nutricional das crianças atendidas no CSEGSF. Como podemos observar, a tabela 21, mostra o total de crianças menores de 5 anos atendidas e percentual de prontuários sem informação, durante os anos de 2003 a 2007, entretanto a partir de 2005, inicia o registro dessas informações que pode ser decorrente do acompanhamento das condicionalidades do PBF.

Tabela 21: Total de crianças menores de 5 anos atendidas e que realizaram avaliação nutricional no CSEGSF, 2003 a 2005.

Avaliação Nutricional	Ano				
	2003	2004	2005	2006	2007
Total de consultas	9688	7261	7724	6531	5693
Com informação	0	0	4396	2924	2136
% Sem informação	100	100	43,1	55,2	62,5

Fonte: Coordenação do Cuidado, CSEGSF/FIOCRUZ.

Com relação ao acompanhamento de gestantes no Centro de Saúde, não foi possível obter dados sobre o total de gestantes que realizaram o número adequado de consultas de pré-natal, contudo conseguimos informações sobre o total de gestantes atendidas neste serviço durante os anos de 2007 e 2008. De acordo com o parâmetro para programação das ações básicas de saúde assistencial cerca de 2 % da população total deverá fazer o acompanhamento do Pré-natal, assim, considerando a população de Manguinhos de 50.000 habitantes se espera um total de aproximadamente 1000 gestantes, sendo este valor bastante superior ao total de mulheres acompanhadas.

Contudo, não podemos afirmar se está havendo uma baixa adesão das mulheres ao Pré-natal, pois esse valor também pode expressar uma omissão de registro por parte dos profissionais que realizam o atendimento.

Do total de gestantes atendidas cerca de 30 % são beneficiárias do Programa Bolsa Família, entretanto não foi possível obter informações, se estas gestantes realizaram mais de seis consultas, ou não. Além disso, é importante destacar que o registro das informações das gestantes beneficiárias do Bolsa Família é realizado no prontuário e que alguns profissionais do Centro de Saúde, desconheciam essa informação, o que nos leva a considerar que os dados aqui apresentados podem estar subestimados. (tabela 22)

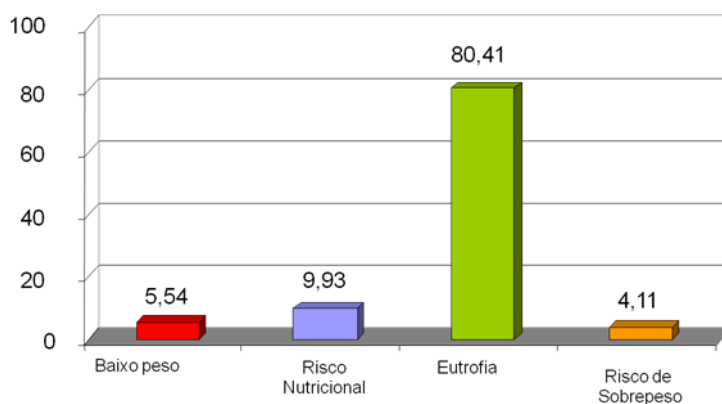
Tabela 22: Total de gestantes atendidas no CSEGSF e total de gestantes beneficiárias do PBF, 2007 e 2008.

Ano	Gestantes atendidas	Gestantes Beneficiárias	
		1ª vigência	2ª vigência
2007	588	183	190
2008	671	200	207

Fonte: SEDIS/CSEGSF
GIL/DATASUS

No período de novembro de 2006 a dezembro de 2007, o CSEGSF realizou uma pesquisa¹⁹ onde foi analisado o estado nutricional de 1.118 crianças beneficiárias do PBF com idade entre 0 a 7 anos. O estado nutricional foi classificado com base na referência internacional do *National Center for Health Statistics* (NCHS), utilizando o parâmetro de Peso para Idade (P/I) sendo possível observar que a maioria das crianças beneficiárias do PBF apresentava o estado nutricional adequado (80,41%); 5,54 % com baixo peso; 9,93 % com risco nutricional e 4,11% com risco de sobrepeso. (gráfico 3)

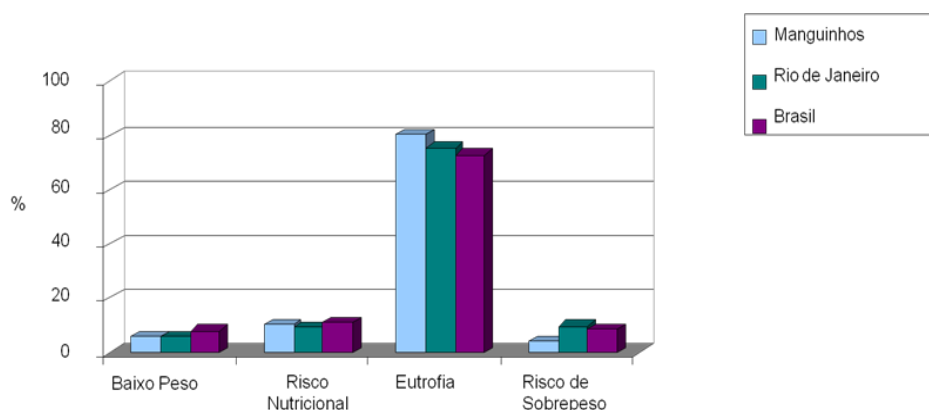
Gráfico 3: Estado nutricional (Peso/Idade) de crianças menores de sete anos beneficiárias do PBF atendidas no CSEGSF, durante os meses de novembro de 2006 a dezembro de 2007, Manguinhos/RJ.



Fonte: Pesquisa apresentada na II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, novembro de 2008, Brasília.

A pesquisa realizada pelo CSEGSF comparou o estado nutricional das crianças beneficiárias do PBF residentes em Manguinhos com dados do estado nutricional das crianças beneficiárias do Programa, acompanhadas no 1º semestre de 2007 no município do Rio de Janeiro e no Brasil. Neste estudo foi possível observar que o percentual de crianças com baixo peso em Manguinhos é de 5,54%, sendo inferior ao total encontrado no Rio de Janeiro (5,62 %) e no Brasil (8,08%). O percentual de crianças com risco nutricional, residentes em Manguinhos (9,93%) apresenta-se intermediário ao Rio de Janeiro (9,13%) e do Brasil (10,84%). Contudo com relação ao risco de sobrepeso a diferença entre Manguinhos e as demais regiões é mais significativa, no qual o percentual de crianças beneficiárias acompanhadas no CSEGSF é de apenas 4,11 % enquanto os dados do Rio de Janeiro e do Brasil duas vezes superior sendo 9,74% e 8,15% respectivamente. Além disso, observamos que Manguinhos apresenta um maior percentual de crianças eutróficas (gráfico 4).

Gráfico 4: Estado nutricional (Peso/Idade) de crianças menores de sete anos beneficiárias do PBF em Manguinhos, Rio de Janeiro e Brasil, 2007



Fonte: Pesquisa apresentada na II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, novembro de 2008, Brasília.

Com relação aos serviços prestados pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), a região de Manguinhos encontra-se inserida na 3ª e 4ª Coordenadoria de Assistência Social²⁰ (CAS), onde funcionam dois Centros de Referência da Assistência Social²¹ (CRAS), no qual o local de atendimento da população depende do endereço da família. Além desses, funciona também nesta região, um Centro de Referência Especializado de Assistência Social²² (CREAS), CREAS Nelson Carneiro, que fica localizado na região da 4ª CAS. Através do CRAS e do CREAS a população residente na região de Manguinhos tem acesso a vários serviços e programas, vale destacar que todo indivíduo atendido nestes equipamentos sociais é cadastrado no CadÚnico.

Além disso, a região de Manguinhos apresenta diversas iniciativas sociais na área da educação, cultura, lazer, geração de renda e assistencialistas que desenvolvem ações que buscam contribuir na resolução dos principais problemas existentes nas comunidades. Dentre as organizações sociais, destacam-se as associações de moradores existentes em cada comunidade, que compõe a região de Manguinhos. Em 2001 foi criado o Fórum Comunitário Acorda Manguinhos, no qual a participação de diversas lideranças comunitárias em torno da implantação do Projeto de Desenvolvimento Local Integral e Sustentável (DLIS)²³ assinalou o fortalecimento da participação social. Ao mesmo tempo, os moradores de Manguinhos vivem em cenário de violência e falta de

segurança mediante a presença de conflitos e tensões existentes na região devido à presença marcante do tráfico de drogas.⁽⁷⁸⁾

Deste modo, se torna possível conhecer o cenário em que o PBF, foi implementado em Manguinhos, sendo caracterizado por ser uma região bastante heterogênea, com baixos indicadores sociais e econômicos e um acesso precário aos serviços públicos de saúde e educação, que por sua vez retratam uma população com altos índices de morbi-mortalidade. Como descreve Potvin⁽⁶⁸⁾ a implementação de um Programa tende a ser fortemente influenciada por diversas variáveis contextuais e por isso quando se pretende realizar uma avaliação do processo de implementação se faz necessário considerar todas essas variáveis, bem como identificar os principais agentes implementadores. Nesse sentido será apresentado o processo de implementação do PBF em Manguinhos, desde a sua fase inicial até o ano de 2008, considerando os diversos atores envolvidos e a dinâmica institucional. Para falar sobre o acompanhamento das condicionalidades da saúde no bairro Manguinhos se fez necessário compreender a estrutura organizacional do PBF em nível municipal para tanto, o item 4.4 descreve como o Programa vinha sendo implementado até o ano de 2008.

4.4 O Programa Bolsa Família em Manguinhos, Rio de Janeiro.

O PBF foi implantado no município do Rio de Janeiro e em Manguinhos, em junho de 2004 concomitantemente, a partir da assinatura do termo de adesão, firmado entre o governo federal e a prefeitura, em maio de 2004²⁴. Neste mesmo ano, a Secretaria Estadual do Rio de Janeiro formalizou um acordo com o MDS, onde o Estado complementaria com o valor de R\$15,00 os benefícios pagos pelo governo federal às famílias beneficiárias²⁵.

Foi instituído como órgão gestor a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) através do núcleo de Transferência de Renda da Subsecretaria de Proteção Social Básica²⁶. Esta subsecretaria se divide em núcleo de Proteção Social Básica, núcleo de Inclusão Produtiva e de Transferência de Renda, no qual o núcleo de Transferência de Renda é o responsável pela implementação do Programa²⁷.

A primeira etapa da implementação do PBF em Manguinhos, bem como em toda a cidade do Rio de Janeiro, foi a migração dos beneficiários dos programas de transferência de renda anteriores (Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação, o Cartão Alimentação e o Vale Gás). Em março de 2007, 52.487 beneficiários do Programa Cheque Cidadão²⁸ também migraram para o PBF e o processo de inclusão dos beneficiários dos demais programas de transferência de renda foi concluído em outubro de 2007. Segundo informações dadas pelos gestores e profissionais entrevistados, com a atualização desses cadastros algumas famílias deixaram de receber os benefícios financeiros.

Durante o processo de migração das famílias beneficiárias, a SMS e principalmente a SME foram parceiras da SMAS, auxiliando na divulgação do Programa. A SME cedeu o espaço físico e computadores das unidades escolares e agendou o atendimento das famílias beneficiárias do Bolsa Escola, para que os cadastros fossem atualizados, sendo esse trabalho desenvolvido por profissionais da assistência social. Posteriormente, os novos cadastros foram sendo realizados no Centro Municipal de Assistência Social Integrada (CEMASI).

Em agosto de 2006, seguindo a orientação da Política Nacional de Assistência Social, o CEMASI, foi alterado para Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e continuou a ser o local de inclusão dos usuários no CadÚnico. Como já mencionado, em Manguinhos há dois CRAS (CRAS Caio Fernando Abreu e CRAS Nelson Mandela) e um CREAS (CREAS Nelson Carneiro) e dessa forma todas as famílias que utilizavam estes equipamentos sociais eram incluídas no CadÚnico, mediante um atendimento realizado por um assistente social. Vale destacar que existem algumas ações que aumentaram o número de famílias cadastradas, como o “Projeto Porta a Porta”²⁹. Após o cadastramento das famílias, os dados eram encaminhados, via *online*, a Caixa Econômica Federal, contudo, nem todos os CRAS tinham acesso à internet.

O CRAS Caio Fernando Abreu, é um destes equipamentos que não tem acesso *online* ao CadÚnico e para que as informações deste cadastro sejam encaminhadas até o MDS, mensalmente um profissional de informática do IPLAN³⁰, realiza o backup de todos os cadastros e encaminha tais informações até a SMAS. Ao mesmo tempo, este funcionário atualiza o banco de dados do CadÚnico do CRAS. Após o cadastramento,

no período de dois a três meses, as famílias retornam ao CRAS e recebem o NIS e o telefone da Caixa Econômica Federal para que possam obter informações sobre o benefício do Bolsa Família. Segundo informações de profissionais que atuam no CRAS, o prazo entre o cadastro de uma família e o recebimento do benefício, em média é de quatro meses, todavia esse período pode variar desde um mês até um ano ou mais.

De acordo com dados da SENARC (tabela 23), no município do Rio de Janeiro em abril de 2007, tinha 123.458 famílias cadastradas no CadÚnico e desse total 105.822 eram beneficiárias. Em maio de 2008, houve um aumento no número de famílias cadastradas e beneficiárias, sendo 155.222 famílias cadastradas e 149.084 famílias beneficiárias. Segundo informações de gestores e profissionais que atuam no âmbito do PBF, o número de famílias cadastradas e beneficiárias de Manguinhos é impreciso, devido dados incompletos dos endereços residenciais. Apesar disso, tais informações não foram disponibilizadas pela SMAS.

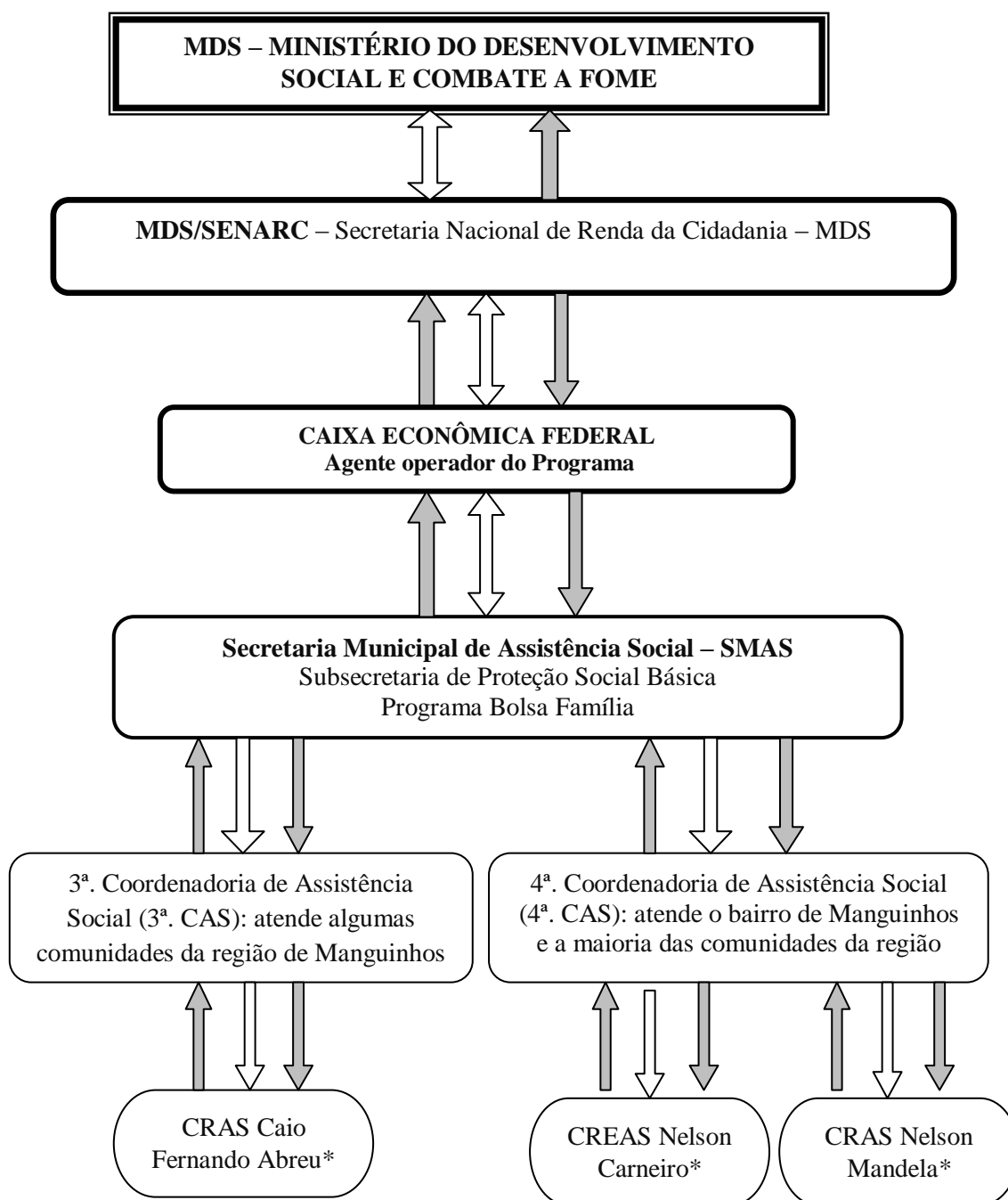
Tabela 23: Total de famílias cadastradas no Cadastro Único, famílias cadastradas com perfil do Programa Bolsa Família e famílias beneficiárias do PBF, em 2007 e 2008.

Informações Cadastro Único	2007	2008
Famílias Cadastradas no CadÚnico	123.458	155.222
Famílias Cadastradas Perfil PBF	112.547	144.667
Famílias beneficiárias PBF	105.822	149.084

Fonte: SENARC, 2007 e 2008. Disponível em <http://www.mds.gov.br> / relatórios e estatísticas do SENARC acessado no mês de agosto/2007 e julho/2008.

O Fluxo de informações de inclusão das famílias, residentes em Manguinhos, no cadastro único e no Programa Bolsa Família, durante os anos de 2007 e 2008, pode ser visualizado na figura 4:

Figura 4: Fluxo de informações sobre acompanhamento e atualização do PBF e do Cadastro Único na região de Manguinhos, RJ - 2007/2008



Legenda:

- ⇄ setas vazadas: troca de informações e orientação sobre o PBF;
- ⇒ setas cinzas: elementos relacionados ao Cad-Único (atualizações, dados, etc.).

OBS:

*Nível local que atende, faz o cadastramento e a atualização do Cad-Único na área de Manguinhos;

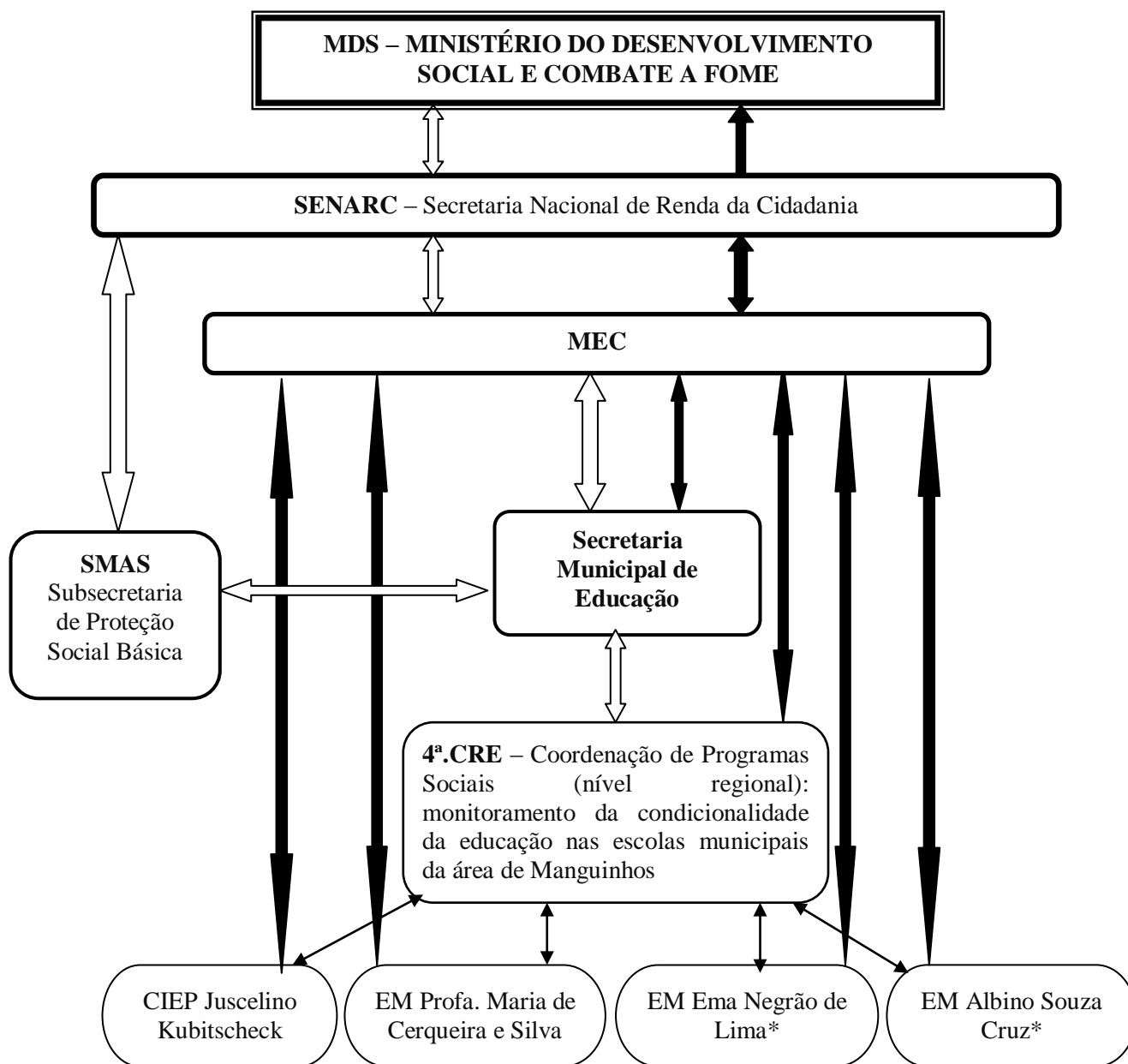
CRAS Caio Fernando Abreu: acompanhou a implementação do PBF em Manguinhos, nas comunidades Parque João Goulart; CHP2; Vila Turismo e Vila União.

No que se refere ao monitoramento das contrapartidas da educação, a frequência escolar dos alunos beneficiários, matriculados nas escolas municipais é monitorada pela CRE, sendo que a digitação dessas informações é descentralizada, o que permite que cada escola envie seus dados diretamente ao MEC, via internet. Para realizar essa ação, as escolas recebem uma senha que possibilita o acesso ao sistema de frequência escolar do PBF. Entretanto, na região de Manguinhos, durante o período desta pesquisa, o CIEP Juscelino Kubitschek e a Escola Teotônio Vilela estavam com problemas em suas senhas, sendo assim, era necessário que um profissional de cada uma dessas escolas se deslocasse até a 4ª CRE, para digitar a frequência escolar dos alunos beneficiários.

No nível central, a gestão das condicionalidades é realizada pela SME através do Departamento Geral de Educação³¹ (DGE), que faz o controle bimestral da frequência escolar de todos os alunos beneficiários do PBF inseridos na rede de ensino do Rio de Janeiro. No caso dos alunos matriculados na rede estadual, federal ou particular, o DGE encaminha às escolas, via correio, uma relação com o nome de todos alunos beneficiários que precisam ser acompanhados. Por sua vez, as escolas registram os dados sobre a frequência escolar e devolvem tais informações ao DGE para que possam ser encaminhadas ao MEC. Vale destacar, que também solicitamos informações quantitativas sobre o número de alunos beneficiários do PBF e acompanhados pela SME na cidade do Rio de Janeiro e em Manguinhos, mas que não foi disponibilizado por essa Secretaria.

O fluxo de informações sobre o monitoramento da condicionalidades da educação, durante os anos de 2007 e 2008, dos alunos beneficiários residentes em Manguinhos, pode ser visualizado na figura 5:

Figura 5: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Educação em Manguinhos, RJ - 2007/2008



Legenda:

- setas preenchidas: transmissão de dados (condicionalidades educação);
- ⇄ setas vazadas: troca de informações e orientação sobre o PBF;

OBS:

As escolas que possuem computador e senha acessam e alimentam o banco de dados sobre a frequência dos seus alunos. Quando ocorre algum problema com esse fluxo, recorrem à 4ª. CRE.

* Escolas situadas na região da 4ª. CRE, mas na área correspondente à 3ª Coordenadoria da Assistência Social.

Com relação às condicionalidades da saúde, em Manguinhos e nos demais bairros do RJ, o acompanhamento das famílias iniciou em 2005. Em nível municipal, o programa ficou sob responsabilidade da Coordenação da Rede Básica de Saúde, que está inserida na Subsecretaria de Atenção Básica em Saúde (SUBAS), e do Instituto de Nutrição Annes Dias³² (INAD). Dessa forma, em cada vigência, a SUBAS organizava um banco de dados com todas as famílias que precisam ser acompanhadas em cada AP e encaminhava este arquivo, as CAPs.

A proposta da SMS seria que a CAP imprimisse a relação com o nome das famílias a serem acompanhadas e seus respectivos endereços, e encaminhasse as unidades de saúde. Contudo, observamos que durante o período desta pesquisa, a CAP 3.1 (que abrange a região de Manguinhos) não utilizava o banco de dados cedido pela SMS, mas sim o próprio sistema de informação das condicionalidades da saúde, que até o ano de 2008 apresentava vários problemas, dificultando assim o acesso a informações sobre as famílias beneficiárias que deveriam ser acompanhadas, em cada bairro. Diante do grande número de famílias a serem acompanhadas em cada CAP e dos problemas neste sistema de informação, o nome e endereço dos beneficiários que deveriam ser acompanhadas pela SMS não eram encaminhadas ao nível local.

O total de famílias que deveriam ser acompanhadas pelo município do Rio de Janeiro, bem como o percentual médio de famílias acompanhadas pode ser visualizado na tabela 24. Podemos observar que ao longo do processo de implementação do Programa houve um aumento no percentual médio de famílias acompanhadas. Dessa forma, na 1ª vigência do programa (2005) foram acompanhadas apenas 13,58% do total de famílias beneficiárias em contraposição, na 1ª vigência de 2007, foram acompanhadas mais de 50 % das famílias beneficiárias, sendo a vigência com maior percentual de cobertura no município.

Tabela 24: Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde, famílias totalmente e parcialmente acompanhadas pela Secretaria de saúde e percentual de acompanhamento da saúde no município do Rio de Janeiro, 2005-2008.

Vigência	Famílias beneficiárias (Perfil Saúde)	Famílias Acompanhadas	Famílias Parcialmente Acompanhadas*	% de cobertura +
1ª vigência - 2005	40.331	5.403	75	13,40 %
2ª vigência - 2005	44.024	14.955	453	33,97 %
1ª vigência - 2006	51.513	12.760	158	24,77 %
2ª vigência - 2006	86.845	33.564	2.679	38,65 %
1ª vigência - 2007	100.534	48.057	2217	47,80 %
2ª vigência - 2007	103.029	44.072	678	42,78 %
1ª vigência - 2008	117.005	46.577	152	39,81 %
2ª vigência - 2008	108.530	44.284	340	40,80 %

Fonte: SISVAN/DATASUS. Disponível em: <http://sisvan.datasus.gov.br> acessado em março de 2009

* Famílias parcialmente acompanhadas são aquelas no qual um dos membros da família não compareceu ao serviço de saúde ou não foram registradas essas informações no mapa de acompanhamento do PBF.

+ Cobertura = $\frac{\text{Total de Famílias acompanhadas} \times 100}{\text{Total de Famílias beneficiárias do setor saúde}}$

A tabela 25 mostra o total de famílias que deveriam ser acompanhadas pela CAP 3.1 durante os anos de 2007 e 2008, divididos por vigência. No entanto, é importante destacar que os valores expressos nestas tabelas são aproximados, pois para obter tais dados foi realizado um trabalho manual que possibilita a exclusão de algum bairro no momento da contagem. Na segunda vigência de 2008, não foi possível obter estas informações, devido mudanças ocorridas no sistema de informação da saúde.

Tabela 25: Total de famílias beneficiárias a serem acompanhadas pela CAP 3.1, 2007-2008

Período	Famílias beneficiárias (Perfil Saúde)
1ª vigência – 2007	16.593
2ª vigência – 2007	17.125
1ª vigência – 2008	19.124
2ª vigência – 2008	*

Fonte: DATASUS/Informações cedidas pela CAP 3.1

* Devido a alterações no sistema de monitoramento das condicionalidades da saúde, na 2ª vigência de 2008, não foi disponibilizado o relatório consolidado com todos os bairros e o total de famílias beneficiárias e acompanhadas em cada bairro, sendo assim a CAP 3.1 não teve acesso a informação sobre o total de famílias a serem acompanhadas por bairro.

Com o início do monitoramento das contrapartidas, na CAP 3.1 a implementação das ações do Programa, ficou sob responsabilidade de um nutricionista e um assistente social que atuavam no GAT. A primeira estratégia do GAT foi sensibilizar os profissionais e diretores das unidades de saúde, sendo assim, foram realizadas várias reuniões na CAP. Em 2006, houve uma mudança na estrutura da SMAS e com isso, foram incorporados outros profissionais para atuarem na gestão das condicionalidades da saúde no PBF. Assim, foi criado o cargo da gerência da assistência social na saúde e a função do interlocutor. A gerência de assistência social na saúde trabalha no nível central da SMAS, com a função de discutir e aprimorar o trabalho do serviço social na proteção, prevenção e na inserção dos usuários nos programas e serviços municipais de saúde. O interlocutor é um representante da assistência social, que trabalha na CAP e tem a função de prestar supervisão técnica às assistentes sociais das unidades municipais de saúde.

No município do Rio, há dez interlocutores que ficam distribuídos, conforme a política de saúde do município. Este profissional deve desenvolver juntamente com um profissional de saúde da CAP (diretor de programas) o monitoramento das condicionalidades de saúde daquela área, sendo responsável também pela digitação e envio dos dados das famílias acompanhadas, ao CGPAN/MS. Dessa forma, as unidades de saúde realizam o registro do acompanhamento das famílias em um formulário específico (Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família) e encaminham a CAP que por sua vez, encaminha ao MS.

Em Manguinhos o monitoramento das condicionalidades, desde 2005 vinha sendo realizado pela equipe do Serviço Social e de Nutrição do CSEGSF. A partir de junho de 2008, houve a inserção das equipes de Saúde da Família que passaram a acompanhar as famílias que residem em sua área adscrita e as demais famílias, continuaram a ser atendidas pelo serviço social do Centro de Saúde. É importante enfatizar, que nesse fluxo de atendimento, os usuários eram atendidos por livre demanda, pois não era possível realizar busca ativa das famílias, visto que os profissionais não tinham acesso a relação dos beneficiários do PBF que precisavam ser acompanhados.

Ainda com relação ao sistema de informação³³ das condicionalidades da saúde, a partir da 1ª vigência de 2007, se tornou possível vincular o acompanhamento do

beneficiário do PBF a um estabelecimento de saúde. Essa mudança permitiria que o gestor identificasse o número de famílias que vinha sendo acompanhada em cada localidade. Entretanto, nem todas as unidades que realizavam o monitoramento das condicionalidades no município do RJ como, por exemplo, o CSEGSF constava neste sistema. Com isso a SMS optou em estabelecer algumas unidades “mães” onde seriam registrados os dados do acompanhamento das condicionalidades e desta forma em Manguinhos, até 1ª vigência de 2008, todas as informações das famílias acompanhadas no CSEGSF eram lançadas no PAM Maria Cristina Pontes Paumgarten, que fica localizado em Ramos. Diante disso, não foi possível obter informações sobre o número de famílias residentes em Manguinhos que cumpriram as condicionalidades do Programa no CSEGSF. O monitoramento das condicionalidades da saúde em nível local será melhor detalhado no item 4.5.

De acordo com dados cedidos pela CAP 3.1, a tabela 26 descreve o total de famílias que deveriam ser acompanhadas em Manguinhos, entretanto como já descrito, estes dados são aproximados.

Tabela 26: Total de famílias a serem acompanhadas, residentes em Manguinhos, 2007-2008

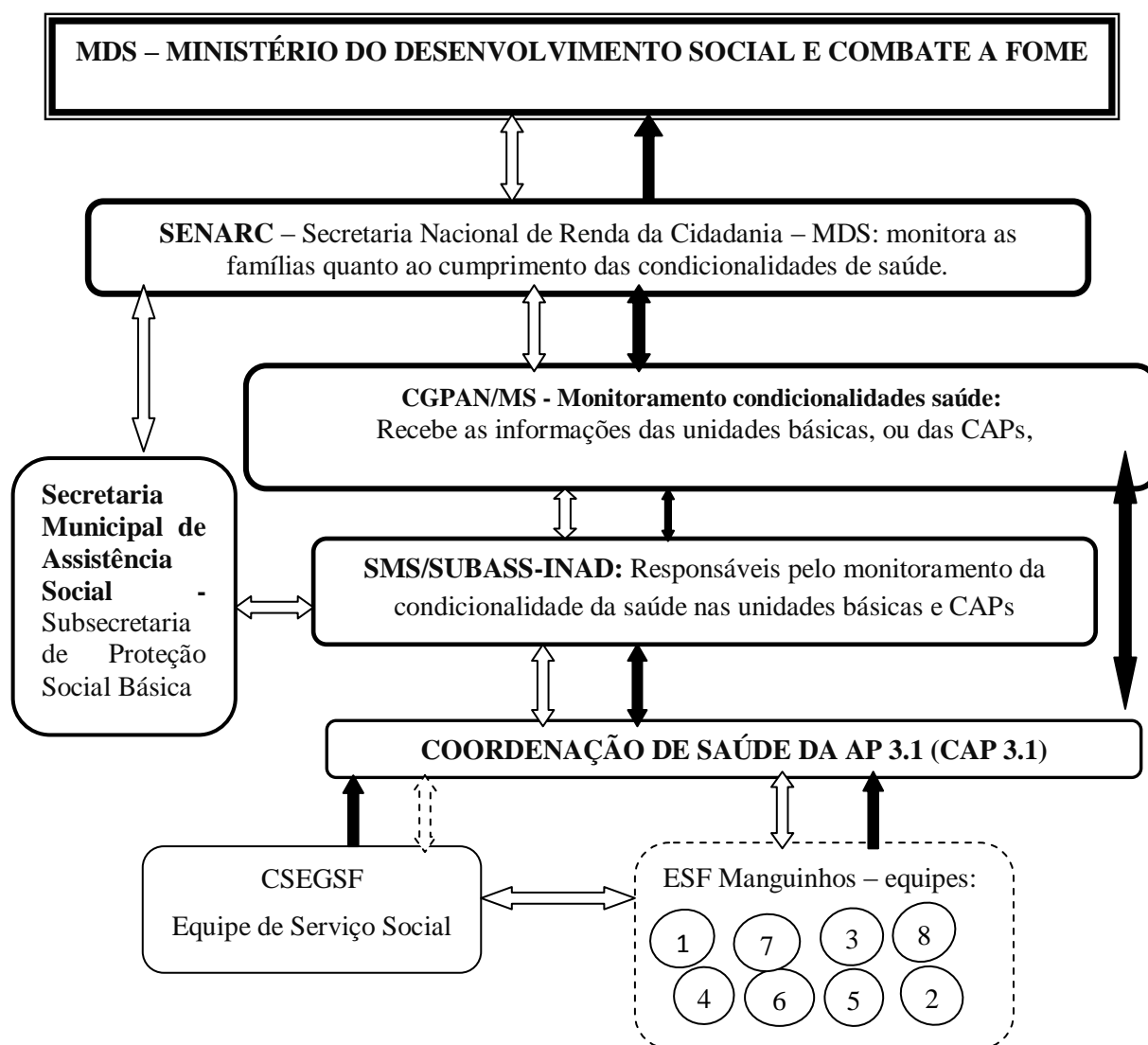
Período	Famílias beneficiárias (Perfil Saúde)
1ª vigência – 2007	1493
2ª vigência – 2007	1562
1ª vigência – 2008	1.622
2ª vigência – 2008	*

Fonte: Informações cedidas pela CAP 3.1

* Devido a alterações no sistema de monitoramento das condicionalidades da saúde, na 2ª vigência de 2008, não foi disponibilizado o relatório consolidado com todos os bairros e o total de famílias beneficiárias e acompanhadas em cada bairro, sendo assim a CAP 3.1 não teve acesso a informação, sobre o total de famílias a serem acompanhadas por bairro.

A figura 6, apresenta o fluxo de informações das condicionalidades da saúde em Manguinhos, durante os anos de 2007 e 2008.

Figura 6: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Saúde em Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008



Legenda:

➡ setas preenchidas: transmissão de dados (condicionalidades saúde);

↔ setas vazadas: troca de informações e orientação sobre o PBF;

OBS:

1. A CAP era a responsável pelo monitoramento das condicionalidades de saúde do PBF na área e contava com a participação da Interlocutora da SMAS e com representantes do GAT.
2. A partir do mês de junho de 2008 os moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de Manguinhos passaram a fazer o acompanhamento das condicionalidades de saúde através dos profissionais de suas equipes. O CSEGSF passou a fazer o acompanhamento somente dos moradores de fora da área da ESF.

Com o objetivo de melhorar a gestão das condicionalidades do Programa, em outubro de 2004, o município do Rio de Janeiro, instituiu o *Grupo Intergestor* e o *Grupo Descentralizado* do PBF⁽⁸³⁾. O primeiro sob coordenação da SMAS teve como proposta desenvolver reuniões mensais com a participação de gestores da Secretaria Municipal de Educação (SME), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e as Secretarias de Habitação, de Esporte e Lazer, e de Fazenda. O *grupo Descentralizado* deveria ser composto por representantes de todas as Secretarias Municipais acima citadas, exceto a de Fazenda e se reunir periodicamente no âmbito das Coordenações Regionais, dessa forma participam representantes da CRE, da CAP e da CAS. Cabe destacar, que durante o ano de 2007, não havia sido agendada nenhuma reunião entre o grupo intergestor e da mesma forma o grupo descentralizado em agosto de 2008, já não se reunia há três meses.

Um das estratégias criadas pelo município do Rio de Janeiro para ampliar a divulgação do PBF e aumentar o número de famílias com suas condicionalidades acompanhadas foi o dia “B”. Este evento é realizado duas vezes ao ano, com a participação de diversas secretarias (Assistência Social, Esporte e Lazer, Educação, Saúde, Urbanismo). Neste dia são promovidas ações informativas sobre os equipamentos e programas sociais existentes em cada área. A divulgação do dia B é realizada em todas as escolas e nas unidades municipais de saúde.

Outro trabalho desenvolvido em 2007, no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de ampliar o acompanhamento das condicionalidades da saúde foi uma parceria entre a SMS e as escolas que possuem o maior número de beneficiários do PBF, através dos projetos Dente Escola e Escolas Promotoras de Saúde. A proposta seria atender 100% dessas escolas, desenvolvendo uma ação que não fosse específica para os beneficiários, mas que pudesse atingir todas as crianças da escola.

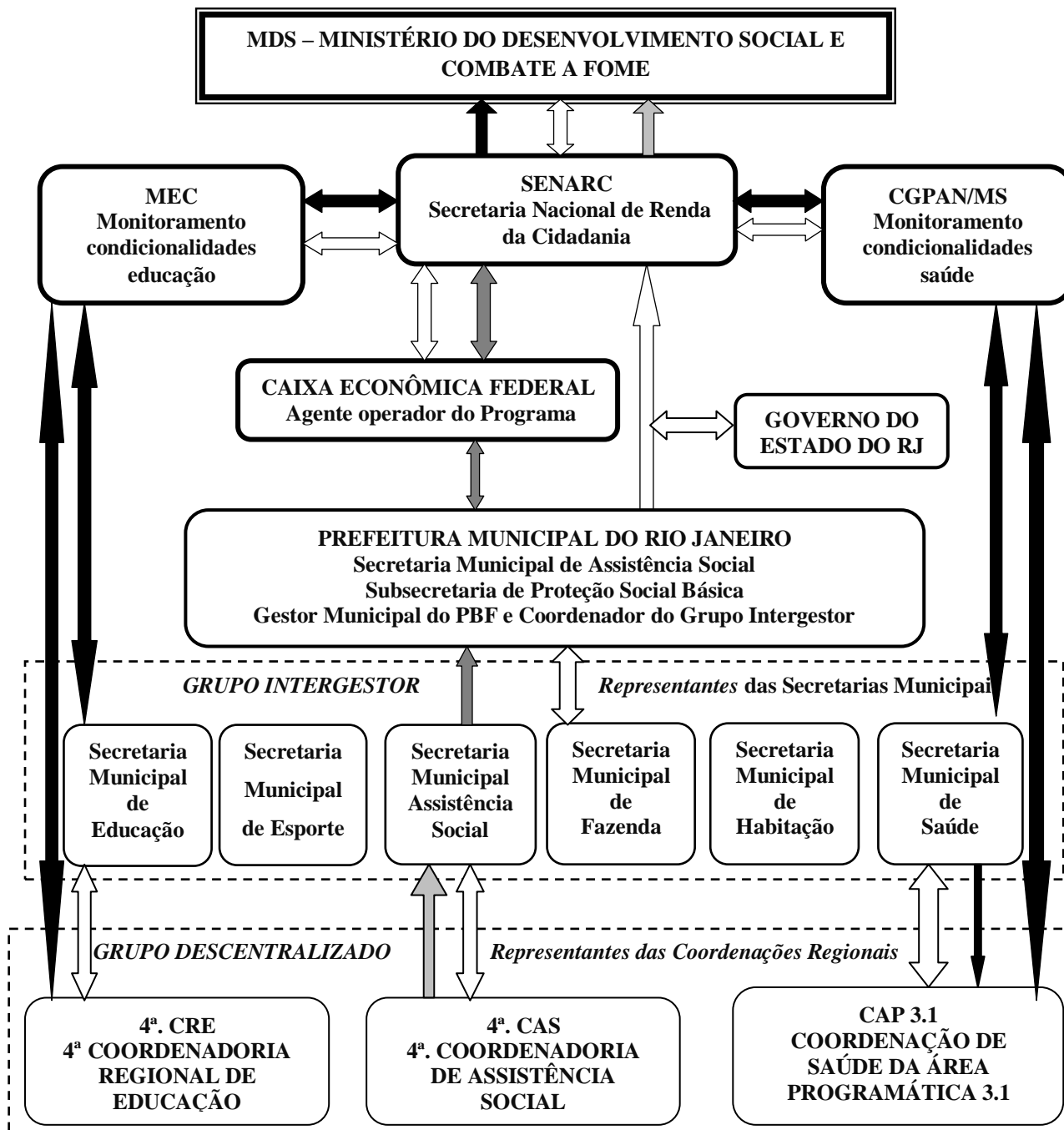
Conforme já descrito, em abril de 2006, o governo federal criou através da Portaria nº 148, o IGD, enquanto um instrumento para avaliar a gestão do Programa e incentivar o governo local no monitoramento das condicionalidades. Contudo, em maio do mesmo ano o Secretário Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, instituiu a resolução número 47 que define os valores percentuais a serem utilizados com os recursos financeiros provenientes deste índice. Assim ficou estabelecido que 20 % seria para gestão das condicionalidades e dos benefícios; 10% para o acompanhamento das

famílias beneficiárias e dos programas remanescentes; 7,5% para a compra de equipamentos de informática; 50% para implementação de programas complementares; 5% para fiscalização do PBF e do CadÚnico; 5,5% para ações de documentação civil e 2% para capacitações com técnicos envolvidos no programa³⁴. Segundo gestores que atuam no Programa, o recurso do IGD foi utilizado para realizar capacitações, produzir cadernetas do Programa³⁵, cartilhas, cartas para enviar aos beneficiários para comparecerem as escolas e postos de saúde, além de todo o material de consumo utilizado no “Dia B”. A decisão sobre a forma que o recurso será utilizado é tomada pela SMAS sem o envolvimento de gestores das demais secretarias que atuam no Programa. Além disso, há gestores e profissionais que desconhecem a existência deste recurso e ainda, que existe a possibilidade de ser empregado na compra de material ou equipamentos que possa melhorar a gestão do Programa em qualquer uma das secretarias envolvidas.

No que se refere a participação do Estado na gestão do Programa, somente em julho de 2007, o governo do Estado do Rio de Janeiro criou a partir do Decreto nº 40.551 a coordenação estadual intersetorial do PBF⁽⁸⁴⁾, formada por representantes das Secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação. Segundo informações dos gestores estaduais, obtidas em dezembro de 2008, essas reuniões estavam ocorrendo com uma frequência mensal. Apesar desta comissão ter sido criada recentemente, os gestores municipais que trabalham no monitoramento das condicionalidades da saúde e educação, relataram que o Estado tem participado com suporte técnico, a estas secretarias. Por outro lado, para os gestores da assistência social, a participação do Estado ainda se apresenta de forma bastante incipiente.

A estrutura organizacional do funcionamento do PBF no município do Rio pode ser melhor visualizada no figura 7.

Figura 7: Fluxograma Bolsa Família Município do Rio de Janeiro – Região de Mangunhos –2007/2008



→ Setas preenchidas: transmissão de dados (condicionalidades saúde e educação);
⇄ Setas vazadas: troca de informações e orientação sobre o PBF;
⇄ Setas cinza: elementos relacionados ao CadÚnico (atualizações, dados, etc.).

4.5 Gestão das condicionalidades da saúde em Manguinhos, RJ.

Em Manguinhos, o monitoramento das condicionalidades da saúde iniciou em 2005, sendo realizado no CSEGSF. Na época, o acompanhamento das famílias ficou sob responsabilidade do serviço social que trabalhou em parceria com o serviço de nutrição. A informação sobre o PBF chegou à equipe do serviço social por intermédio da CAP 3.1, que enviou uma listagem com 300 famílias beneficiárias que deveriam ser acompanhadas em um prazo pré-determinado. Para localizar essas famílias foi solicitada a ajuda dos agentes comunitários da ESF. Vale ressaltar, que nesta listagem havia famílias que não residiam na área de cobertura de atendimento do Centro de Saúde, como exemplo, famílias residentes na Vila do João e no Jacarezinho.

Neste momento a equipe não havia sido capacitada para exercer tal atribuição e não sabia como iria desenvolver o acompanhamento das famílias, já que são ações do serviço de saúde como avaliação nutricional, acompanhamento do calendário vacinal e pré-natal, que se distanciam das atribuições do assistente social. Diante disso, solicitou o apoio da equipe de nutrição, para realizar o acompanhamento nutricional das famílias e a ajuda da enfermagem para verificar se o cartão de vacinação das crianças menores de sete anos estava em dia.

“Foi uma surpresa quando chegou uma planilha com 300 famílias para acompanhar essa condicionalidade, que até então, nós não tínhamos conhecimento de nada do Programa Bolsa Família”. (Entrevistada 11)

“Para que o serviço social está nesse momento? Porque era para pesar, medir, avaliação nutricional e a questão da vacina (...) A gente não sabia direito: para que servia essa condicionalidade!”. (Entrevistada 11)

“(...) a gente sempre ia lá na enfermagem.... Por favor, essa vacina está em dia?”. (Entrevistada 11)

A equipe do serviço social, de 2005 até o ano de 2008, participou apenas de três reuniões sobre o Programa, que foram realizadas na CAP 3.1 Nestas reuniões a maioria dos profissionais era da ESF, sendo o serviço social uma das exceções no grupo. Os

agentes de saúde que por ventura iam a CAP 3.1 para participar de alguma atividade recebiam os informes sobre o PBF, e passavam tais informações para o serviço social.

“Fomos a uns três ou quatro encontros com outras equipes. Só que eram equipes de Saúde da Família. Todos os outros dessa área tinha equipe de Saúde da Família trabalhando com essa questão da condicionalidade. E nós éramos do Centro de Saúde (...) Não era a Estratégia Saúde da Família e aí pararam de nos chamar e acabava que algumas vezes os próprias agentes de saúde que iam pra alguma atividade no GAT, na CAP, traziam algum informe”. (Entrevistado 11).

Apesar destas falas, segundo informações dadas pelos gestores municipais responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades, foram desenvolvidas capacitações em todas as áreas programáticas no qual, participaram representantes das unidades de saúde. Estas reuniões e capacitações eram mais frequentes no início do Programa. Inclusive no ano de 2007, a SMS organizou uma capacitação para digitadores das unidades de saúde, com o objetivo de descentralizar a digitação dos dados sobre o monitoramento das condicionalidades do Programa, apesar disso o CSEGSF, também não participou deste treinamento.

“No começo era mais! Então, agora é assim, quando sente demanda, alguma coisa. Além de ir junto com as representantes vai junto com as unidades, discutindo questões das condicionalidades”. (Entrevistado 9)

“Nós fizemos no ano de 2006 e de 2007. Nós fizemos uma rodada em todas as áreas, levando o pessoal da SMAS e da saúde, inclusive para discutir um pouco os nossos resultados. E tivemos um treinamento que nós fizemos em 2006 e já fizemos um em 2007. Fizemos treinamento para digitação no sistema”. (Entrevistado 8)

“Nós fizemos aqui na CAP treinamento para os digitadores. Que infelizmente algumas unidades são descentralizadas e outras não (...) Já teve discussões, reuniões ampliadas, discussão do Bolsa Família. Mas agora está um pouco parado”. (Entrevistado 4)

As capacitações realizadas na CAP eram voltadas às equipes de Saúde da Família e aos profissionais das unidades básicas municipais que realizavam o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF. Contudo, em Manguinhos até o

ano de 2008, a ESF não estava realizando o acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família e, além disso, o CSEGSF é uma unidade com vínculo federal. Essa particularidade do Centro de Saúde, fez com esse serviço, ao longo do processo de implementação, deixasse de ser convocado para os treinamentos e discussões realizadas na CAP, sobre o PBF.

O processo de implementação de uma política ou programa, envolve decisões dos agentes implementadores e dessa forma, o grau de mobilização desses atores para apoiar a gestão do Programa, é sinalizado por Draibe⁽⁶²⁾, como uma dimensão importante que deve ser considerada. Para tanto, no caso de Manguinhos, observamos que os principais agentes implementadores não foram capacitados e dessa forma, não tiveram acesso as principais informações sobre o desenho do Programa, o que permitiu um maior distanciamento dos objetivos estabelecidos pelos formuladores do PBF.

Quando o CSEGSF foi informado que teria que acompanhar as famílias beneficiárias do PBF, foi proposto um fluxo de atendimento na unidade, que melhor se adequasse aos profissionais envolvidos e ao serviço de saúde, visto que estes profissionais estavam inseridos em outras atividades. Assim, ficou estabelecido que o acompanhamento das condicionalidades seria realizado uma vez por semana no período da manhã, sendo toda 5ª feira de 08 às 14h, sempre por livre demanda. Neste dia, o atendimento era coletivo, onde o serviço de nutrição realizava a avaliação nutricional das crianças e gestantes, e o serviço social verificava o cartão de vacinação das crianças. As informações das famílias eram registradas no mapa de acompanhamento do Programa e caso no momento da avaliação antropométrica, fosse verificado algum problema nutricional, como sobrepeso ou risco nutricional, era agendado um atendimento individual subsequente.

“Porque tem um dia determinado. O serviço social e nutrição nós marcamos na 5ª feira de 08h às 14hs. Nós estávamos ali numa salinha com balança, com a fita métrica. Tudo pra acompanhar essas famílias. Fazer essa condicionalidade”.
(Entrevistado 11)

“A gente ficava fazendo um trabalho que era técnico. Inicialmente era praticamente técnico. Que era pesar, medir e fazer a classificação. Essa na verdade era a nossa participação. E ali naquele momento a gente encaminhava as crianças em risco, gestantes em risco para o atendimento, tanto de sobrepeso e de baixo-peso”.
(Entrevistado 12)

Após o registro das condicionalidades, a equipe do serviço social, agendava uma entrevista social com os responsáveis pelo benefício, onde se buscava ouvir as demandas sociais e integrar esses usuários em ações e iniciativas sociais da região. Além disso, a equipe se preocupava em inserir toda a família, mesmo aqueles que não se encontravam no “perfil condicionalidade” (crianças menores de 7 anos e gestantes), em outras ações e serviços de saúde.

“Depois dessa condicionalidade a gente marca uma entrevista com o serviço social. Nós começamos a trabalhar, quer dizer, as questões sociais detectadas naquele momento da condicionalidade, que era ver algum problema social daquela família”. (Entrevistado 11)

“Agora sim, esse não é avaliado, mas a gente procura marcar um atendimento. Você é acompanhada pela Saúde da Família? A agente de saúde passa na sua casa? Tem muito tempo que não faz um preventivo?”. (Entrevistado 11)

O fluxo de atendimento dos beneficiários do PBF no Centro de Saúde gerou um aumento no número de famílias na unidade (5ª feira de manhã), fazendo com esse atendimento fosse mais demorado. Além disso, dificultava o acesso das famílias às ações básicas de saúde, pois limitava o atendimento do usuário a um dia e horário da semana. É importante considerar, que nem todos os usuários têm a mesma disponibilidade de tempo. De tal modo, o monitoramento das condicionalidades acabou se tornando uma atividade burocrática, com o preenchimento de mapas e informações sobre as famílias, que seriam enviadas posteriormente ao MS.

“Aqueles filas enormes, as pessoas falando junto com o atendimento do Centro do Centro de Saúde que já é também complicado de manhã. Então é aquela loucura”. (Entrevistado 11)

“Era tudo num dia só para fazer esse acompanhamento, sem necessidade porque o acompanhamento, ele é semestral? Então não precisa vir às famílias num dia da semana. (...) E aí era muito desgastante porque eram 50, 60, 70 atendimentos num dia. Era uma loucura! Então eu acho que ficava muito mecânico as ações. Ficava muito burocrático. Muito aquela coisa de preencher” (Entrevistado 12)

A ênfase na questão burocrática acabou qualificando as condicionalidades da saúde como um processo de “recadastramento”. Essa fala foi evidenciada no grupo focal, onde as famílias beneficiárias citaram o acompanhamento das condicionalidades como “recadastramento do Programa”, enquanto uma condição para se manterem recebendo o benefício monetário.

“Eu trago meus filhos, os grandes não vem não. Só a menina de 5 anos, que eu tenho que trazer ela e os documentos. E trazer a menina para pesar e para cadastrar aqui” (Beneficiário 3)

Além disso, a maioria das famílias acompanhadas pelo serviço social e nutrição já pertencia à área adscrita à ESF. De fato, estava ocorrendo uma sobreposição das ações de saúde, pois crianças e gestantes atendidas pelas equipes de Saúde da Família precisavam retornar pelo menos uma vez a cada seis meses, exclusivamente para o monitoramento das condicionalidades do PBF.

“Esse paciente já é pesado, as crianças menores de dois anos, elas já vem na consulta de puericultura, já é acompanhada. Então está tendo meio que uma duplicidade de informação” (Entrevistado 11)

Essa visão fragmentada do Programa que prioriza o registro de informações, pode ser notada também, quando profissionais do CRAS de Manguinhos relataram que independente de qualquer atendimento no setor saúde, as famílias beneficiárias precisariam ir a uma unidade de saúde, exclusivamente para o acompanhamento do Bolsa Família. Assim, se a lógica do Programa é garantir o acesso dessas famílias ao serviço, quando o usuário procura qualquer atendimento, a priori esse acesso já foi garantido e na medida em que este deve retornar exclusivamente para um atendimento do PBF, há uma sobreposição das ações de saúde que acaba descaracterizando a proposta do Programa e criando uma nova lógica de funcionamento.

“ ela tem que fazer aquelas entradas, de seis em seis meses, ela tem que ir ao posto de saúde independente de fazer um tratamento de saúde, um acompanhamento psicológico, uma fisioterapia, um tratamento odontológico. Ela tem que ir à unidade de saúde, comparecer ao serviço social ou o local estar acompanhando aquela condicionalidade na saúde e mostrar através do cartão dela, da caderneta do Bolsa Família que ela é uma beneficiária do Bolsa Família. E aí vai ser marcado, vai ser registrado que ela esteve lá e cumpriu a condicionalidade”. (Entrevistado 3)

Para os gestores municipais do PBF, o próprio Ministério da Saúde, ao falar de condicionalidades, acaba priorizando a informação quantitativa, ou seja, o número de famílias que precisam ser acompanhadas em cada município. De fato, essa fala, recai sobre o serviço de saúde enquanto uma grande preocupação de registrar tais informações e o objetivo de ampliar o acesso dos usuários a ações e serviços tende a ficar em segundo plano.

“Eu tenho um entendimento de que o Ministério não ajuda. Sempre há uma fala assim: condicionalidades, papel, registro e quantos por cento? Pra mim a fala é muito desse jeito”. (Entrevistado 9)

Além disso, um dos desafios, citados pelos gestores que atuam no Programa é justamente criar uma lógica de funcionamento na unidade de saúde, que identifique todos os beneficiários do PBF em qualquer ação de saúde. Dessa forma, não seria necessário, criar o dia de acompanhamento do “Bolsa Família” e exigir que uma família vá ao serviço exclusivamente para registrar o acompanhamento das condicionalidades.

“não sei se na prática o profissional que atende no pré-natal sabe que aquela família é beneficiária do Bolsa”. (Entrevistado 8)

“a condicionalidade, o que eu tenho hoje, são aqueles indivíduos que eu localizo, identifico. Mas, eventualmente se o indivíduo já tem um acesso na unidade, um acesso já construído na unidade a mulher já fez preventivo, passou no pré-natal, mas não foi identificada por esse grupo como beneficiária – eu não tenho nada aqui. Ela pode usar a unidade sem ser identificada como Bolsa Família”. (Entrevistado 8)

Outra questão relevante observada neste estudo de caso, foi a não inserção das equipes de saúde da família no processo inicial de implementação das condicionalidades em Manguinhos. Segundo informações dos profissionais entrevistados, que acompanharam o início do Programa no CSEGSF, houve um receio das equipes e principalmente dos agentes comunitários de saúde em participar do acompanhamento de famílias beneficiárias de um programa de transferência de renda, no qual, qualquer bloqueio ou suspensão do benefício poderia ser associado a trabalho da equipe. Vale lembrar, que Manguinhos é uma região que abriga um cenário de violência, decorrente de conflitos, mediante a presença do tráfico de drogas.

“houve muita resistência aqui do Centro de Saúde da Estratégia Saúde da Família acompanhar porque na verdade era um medo, principalmente dos agentes que moram na comunidade de estar mexendo com o Bolsa Família e a família ficar sem o Bolsa por algum motivo e culpá-las por isso.” (Entrevistado11)

Contudo, é importante considerar que ao analisar os documentos oficiais da ESF, observamos que seus objetivos são convergentes aos do PBF. O Saúde da Família foi implantado pelo MS, em âmbito nacional, no ano de 1995 com o objetivo de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Como descrito por Senna ⁽⁸⁵⁾, essa estratégia traz no seu desenho operacional a preocupação de promover o acesso aos serviços de saúde, sobretudo dos grupos mais vulneráveis, que apesar da implantação do SUS em 1988, ainda se fazia presente um grande número de pessoas excluídas desses serviços. Além disso, tem foco principal a família, enquanto núcleo básico de ações em saúde; o estabelecimento de parcerias através de ações intersetoriais e busca sensibilizar os usuários, para que compreendam a saúde como um direito de cidadania. Dentre as atribuições das equipes, estas devem realizar visita domiciliar, com o objetivo de monitorar a situação de saúde das famílias que residem em seu território de responsabilidade e ainda, incentivar a participação da comunidade em grupos comunitários.⁽⁸⁶⁾

Dessa forma, em tese, as equipes de Saúde da Família, já estariam acompanhando o estado de saúde dos beneficiários que residem na sua área de cobertura. Assim, articular ambos os Programas possibilitaria um maior número de famílias acompanhadas e ainda, permitiria desvendar famílias beneficiárias, que são atendidas

por essa estratégia e por ventura não estavam utilizando o serviço de saúde. Por outro lado, para que as equipes, possam monitorar as condicionalidades do Programa, seria preciso conhecer quem são os beneficiários.

O CSEGSF recebeu a listagem das famílias que deveriam ser acompanhadas pelo PBF apenas no início do Programa (2005), a partir de então, as famílias buscavam o serviço por livre demanda. Da mesma forma, a maioria das unidades de saúde vinculadas a CAP 3.1, não tinha acesso, as informações sobre o total de famílias que deveriam ser acompanhadas, bem como o endereço e nome dos beneficiários. Contudo, é importante ressaltar que a cada vigência, o MS disponibiliza, via online, a relação das famílias que precisam ser acompanhadas em cada município. Como já destacado, apesar da CAP 3.1 obter tais dados, problemas no sistema de informação de acompanhamento das condicionalidades de saúde, como por exemplo, erros de ortografia e endereços com dados incompletos, foi um dos obstáculos que dificultou o acesso destas informações pelos agentes implementadores locais. Além disso, como nem todas as unidades de saúde estavam cadastradas no sistema, o gestor da saúde também não tinha a informação, sobre o total de famílias que estavam sendo acompanhadas, em cada unidade de saúde.

“O sistema não me facilita. Então eu tenho que colar, recortar todos os bairros que eu quero, aí é Baixa, é Boncucesso, são palavras erradas. Ai o que eu faço? A gente vai somando manualmente.... E não dá pra jogar no Excel. Se fosse fácil pra jogar no Excel eu já faria”. (Entrevistado 4)

“Tem nome de bairro que vem assim: procurar por Gisele. Não tem nome do bairro. Então isso é um erro cadastral” (Entrevistado 4)

Como já mencionado, uma das estratégias utilizadas pelo município do Rio, para divulgar informações sobre o PBF e também aumentar o número de famílias com suas condicionalidades acompanhadas é o “Dia B”. Apesar de ser uma estratégia que ocorre duas vezes ao ano, observamos que em Manguinhos desde 2005, somente havia sido realizado um único evento. Neste, a equipe do serviço social foi informada na véspera de sua realização, que deveria ser desenvolvida, uma atividade de promoção da saúde, para os beneficiários do Programa. Assim, diferente da proposta do município, não houve a integração de outras secretarias e apenas as assistentes sociais fizeram o

atendimento das famílias em uma das salas do centro de saúde, orientando sobre o que é o programa, quais as condicionalidades e a periodicidade de acompanhamento, e quando necessário foi feito o encaminhamento dos usuários ao CRAS da região.

“Há muito tempo que não tem. Foi uma vez só, quatro e pouca da tarde recebemos três camisetas e uns papéis que a gente tinha que fazer uma atividade para os beneficiários do Programa. E aí como? Eu não sei. Vocês têm que fazer alguma coisa porque... vai ser o dia B amanhã...” (Entrevistado 11)

“Era uma atividade de promoção da saúde(...) Mas não estávamos preparados, não tínhamos uma informação antes, uma orientação... Foi, chegou assim de um dia pro outro. Ai nós vestimos a camiseta. Sentamos numa sala...”. (Entrevistado 11)

Em abril de 2007, os profissionais envolvidos no acompanhamento das condicionalidades (serviço social e nutrição), juntamente com a direção do CSEGSF, participavam de um processo de discussão sobre o fluxo de atendimento das famílias beneficiárias. Tornou-se evidente, que estava ocorrendo uma sobreposição das ações em saúde, no qual as famílias acompanhadas pela ESF buscavam o serviço social e nutrição, somente para cumprir uma obrigação do Programa.

De tal modo, em maio de 2008, foi realizada uma reunião com todas as equipes de Saúde da Família, representantes do GAT, do serviço de nutrição e do serviço social, onde foi discutida a importância da inserção dos profissionais das equipes de Saúde da Família, neste acompanhamento. Em seguida, foi organizado pelos assistentes sociais e nutricionistas, um treinamento para cada equipe. Neste treinamento, foram abordadas questões sobre a importância da vigilância nutricional, o desenho do PBF e foi apresentado o mapa de acompanhamento das condicionalidades da saúde.

“E a gente fala mesmo da coisa prática, das fichas, o que é a condicionalidade. A condicionalidade que é acompanhada também pela escola. A gente se baseou pela cartilha do Ministério, mostrando a ficha do SISVAN e o preenchimento dela”. (Entrevistado 11)

“... Nós explicamos como nós fazemos a avaliação nutricional e que era importante que eles encaminhassem as crianças com risco, tanto de baixo-peso, quanto de sobrepeso e gestantes também. E como nós fazíamos esse acompanhamento? Que eram crianças menores de 07 anos, com gestantes. Como que era feito. Como é importante que seja feita a avaliação nutricional e o encaminhamento”. (Entrevistado 12)

Assim em junho de 2008, a ESF de Manguinhos foi inserida no processo de monitoramento das condicionalidades da saúde. Apesar de ter sido realizado o mesmo treinamento para todas as equipes, o acompanhamento do PBF foi sendo implementado de maneira diferenciada e a maioria das equipes, mantiveram o acompanhamento das condicionalidades em um determinado dia da semana.

“Cada um trabalha da sua maneira. Uns atendem aqui no Centro de Saúde. Alguns atendem na comunidade se estiver um local apropriado pra fazer a antropometria. (...) Cada um faz de uma forma mesmo”. (Entrevistado 12)

As famílias que não residiam na área de cobertura da Unidade de Saúde da Família, continuaram a ser atendidas pelo serviço social e este atendimento, foi incorporado na rotina do serviço. Dessa forma, as famílias primeiramente eram atendidas pelos técnicos de enfermagem do Centro de Saúde, que realizavam a avaliação nutricional e verificavam o cartão de vacinação das crianças. Essas informações eram registradas no prontuário e em seguida, era realizado o atendimento das assistentes sociais que preenchiam as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades no mapa do PBF.

Dessa forma, o serviço de nutrição passou a atender somente os casos encaminhados, mediante alguma demanda específica, como por exemplo, uma criança em risco nutricional ou sobrepeso. Da mesma forma, as equipes de Saúde da Família, foram orientadas a encaminharem ao serviço social, as famílias que ainda não apresentavam a ficha social.

“Essa parte da população que não tem Saúde da Família ela está sendo atendida pelos assistentes sociais e a nossa participação é no atendimento. A gente não está participando da hora do acompanhamento das condicionalidades. A gente só está participando quando eles encaminham as crianças com risco nutricional. É diferente de como era antes”. (Entrevistado 12)

“Eles têm a orientação de nos encaminharem se não tiver a ficha social. Se tiver alguma demanda. Como eles fazem sempre, porque eles encaminham.”. (Entrevistado 11)

Durante o atendimento de todas as famílias beneficiárias, o serviço social registrava o nome, endereço, NIS e data de retorno dos usuários atendidos, em um livro ata, além de carimbar todos os prontuários das famílias beneficiárias. Este carimbo foi entregue pela CAP, em 2005 e desde então a equipe fazia uso do mesmo. Dessa forma, foi possível repassar as equipes de Saúde da Família o total de famílias que estavam sendo acompanhadas no CSEGSF. Assim, entre os meses de dezembro de 2007 a maio de 2008 o número total de famílias acompanhadas pelo Centro de Saúde foi de 511 famílias, conforme expresso na tabela 27. Contudo, este valor é bastante inferior ao número de famílias que deveriam ser acompanhadas na região de Manguinhos, segundo informações repassadas pela CAP 3.1, que era na 2ª vigência de 2007 e na 1ª vigência de 2008, 1562 e 1622 famílias, respectivamente.

Tabela 27: Total de famílias acompanhadas pelo CSEGSF, durante o período de dezembro de 2007 a maio de 2008.

Comunidades	Nº de Famílias
Parque Oswaldo Cruz	17
Greenville - Parque Carlos Chagas	01
Mandela I	52
Mandela II	35
Mandela III	108
Parque João Goulart	66
CONAB	12
Parque Carlos Chagas	13
Comunidade Agrícola de Higienópolis	08
Vila São Pedro	08
CHP II	125
Vila Turismo	62
Embratel	04
Total	511

Fonte: CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ

É importante destacar também, que esta mudança no acompanhamento das famílias atendidas, que foi pactuada dentro do CSEGSF, não foi articulada com outros atores que atuam nos equipamentos sociais da área. Assim, o CRAS somente tomou ciência desta modificação no fluxo de atendimento das famílias do PBF, através da associação de moradores e dos próprios moradores da região, o que evidencia uma articulação frágil entre os diferentes setores que atuam na região de Manguinhos.

“nós tomamos conhecimento este ano, através das próprias Associações de Moradores, que aqui em Manguinhos estava ocorrendo esse problema com relação aqui ao posto de saúde da FIOCRUZ, que eles não estavam mais controlando essa questão da condicionalidade da saúde. E tinham delegado isso em uma reunião que teve, não sei bem como é que foi isso, para a Saúde da Família.” (Entrevistado 3)

“ Eu não sei exatamente qual é a sistemática da Saúde da Família, quantas vezes eles passam na semana, no mês, é quinzenal? Não sei. E nas residências? Como é que vai ser essa marcação do cartão? Eu não sei ainda como é que vai ser essa marcação? Eu não sei ainda como é que vai ser essa condicionalidade.” (Entrevistado 3)

As condicionalidades monitoradas pelo CSEGSF eram: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e do cartão de vacinas das crianças menores de 7 anos, e pré-natal da gestantes. No que se refere ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, de acordo com a Portaria 2.509 de novembro de 2004, os municípios devem implementar a vigilância alimentar e nutricional, que proverá as informações sobre as famílias beneficiárias do PBF. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), se refere a um sistema de informação que permite monitorar o estado nutricional da população atendida pelo SUS, em qualquer ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos ou gestantes), sendo este um importante instrumento que deve ser usado pelos profissionais de saúde e gestores, a fim de conhecer os principais problemas de saúde e assim, subsidiar as ações a serem executadas.

No CSEGSF, o SISVAN em setembro de 2008, ainda não havia sido implantado, entretanto o planejamento da equipe era que fosse implementado em crianças, como um projeto piloto, e posteriormente ampliado para as demais faixas etárias. Foi planejada também a primeira capacitação voltada aos técnicos de enfermagem que seria realizada no laboratório de antropometria do CECAN e com relação à digitação dos dados, os técnicos de informática já havia sido treinados, entretanto com a epidemia da dengue, ocorrida naquele ano, a capacitação dos profissionais foi adiada.

“Então a gente já estava com tudo agendado pra fazer a capacitação quando veio a epidemia de dengue. A gente teve que parar porque eles não tinham como ser liberados para pra fazer a nossa capacitação. E agora então a gente vai retomar isso. O laboratório já está funcionando. Para que o SISVAN seja implantado a parte de computador e de sistema está ok e já tem quem digite os dados”. (Entrevistado 12)

Com relação à interface entre o SISVAN e o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, foi possível notar que o serviço de saúde está desenvolvendo um planejamento que não considera tal relação. De fato, com o SISVAN implantado na unidade, todas as crianças beneficiárias que forem ao serviço de saúde já estarão cumprindo a exigência do PBF. Contudo se não houver esse planejamento integrando os sistemas, essa família precisará retornar ao CSEGSF somente para informar que é usuária do Bolsa Família e realizar novamente a avaliação nutricional das crianças menores de sete anos.

“Olha! Eu não sei. Eu acho que não. Eu não pensei nisso. Não pensamos ainda como fazer esse link, na verdade. (...) Agora, com relação às crianças do Bolsa a gente tem que ver como que isso vai ser feito, porque como não somos nós, são as equipes e eles é que acabam agindo um pouco independentes. Não tem muito uma articulação entre as equipes. É uma coisa que a gente tem que pensar realmente como se vai fazer”. (Entrevistado 12)

De uma maneira geral, a implementação do monitoramento das condicionalidades da saúde, no município do Rio impactou negativamente na implantação do SISVAN. Segundo os gestores envolvidos neste processo, a vigilância nutricional, desde a década de 90 até o ano de 2001 estava muito bem estruturada na cidade do Rio de Janeiro, no qual todas as crianças que compareciam a unidade de saúde tinham o registro deste acompanhamento. Nesta época foram implementados Programas do MS, como, o Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais³⁶ (ICCN) e o Bolsa Alimentação, que tinha como um dos critérios de inclusão, crianças desnutridas ou em risco nutricional. Quando o Bolsa Alimentação migrou para o PBF, o critério biológico foi totalmente substituído pelo critério da renda e com isso, houve uma desestruturação da vigilância nutricional e o foco nas unidades passou a ser as crianças beneficiárias do PBF.

“O que aconteceu é que a vigilância nutricional, a gente tem implementado na cidade desde começo da década de 90 e que estava muito organizado por criança, muito bem, até 2001 (...) A questão da substituição de um programa que era baseado num critério biológico para um programa que não tem mais um critério biológico aliado, foi um aspecto que ajudou que a vigilância nutricional tivesse prejuízo na sua organização”. (Entrevistado 9)

“Mas em algumas unidades está completamente fragmentada a vigilância nutricional. Ninguém sabe qual é o fluxo dentro da unidade da criança em risco nutricional. Você pergunta: quantas crianças desnutridas vocês tem na sua unidade? Não sabe. Qual é a rotina? (...) Então, isso se desarticulou um grande parte das unidades”.
(Entrevistado 9)

No que diz respeito às práticas educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável, estas não foram reconhecidas enquanto condicionalidades do Programa. No município do Rio, segundo informações obtidas no âmbito deste estudo, as unidades de saúde são orientadas, para que sejam desenvolvidos grupos educativos com as famílias beneficiárias, contudo a implementação dessas ações em nível local, depende da iniciativa da própria unidade e dos profissionais envolvidos. É importante descrever também, que no sistema de acompanhamento da saúde, não existe um espaço específico para inserir tais informações e isto pode ser um, dos motivos nos quais essas atividades acabam não sendo incentivadas.

“Mas assim, não são todas, não é 100%. Algumas unidades já fazem e outras não.”.
(Entrevistado 9)

“O nosso papel é discutir com as unidades as necessidades disso de que isso faz parte do cuidado do programa Eu não tenho dessa forma o consolidado de atividades do Bolsa Família, mas a gente vai fazer agora pra 2008”. (Entrevistado 9)

A prevalência de doenças correlacionadas com os hábitos alimentares, como sobrepeso, obesidade, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes *mellitus*, tem crescido bastante nas classes sociais mais desfavorecidas. Um estudo realizado pelo IBASE⁽⁵⁸⁾ revelou que as famílias beneficiárias do PBF apresentam hábitos alimentares inadequados, com a escolha de alimentos de alto consumo energético e pobre em nutrientes, que são alimentos de menor custo. Dessa forma, destaca-se a importância de incentivar a promoção de práticas alimentares saudáveis, apesar disso, se reconhece que esta ação não deve ser isolada, mas envolve a mobilização de políticas públicas que possam garantir ações mais amplas, como a regulamentação de propaganda de alimentos, o acesso equitativo a ambientes saudáveis (escola e trabalho) e a prática de atividade física.⁽⁸⁷⁾

Com relação à advertência ou cancelamento do benefício, devido o descumprimento das condicionalidades da saúde, observamos neste estudo, que os profissionais que atuam diretamente no PBF desconhecem os critérios utilizados pela SENARC para punir as famílias. Os beneficiários que nunca cumpriram as condicionalidades não são penalizados, em contrapartida aqueles que já cumpriram em alguma vigência ou aquela família no qual um membro não compareceu ao serviço de saúde recebe algum tipo de advertência.

“Ai aquele item fica aberto e a família é dada parcialmente acompanhada. Você penaliza quem vai. Quem nunca foi, não sofre ação nenhuma.(...) Isso que a gente fica indignada, porque quem nunca compareceu não acontece, nada!” (Entrevistado 4)

Conforme descrito no capítulo 2, a SENARC apresentou no Seminário Regional sobre o PBF, que as famílias que nunca compareceram a unidade de saúde, não recebem nenhum tipo de sanção, porque não se conhece os motivos que não permitiram o acesso dessas famílias ao serviço. Contudo, aquelas famílias que compareceram na vigência anterior ou que um dos beneficiários não foi acompanhado, recebem algum tipo de punição. Assim, para a SENARC somente receberia advertência, a família que apesar de ter acesso ao serviço de saúde, não cumpriu com suas responsabilidades.

Com relação a esta exigência governamental dos PTCR, investigamos também neste estudo, qual a percepção dos usuários sobre as contrapartidas. Dessa forma, evidenciamos que as condicionalidades são compreendidas como um dever dos beneficiários que por sua vez, concordam com essa imposição do PBF. Em nenhum momento, o acesso ao serviço de saúde foi caracterizado como um direito. Nesta mesma direção, um estudo realizado pelo IBASE⁽⁵⁸⁾, também revelou que 64% dos responsáveis pelas famílias beneficiárias concordam com o cumprimento de condicionalidades da saúde e educação.

“Eu acho correto, porque se o governo está dando, ele tem que cobrar também alguma coisa. Se faltar suspende o Bolsa Família.” (Beneficiário 2)

“Eu também concordo!”. (Beneficiário3)

Para os gestores e profissionais envolvidos, as condicionalidades são entendidas tanto como uma possibilidade de ampliar o acesso a serviços de saúde, como também foi percebido como uma exigência do governo que acaba caminhando em direção oposta ao direito social.

“É mesmo facilitar eu acho o acesso à família, ao serviço de saúde e mesmo a escola, né?” (Entrevistado 11)

“É uma forma de você poder acompanhar melhor essas famílias. Em relação aos aspectos de saúde, fazer com que ela venha ao Centro de Saúde, mantenham a vacinação em dia, procure os profissionais pra que tenham as suas condições de saúde acompanhadas”. (Entrevistado 12)

“Não deveria nem ter agenda! Agenda pra quê? Se a saúde é um direito e se a educação é um direito. Então, teria que ter condicionalidade?”. (Entrevistado 4)

“E se a gente pensar no município do Rio de Janeiro que é a vacinação é quase 100% (...) Se a gente pensar na vacinação, não teria que ter condicionalidade pra isso, né?” (Entrevistado 4)

Não obstante, os titulares do benefício ressaltaram também, a importância em oferecer serviços de melhor qualidade. No CSEGSF a principal queixa dos beneficiários é a ausência de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família e ainda, a demora nos resultados dos exames de saúde, realizados neste serviço. Por esse motivo, alguns moradores de Mangueiras preferem utilizar outras unidades de saúde quando precisam de atendimento médico e somente procuram o Centro de Saúde, na época do “recadastramento”.

“Você chega aqui você não é atendido pelo médico, pelo menos na minha área, a não ser que já chegou médico, não tinha. Você leva o dia inteiro. Quando é que você vai fazer um preventivo que você faz marca para não sei quantos dia? 60 dias. Deus me livre!”. (Beneficiário 3)

“Lá no posto da Xuxa no Jacarezinho. Que por sinal lá é muito melhor do que aqui.”. (Beneficiário 3)

“Eu só vou pro da Tijuca. Eu também não trago mais para cá. Não venho”. (Beneficiário 1)

Para que as contrapartidas da saúde, exigidas pelo PBF possam efetivamente melhorar as condições de vida de uma população, é necessário garantir a oferta de ações básicas de saúde. Em Manguinhos, observamos uma alta mobilidade dos profissionais de saúde da família, principalmente médicos. Em novembro de 2008, das oito equipes de Saúde da Família, cinco estavam sem médico, sendo que uma destas, também estava sem enfermeiro. A ESF apresentava até dezembro de 2008, um percentual de 70% de cobertura da região, entretanto, segundo informações obtidas neste estudo, cada equipe atendia cerca de 5.000 a 5.500 famílias, enquanto a proposta do MS é que cada equipe deveria estar adscrita a uma população, de 2.400 a 4.500 pessoas. Certamente o aumento do número de famílias sobre sua responsabilidade, acabou prejudicando a qualidade dos serviços prestados.

Da mesma forma, observamos que no município do Rio, a oferta de serviços de saúde ainda é insuficiente a real necessidade. Para alguns gestores do PBF, uma das dificuldades em acompanhar as famílias beneficiárias, é justamente o fato de não garantir o acesso das ações básicas de saúde.

“Porque infelizmente não acontece de garantir inserção mesmo. Não estão inseridas porque a própria saúde não garante de fato o acesso delas aos outros serviços”. (Entrevistado 4)

“Nós temos uma fila enorme de pessoa que procuram atendimento do Bolsa Família e se quer consegue acesso ao serviço de saúde (...) Então, eu vejo hoje que assim a saúde ainda não conseguiu cumprir o seu papel”. (Entrevistado 4)

“Eu tenho dificuldade da própria cobertura de atenção básica. Eu tenho uma dificuldade de oferta e de poder acompanhar, realmente, de identificar, de acompanhar. Eu tenho falta, tanto de unidade, como de recursos humanos. A gente faz isso, dentro da nossa possibilidade. Agora, com certeza, se eu tivesse uma cobertura de atenção básica maior, eu teria uma condição melhor de acompanhamento das famílias beneficiárias. (Entrevistado 8)

“Tem que pensar em ampliação das ações básicas de saúde para população em geral. Eu não tenho pré-natal pra todas as mulheres da cidade que precisar!” (Entrevistado 9)

É importante descrever que em 2009, o CSEGSF estava participando de um processo de articulação juntamente com a SMS, para duplicar o número de equipes que irão atender a região e assim, atingir um percentual de cobertura de 100%, reorganizando a área de atendimento das equipes. Assim, tal mudança possivelmente

tende a garantir a oferta de ações e serviços básicos de saúde a população e ampliar o número de famílias acompanhadas.

Dessa forma foi possível verificar nesta pesquisa que a infra-estrutura da atenção básica não tem sido suficiente para garantir que toda população possa usufruir dos serviços e ações de saúde, destaca-se neste caso, a falta de recursos humanos, material e equipamentos necessários. De fato esta dificuldade na oferta das ações da atenção básica, foi apontada também por diversos gestores que atuam no âmbito do PBF, em outras pesquisas realizadas no Estado do Rio de Janeiro. ^(58, 88, 89, 90)

Considerando as condicionalidades como uma estratégia de incentivo para que as famílias procurem os serviços de saúde, investigamos se o PBF gerou alguma mudança na demanda em algumas ações que estão articuladas com o monitoramento das condicionalidades do CSEGSF. De acordo com os profissionais entrevistados, com relação ao calendário vacinal, a maioria das crianças já apresentava o esquema básico de vacina completo, entretanto houve apenas um pequeno aumento no uso das doses de reforço. É importante descrever, que grande parte das crianças atendidas, residia na área de atendimento da ESF.

“Houve os reforços. Porque é assim, o cartão, o esquema básico está em dia, com certeza! Agora, houve aumento de um ou outro reforço...”. (Entrevistado 11)

Da mesma forma, uma pesquisa realizada pela Universidade de Minas Gerais em parceria com o MDS, sobre o impacto do PBF na imunização, evidenciou que o Programa não trouxe mudanças significativas no percentual de crianças, com o cartão de vacinação em dia. Além disso, este estudo mostrou que apesar da grande intensificação das campanhas de vacinação, a imunização ainda não é universal entre os mais pobres. ⁽²⁶⁾

No que se refere ao acompanhamento do pré-natal, também não foi observado mudanças neste acompanhamento decorrente do PBF. Segundo os profissionais envolvidos, poucas são as gestantes que comparecem ao serviço e destas a maioria estava com o pré-natal em dia. Entretanto foi relatado um aumento na demanda do

serviço de nutrição relacionado com o PBF. Isto porque todo atendimento realizado, em que é identificado algum problema nutricional é agendada uma consulta individual.

“E no pré-natal eu não vejo muita menina, gestantes sem pré-natal não. As poucas que vem estão com o pré-natal em dia. Engraçado! A gente também não pega muita gestante aqui...” (Entrevistado 11)

“A nossa demanda quando eu cheguei aumentou muito porque nós fazíamos o atendimento e a gente já agendava, já encaminhava as crianças e as gestantes de risco, Então aumentou”. (Entrevistado 12)

Dessa forma, a partir do contexto apresentado foi possível observar que o monitoramento das condicionalidades do PBF cursa com algumas limitações como o fato das informações sobre o Programa não chegarem aos agentes implementadores locais, problemas no sistema de informação, ênfase na questão burocrática, frágil diálogo entre as diferentes secretarias envolvidas e principalmente oferta insuficiente de ações e serviços de saúde. Por outro lado, identificamos um aspecto positivo desta experiência, que foi a busca de maior integração dos beneficiários às demais ações iniciativas sociais locais.

¹A cidade do Rio de Janeiro, desde a década de 60, se divide em regiões setoriais com o objetivo de facilitar a administração dos serviços públicos de saúde, educação, assistência social, lazer entre outros e assim garantir um atendimento mais eficiente a população. Dessa forma, ao longo dos anos, foram instituídas as regiões administrativas, áreas de planejamento, bem como os limites territoriais de cada bairro. Atualmente o Rio de Janeiro se divide em 33 regiões administrativas, 05 áreas de planejamento, sendo formado por 160 bairros.

² O bairro de Manguinhos foi criado em 23 de julho de 1981 e a delimitação territorial ocorreu através do decreto nº 7980 de 12 de agosto de 1988: *“Da confluência do Canal do Cunha com a Avenida Brasil seguindo por esta (incluída) até o Ramal de Minérios de Arará; por este (incluído) até o entroncamento com o Ramal Leopoldina da RFFSA; seguindo pelo leito deste, até o cruzamento com o Rio Jacaré; pelo leito deste até a Avenida Suburbana; por esta (excluída) até a Rua José Rubino; por esta (excluída) até a Avenida dos Democráticos; por esta (incluído apenas o lado par) até a Rua Capitão Bragança; por esta (incluída, incluindo a Rua Hespéria), atravessando a Rua Uranos, até o Ramal Leopoldina da RFFSA; pelo leito deste, até o prolongamento do alinhamento da Rua Eurico Souza Leão; por este e pela Rua Eurico Souza Leão - (incluída); Avenida Novo Rio (incluído apenas o lado ímpar) até a Avenida Brasil por esta (incluído apenas o lado ímpar, incluindo o Viaduto de Manguinhos) até o ponto de partida.”*

³ PAC – Programa de Aceleração do Crescimento – é um investimento do governo federal em parceria com o governo estadual em infra-estrutura (transporte, energia, saneamento, habitação e recursos hídricos), aliado a medidas econômicas, que tem como objetivo estimular os setores produtivos e, ao mesmo tempo, levar benefícios sociais para todas as regiões do país, reduzindo desigualdades regionais e sociais. Os investimentos do PAC iniciaram em 2007 com previsão para término em 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/pac/conheca/>, acessado no dia 02 de abril de 2009.

⁴ Conforme o vídeo apresentado no I Fórum da Cidadania do IBASE, disponível em: <http://www.pactopelacidadania.org.br/index.php/multimedia/50-video/157-apresentacao-historico-de-manguinhos>

⁵ Conforme o vídeo apresentado no I Fórum da Cidadania do IBASE, disponível em: <http://www.pactopelacidadania.org.br/index.php/multimedia/50-video/157-apresentacao-historico-de-manguinhos>

⁶ Informações obtidas na Revista Manguinhos, junho de 2003, ano I, número 2, página 28

⁷ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considera três dimensões: educação (IDH-educação), renda (IDH-renda) e saúde (IDH-longevidade). Para cálculo do IDH Educação utilizam-se os indicadores de taxa de alfabetização e taxa bruta de frequência à escola. O IDH renda incorpora o indicador de renda *per capita* e o IDH longevidade inclui a esperança de vida ao nascer. O valor do IDH varia de 0 a 1 e expressa o nível de desenvolvimento humano de diferentes regiões.

⁸ Informação do diário oficial do Município do Rio de Janeiro de 04 de maio de 2004, disponível em: <http://doweb.rio.rj.gov.br> acessado no dia 25 de maio de 2007

⁹ Analfabeto funcional segundo, a Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA, 2003), são aqueles que não completaram a quarta série do fundamental.

¹⁰ A Secretaria Municipal de Educação se subdivide em 10 coordenadorias, o bairro Manguinhos localiza-se na 3ª CRE juntamente com outros bairros. Contudo, a região de Manguinhos extrapola os limites do bairro sendo atendida pela 3ª e 4ª CRE. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/sme/> acessado em abril de 2009.

¹¹ A Classe especial “*funciona em escolas regulares, sendo uma das alternativas de educação inclusiva, em que portadores de necessidades educacionais especiais compartilham com os demais colegas atividades comuns a todos na escola*”. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/sme/> acessado em abril de 2009

¹² O município do Rio de Janeiro se divide 6 áreas de planejamento (AP), no qual AP 3.1 é formada pelo bairro de Manguinhos juntamente com as regiões da Ilha do Governador, Bancários, Bonsucesso, Braz de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, Vigário Geral, Zumbi, Freguesia (Ilha), Cidade Alta e Nova Holanda disponível no site <http://www.saude.rio.rj.gov.br>

¹³ A Coordenadoria de Saúde da Área Programática é um órgão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, tendo como principal objetivo coordenar e acompanhar as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência. Disponível em: <http://portal.cap31.info/modules/edito/> acessado no dia 13 de outubro de 2008.

¹⁴ As informações sobre todas as unidades de saúde do município do rio de janeiro estão disponíveis em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/ondeser/publico/ondeser_pub_consulta_unidades.php acessado em março de 2009.

¹⁵ *O Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade*”. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>

¹⁶ A esperança de vida ao nascer representa o número médio de anos que um recém-nascido poderá viver, revelando assim as condições de vida e saúde de uma dada população.

¹⁷ A taxa de fecundidade total é o número médio de filhos vivos de uma mulher até o final de seu período reprodutivo e está associada ao processo de urbanização, a redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, uso de métodos contraceptivos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e ainda a instabilidade do emprego

¹⁸ O GIL (Gerenciador de Informações Locais), destina-se à informatização da rede ambulatorial básica do SUS auxiliando na administração dos seus processos e fornecendo informações sobre a morbidade da população atendida, subsidiando os gestores nas tomadas de decisões.

¹⁹ Fittipaldi AL; Gregg,P; Menezes,A; Barros, DB. *Avaliação do estado nutricional de crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família na área de Manguinhos*, apresentado na II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, 2008.

²⁰ No município do Rio de Janeiro foram criadas 10 Coordenadorias da Assistência Social (CAS) no qual o bairro Manguinhos encontra-se inserido na região da 4ª CAS juntamente com outros bairros. Cada coordenadoria deve *“participar do planejamento de programas e projetos inseridos na sua área de abrangência, bem coordenar como implementar a política regional de assistência; realizar pesquisas, coordenar, supervisionar e avaliar a execução de todas as ações de desenvolvimento social”*. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/> acessado no dia 14 de setembro de 2008

²¹ O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) funciona como “porta de entrada” dos programas sociais implementados no município do Rio de Janeiro. Os CRAS estão distribuídos entre as 10 Coordenadorias da Assistência Social (CAS). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/> acessado no dia 14 de setembro de 2008

²² Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) funciona como pólo de referência das ações de Proteção Básica e Proteção Especial de Média e Alta Complexidade.

²³ O Programa DLIS/Manguinhos teve como objetivos: identificar e articular as iniciativas sociais presentes nas comunidades da região de Manguinhos, promover a integração entre o poder público, privado e a população e formular agendas locais com demandas e prioridades em torno da melhor qualidade de vida para esta população.

²⁴ Conforme expresso no Decreto n.º 24.702, de 08 de outubro de 2004, no Diário Oficial do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br> acessado em 2007.

²⁵ Conforme expresso no termo de cooperação que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Estado do Rio de Janeiro, nº 001/2004. No entanto, esse convênio entre o Estado e o governo federal durou apenas os dois primeiros meses de implantação do Programa.

²⁶ Subsecretaria de Proteção Social Básica, faz parte da estrutura da SMAS desde 2005, juntamente com mais duas subsecretarias: subsecretaria de Proteção Especial e de Gestão. A subsecretaria de Proteção Social Básica é responsável pela execução de serviços de inclusão social estando voltada para as famílias de maior vulnerabilidade social; a de Proteção Social Especial tem como público alvo indivíduos em situação de abandono, perda de vínculos, exploração e violência; e a subsecretaria de Gestão tem como principal objetivo acompanhar e avaliar as atividades planejadas e executadas no âmbito da secretaria. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas> acessado no dia 09 de novembro de 2008

²⁷ O núcleo de Proteção Social Básica é responsável pela implementação de serviços e programas que visam à prevenção de situação de vulnerabilidade e o núcleo de inclusão produtiva é responsável pelo desenvolvimento de projetos voltados para a geração de trabalho e renda para essas famílias. O Núcleo de Transferência de renda é responsável pela gestão dos programas de transferência de renda, e gerenciamento das condicionalidades. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas> acessado no dia 09 de novembro de 2008.

²⁸ O Cheque Cidadão é um programa social de transferência de renda da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro que foi criado em 1999, destinado às famílias com renda mensal *per capita* inferior a um terço do salário mínimo, desde que mantenham os filhos matriculados na escola e o calendário de vacinas das crianças menores de dez anos em dia. As famílias recebiam um valor em cupom que deveria ser trocado por alimentos, produtos de higiene e limpeza em estabelecimento previamente credenciado. Conforme expresso no Decreto Nº 25.681 de 05 de novembro de 1999 que institui o Programa Compartilhar/Cesta do cidadão. Em 2003 foi criado o cheque cidadão saúde através do Decreto nº 33.332 de 5 de junho de 2003, com o objetivo de promover adesão e reduzir o abandono dos pacientes ao Programa de Hanseníase que recebiam um cheque no valor de R\$ 91,00 e 6 vales transporte, sendo distribuído pelas unidades de saúde as pacientes em tratamento. Disponível em http://www.saude.rj.gov.br/cisa/cidadania_cheque.shtml acessado em fevereiro de 2009.

²⁹ O projeto Porta a Porta teve início em agosto de 2007 tendo como objetivo atuar em comunidades com baixo Índice de Desenvolvimento Social (IDS) do município do Rio de Janeiro. Profissionais da SMAS realizam visitas domiciliares e todos moradores das comunidades são orientados a procurar o atendimento social nos CRAS próximos a suas residências. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/> acessado em fevereiro de 2009.

³⁰ A Empresa Municipal de Informática S/A - IPLANRIO - é responsável por administrar os recursos de tecnologia da informação da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www7.rio.rj.gov.br/iplanrio/>

³¹ O DGE é responsável pelas diretrizes curriculares do município, capacitação dos professores e acompanhamento dos programas sociais.

³² De acordo com o decreto nº 13.795 de 13 de abril de 1995, o Instituto Annes Dias passou a integrar a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, com a função de implementar, acompanhar e avaliar a Política de Alimentação e Nutrição no município. Dessa forma, dentro da Secretaria de Saúde, todas as ações ligadas à alimentação e nutrição, seja na rede hospitalar ou na atenção básica, são de responsabilidade desta instituição.

³³ Conforme expresso no Informe Bolsa Família na Saúde: nº 41 de 22 de agosto de 2006, disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=informes>

³⁴ Conforme expresso na Resolução Municipal nº 47 de 15 de maio de 2006.

³⁵ Nessa caderneta constam informações sobre o PBF, orientações sobre as condicionalidades, espaços para ser descrito a composição familiar com o número do NIS e ainda um local onde é possível ser realizado um registro de cada secretaria que acompanha a família.

³⁶ O ICCN foi criado em junho de 1999 e tinha como principal objetivo de reduzir a desnutrição e carências nutricionais específicas, e incentivar a prática do aleitamento materno. Estava voltado para as crianças de 6 a 23 meses desnutridas, que recebiam leite e óleo. Além disso, o município que implementasse o ICCN e implantasse o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional recebia um incentivo financeiro (recursos do Piso da Atenção Básica).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa, realizamos uma avaliação do processo de implementação, do PBF na região de Manguinhos, onde se priorizou as ações que são desenvolvidas em âmbito local ligadas ao monitoramento das condicionalidades da saúde. Por ser uma avaliação de processo, a perspectiva deste estudo foi conhecer os diversos fatores que ao longo da execução do programa, interferem positivamente ou negativamente nos resultados alcançados.

Como vimos, o monitoramento das condicionalidades tem como principal objetivo ampliar o acesso ao sistema educacional e de saúde, a fim de melhorar as condições de vida das famílias beneficiárias e assim, romper com o ciclo intergeracional da pobreza. De fato entende-se que a população pobre tem maior dificuldade em utilizar os serviços de saúde e educação e as condicionalidades funcionariam como um mecanismo de incentivo para aumentar o acesso a estes serviços, garantindo assim, o exercício dos direitos sociais. Contudo, a efetivação desse direito depende basicamente da oferta de serviços públicos em cada região, com qualidade adequada e com custo de deslocamento acessível para que a família possa utilizá-lo (custo com transporte e tempo de espera).⁽⁹¹⁾

No desenvolvimento da pesquisa buscamos compreender como o Programa Bolsa Família em Manguinhos é estruturado para proporcionar um melhor acesso da população pobre aos serviços de saúde. A nossa perspectiva foi analisar o processo de implementação do Bolsa Família, com o foco no monitoramento das condicionalidades da saúde, em um contexto local, marcado por precária infra-estrutura urbana e dificuldades no acesso aos equipamentos públicos. Desta forma, foi possível conhecer as particularidades da região de Manguinhos, na organização da unidade de saúde para o atendimento das famílias beneficiárias do PBF, bem como se apropriar das fragilidades e potencialidades deste cenário, na perspectiva ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Considerando as proposições de análise do processo de implementação de programas, sugerida por Chen⁽⁶⁶⁾ e Manzmanian⁽⁷¹⁾, foi possível observar que em Manguinhos, as ações desenvolvidas em âmbito local, não se baseavam no desenho operacional do PBF. De fato, evidenciamos que os principais atores, envolvidos no processo de execução do Programa, desconheciam a teoria do Programa. Esse distanciamento entre a teoria do Programa e a teoria da ação, foi decorrente da frágil

articulação entre gestores e agentes implementadores locais. Como afirma Viana⁽²³⁾, o sucesso de uma política depende principalmente da boa interação entre formuladores, implementadores e o público alvo.

Além disso, foi possível perceber que apesar dos avanços no município do Rio de Janeiro, em instituir espaços de discussão do PBF, como os grupos Intergestor e Descentralizado, houve uma descontinuidade dessas reuniões, e da mesma forma, existem poucos espaços de integração entre os profissionais que atuam na diferentes secretarias em nível local e isso acabou impactando na gestão das condicionalidades da saúde.

Entendendo que os atores envolvidos no processo de implementação do PBF em Manguinhos, não utilizaram os documentos oficiais do Programa, observamos que ações desenvolvidas no processo de monitoramento das condicionalidades se distanciaram, ainda mais, da proposta governamental.⁽⁶⁴⁾ Dessa forma, ao analisarmos a organização do fluxo de atendimento dos usuários na unidade, notamos que as estratégias adotadas pelas equipes envolvidas, em somente atender as famílias em um único dia da semana, além de dificultar o acesso as ações de saúde, tornou essa atividade mecânica e burocrática.

Da mesma forma, foi observada uma ênfase na questão burocrática do PBF no Projeto de assessoria aos municípios do Estado do Rio de Janeiro realizado através de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos e a UFRJ. Neste trabalho foram obtidas informações de 91 municípios do Rio de Janeiro, sobre o processo de implementação do PBF, no qual foi possível identificar uma falta de clareza dos gestores, sobre o monitoramento das condicionalidades, que para alguns apresenta uma perspectiva de atendimento integral da família, enquanto para outros, se restringe ao cumprimento de uma exigência governamental.

Além disso, parece que a preocupação em monitorar as condicionalidades do Programa, acabou impactando negativamente no processo de implementação do SISVAN. Foi possível notar que no município do Rio de Janeiro, houve uma perda no processo de sistematização das informações da vigilância alimentar e nutricional nas unidades básicas e passou a ser priorizado o monitoramento dos beneficiários do PBF. Da mesma forma, no CSEGSF, o SISVAN também não estava implantado e o serviço

não apresentava até 2008, informações consolidadas sobre o estado nutricional da população moradora da região de Manguinhos.

Com relação às representações sobre o Programa, observamos que as percepções sobre as condicionalidades da saúde são bastante controversas entre gestores, profissionais e famílias beneficiárias. Alguns gestores e profissionais entendem as condicionalidades com uma possibilidade de ampliar o acesso ao serviço de saúde e que deve ser compreendida na perspectiva do direito. Em outra direção, profissionais descreveram o principal debate sobre as condicionalidades, no qual o acesso aos serviços é um direito incondicional. Por último, sinalizamos a percepção dos responsáveis pelas famílias beneficiárias, que compreendem as condicionalidades como uma obrigação: *“se o governo está dando, ele tem que cobrar alguma coisa”*. Assim, como expresso por Mazmanian⁽⁷¹⁾, os objetivos das condicionalidades não se apresentaram de maneira clara entre todos os atores envolvidos, o que interfere negativamente nos resultados a serem alcançados. De tal modo, esse conflito sobre o papel das contrapartidas, foi descrito em outros estudos sobre o PBF. ^(89, 90,92)

Outro componente a ser analisado, quando se faz uma avaliação de processo e que favorece a adesão dos agentes locais, é a existência de incentivos. De fato, esta estratégia tende a mobilizar os agentes implementadores no alcance de metas e resultados, contudo neste estudo de caso, foi notado, que o programa tem poucas alternativas para motivar que as ações desenvolvidas no acompanhamento das condicionalidades possam se aproximar dos objetivos estabelecidos no PBF. ^(70,73,92) Na verdade, a única estratégia de incentivo instituída pelo governo federal, foi o IGD, no entanto, ressaltamos um desconhecimento desse recurso financeiro e ainda, um inexistente diálogo entre as secretarias para discutir o uso desse recurso. Assim, observamos que os incentivos criados pelo governo federal não têm gerado efeitos positivos no processo de implementação local.

Além disso, observamos que o incentivo criado no Programa, prioriza o alcance de metas, onde podemos destacar o Pacto pela Vida, que exige que todos os municípios acompanhem no mínimo 80% das famílias, que por sua vez reforça o monitoramento das condicionalidades enquanto um registro de informações para serem encaminhadas ao governo federal e perde-se de vista a qualidade das ações. Nessa perspectiva, Fonseca e Viana,⁽⁵⁵⁾ descreveram que os Programas de Transferência Condicionada de Renda podem se tornar mecanismos isolados para cumprir metas governamentais, se

distanciando da sua proposta de desenvolvimento de ações que possam em longo prazo alterar as condições de pobreza

Um aspecto essencial na execução de um programa é a existência de estrutura adequada⁽⁷¹⁾. Para Lagarde, Haines e Palmer⁽⁹³⁾, o sucesso de um programa de transferência condicionada de renda, nas condições de saúde de famílias beneficiárias, depende, sobretudo de uma boa infra-estrutura local de serviços sociais, bem como, de uma adequada identificação das famílias beneficiárias. Nesse sentido, no CSEGSF, observamos a falta de recursos humanos e a oferta insuficiente de ações e serviços de saúde, com pouca qualidade no atendimento oferecido a população. Parece que os moradores da região, preferem utilizar os serviços de saúde que estão inseridos em outros bairros, mas apesar disso, procuram o atendimento do Centro de Saúde somente para cumprir as contrapartidas do PBF. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos sobre o PBF, que evidenciaram uma infra-estrutura da atenção básica inadequada para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. ^(40,58, 88, 89,90)

No que se refere à identificação das famílias, notamos que o sistema de informação das condicionalidades era bastante falho até o ano de 2008, não permitindo aos gestores e profissionais locais, o acesso as informações sobre o total de famílias que deveriam ser acompanhadas e o número de famílias acompanhadas em cada bairro e em cada unidade de saúde. O fato deste sistema, não se apresentar integrado com outros, como exemplo do SISVAN, separa ainda mais o Bolsa Família do serviço de saúde, que fica sendo entendido como um programa a parte, mas que na verdade, as condicionalidades do Programa são ações desenvolvidas diariamente dentro da unidade de saúde.

Essa visão fragmentada do Bolsa Família, que não integra o acompanhamento das condicionalidades aos serviços já ofertados dentro do setor saúde, como foi possível observar, acabou limitando o atendimento das famílias beneficiárias a duas categorias profissionais (serviço social e nutrição) gerando uma sobreposição de ações de cuidado à saúde desta famílias.

Com relação à inserção da ESF em junho de 2008, embora não tenha sido possível explorar com maiores detalhes o processo de acompanhamento das condicionalidades dessa estratégia, observamos que o acompanhamento do Bolsa em dias específicos dentro da unidade se manteve. De tal modo, mediante a falta de

recursos humanos e ao grande número de famílias que devem ser acompanhadas, essa parece ser uma lógica de funcionamento, que permite registrar os dados do Programa, para que seja possível encaminhar tais informações, semestralmente ao Ministério da Saúde. Foi possível observar ainda, que mesmo após a transição do monitoramento das condicionalidades da saúde para o ESF, alguns profissionais desconheciam o desenho operacional do PBF, no que tange principalmente aos objetivos das condicionalidades, critérios de inclusão e desligamento e contrapartidas a serem acompanhadas e novamente as atividades educativas voltadas para as gestantes e puérperas foram excluídas.

Assim, as limitações da estrutura técnica do Programa têm dificultado o acesso das famílias beneficiárias aos serviços de saúde. De acordo com as informações obtidas neste estudo, as famílias acompanhadas no CSEGSF, já estavam inseridas em outras ações e serviços da unidade de saúde, isto pôde ser evidenciado, quando os profissionais relataram que as gestantes que compareciam já estavam realizando o pré-natal e as crianças apresentavam o calendário vacinal em dia. Tal fato sugere que não houve aumento de cobertura com a implementação do PBF.

Apesar das dificuldades apontadas, foi possível se aproximar, de algumas estratégias utilizadas pelo CSEGSF, que influenciaram positivamente no acompanhamento das famílias, como, à busca de uma maior integração dos beneficiários às demais ações e iniciativas sociais locais e ainda, uma preocupação de alguns profissionais de saúde, em inserir essas famílias em outras ações de saúde da unidade, uma vez que não se limitaram ao preenchimento do protocolo básico das condicionalidades do PBF.

Diante dessa experiência local, identificamos vários desafios no processo de monitoramento das condicionalidades, onde podemos destacar: garantir a oferta de serviços básicos de saúde, com qualidade, a todas as famílias beneficiárias; proporcionar que todos os agentes implementadores tenha acesso as informações sobre o desenho do PBF (objetivos, condicionalidades, famílias a serem acompanhados, critérios de inclusão e desligamento), e principalmente integrar o acompanhamento das condicionalidades da saúde as demais ações e serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde.

A descentralização das informações para as unidades de saúde, também pode ser apontada como um mecanismo positivo, adotado pelos gestores municipais da saúde do Rio de Janeiro, que tende a favorecer o alcance dos resultados. Dessa forma seria importante que o CSEGSF pudesse utilizar o sistema de acompanhamento das condicionalidades da saúde e obter as informações sobre as famílias que devem ser acompanhadas, bem como encaminhar os dados diretamente ao MS. Contudo para que estes desafios possam ser superados, é importante uma maior articulação entre gestores e agentes implementadores locais que atuam nas diferentes secretarias.

Diante do relato deste estudo de caso, podemos considerar que se não ocorrer mudanças na forma como os serviços de saúde vêm se organizando, o PBF tende a não impactar de maneira efetiva no acesso aos serviços de saúde. Na região de Manguinhos, frente à reorganização da ESF em 2009, o aumento no número de famílias a serem atendidas por essa estratégia pode favorecer o alcance dos objetivos propostos pelo PBF, contudo os diversos desafios descritos, ainda se fazem presente.

Finalmente é importante apontar as limitações deste estudo, no que se refere à percepção dos responsáveis pelas famílias beneficiárias do PBF. Como descrito no capítulo 3, os participantes do grupo focal foram beneficiários que trabalhavam em uma empresa terceirizada que presta serviços a ENSP/FIOCRUZ e dessa forma, a priori estes tinham acesso ao serviço de saúde, embora questionassem a qualidade do atendimento prestado. A proposta inicial era identificar famílias com diferentes perfis, contudo percebemos o grande receio desse grupo em participar da pesquisa com medo de perder o benefício e dessa forma, somente conseguimos realizar dois grupos focais com a participação de nove beneficiários no total.

De tal modo, como apontado por diversos autores, foi possível perceber que um programa não é implementado exatamente como foi planejado, visto que a sua execução é influenciada por variáveis contextuais e por esse motivo é importante pensar diferentes estratégias de implementação para cada contexto local.^(64, 65, 66, 67, 68,71) Contudo, a experiência de Manguinhos pode trazer contribuições importantes a outros cenários que busquem fortalecer o estudo sobre as práticas e ações de saúde voltadas às famílias inseridas no Programa. Se pensarmos que um dos objetivos do programa é romper o ciclo inter-geracional da pobreza através da ampliação do acesso aos direitos básicos de saúde e educação, um desafio que se impõe é o maior conhecimento e reflexão sobre atividades, resultados e, alternativas institucionais e comunitárias,

sobretudo em espaços sociais atravessados por intensas desigualdades e fragilidades da experiência de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medida provisória nº 132, de 20 de outubro 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2003, 20 out.
2. Rocha S. Pobreza no Brasil: Afinal de que se trata. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.
3. Barros RP, Carvalho M, Franco S, Mendonça R. A importância da queda recente da desigualdade na redução da pobreza. [Texto de discussão nº 1256]. Brasília: IPEA; 2007
4. Monteiro CA. Fome, Desnutrição e Pobreza: além da Semântica. *Saúde e Sociedade* 2003; 12(1), jan-jun: p.8
5. Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Editora Record; 2001: p.60
6. Barros RP, Carvalho M, Franco S. Pobreza Multidimensional no Brasil. [Texto de discussão nº 1227]. Brasília: IPEA; 2006.
7. Rocha S. As opções sociais e econômicas do “Projeto de Brasil” – Como implementar. Pobreza: Evolução recente e as portas de saída para os pobres. [Estudos e Pesquisas nº 2007]. Fórum Especial: A grande Revolução – integração de desenvolvimento e democracia. Rio de Janeiro; 2007 set.
8. Barros RP, Carvalho M. Desafios para política brasileira. [Texto de discussão nº 985]. Brasília: IPEA; 2003.
9. Draibe SM. A Construção institucional da política brasileira de combate a pobreza: perfis, processos e agenda. [Cadernos de pesquisa do NEPP Nº 34]. São Paulo: Unicamp; 1998.
10. Suplicy EM. Renda de cidadania: a saída é pela porta. 4ª Ed. São Paulo: Cortez: Editora da Fundação Perseu Abramo; 2006: p.51,71.
11. Magalhães R. Enfrentando a pobreza, reconstruindo vínculos sociais: as lições da ação da cidadania contra a fome e à miséria pela vida. *Cadernos de saúde pública* 2002; 18 (suplemento): p.131.

12. Burlandy L, Labra ME. Redes de política no combate à fome e à pobreza: a estratégia Comunidade Solidária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6): 1543-1552.
13. Silva MO. Renda Mínima: Características e tendências da experiência brasileira. In: Colóquio Internacional Renda Mínima e Direitos a Proteção Social, São Paulo: PUC-SP, 2001 p.101-116
14. Lei nº 10.219 de 11 de abril de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação – “Bolsa Escola”, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 11 abr.
15. Medida Provisória nº 2.206 de 6 de setembro de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: Bolsa Alimentação e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 06 set.
16. Decreto nº 4.102 de 24 de janeiro de 2002. Regulamenta a Medida Provisória nº 18 de 28 de dezembro de 2001, relativamente ao “Auxílio - Gás” 2002. *Diário Oficial da União* 2002; 24 jan.
17. Decreto nº 4.675 de 16 de abril de 2003. Regulamenta o Programa Nacional de Acesso à Alimentação – “Cartão Alimentação”, criado pela Medida Provisória nº 108 de 27 de fevereiro de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 16 abr.
18. Silveira FG, Carvalho AXY, Azzoni CR, Campolina B, Ibarra A. Dimensão, magnitude e localização das populações pobres no Brasil. [Texto de discussão nº 1.278]. Brasília: IPEA; 2007.
19. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization 2000: p.5.
20. Buss P, Pelegri Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
21. Declaração Alma Ata de 1978. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata 1978, 6-12 set.
22. Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde - CNDSS. Rumo a um modelo para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Ensaio para

- apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (Rascunho) 2005.
Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>
- 23.Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Políticas de saúde e equidade. São Paulo em Perspectiva 2003; 17 (1): 58-62.
- 24.Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde - CNDSS. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>
- 25.Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
- 26.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
- 27.Ribas DLB, Philippi ST, Tanaka ACd'A, Zorzatto JR. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil. Revista de Saúde Pública 1999; 33 (4): 385-365.
- 28.Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal AS, Figueiroa, JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Epidemiologia Serv. Saúde 2007; 16 (3): 185-194.
- 29.Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cadernos de saúde pública 1997; 13 (2): 325:330
- 30.Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características e condição social. Revista Panamericana Salud Publica 2002; 11 (5): 365-373.
- 31.Magalhães R, Burlandy L, Senna M. Desigualdades sociais, saúde e bem estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas transversais. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(6): p. 1414.

32. Polanyi K. “O moinho satânico” in *A grande Transformação*. Rio de Janeiro: Editora Campus; 2000: p.101.
33. Rosanvallon P. *La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Editora Manantial; 1996: p.160, 162.
34. Castel R. *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1999.
35. Suplicy EM, Margarido Neto BA. Políticas sociais: O Programa Comunidade Solidária e o Programa de Garantia de Renda Mínima. *Planejamento e Políticas Públicas* 1995; n. 12 jun-dez.
36. Villatoro P. Las transferencias condicionadas en America Latina: Luces e Sombras. In: *Seminário Internacional: “Evolución y desafios de los programas de transferencia condicionadas”* 2007. Disponível em: <http://www.cepal.org>
37. Villatoro P. Programas de reducción de la pobreza em América Latina. *Uns análises de cinco experiências*. Cepal, Políticas Sociais: Division de Desarrollo Social 2004. Disponível em: <http://www.cepal.org>
38. Soares S, Osório RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. *Programas de Transferência Condicionada de Renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade*. [Texto para discussão n. 1293]. Brasília: IPEA; 2007
39. Duarte JFA. El caso de Colombia: Programa Familias en Acción. In: *Seminario internacional: “Evolución y desafios de los programas de transferencias condicionadas”* 2007. Disponível em: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?>
40. Lindert K, Linder A, Hobbs J, Brière B. *The Nuts and Bolts of Brazil’s Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context*. World Bank 2007. Discussion Paper; n. 709.
41. Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004. Regulamenta o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2004, 09 jan.

42. Decreto 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 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 17 set.
43. Medida Provisória no. 411, de 28 de Dezembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pró-Jovem, instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dá outras providências; *Diário Oficial da União*; 2007, 28 dez.
44. Portaria Interministerial Nº 3.789, de 17 de Novembro de 2004. Estabelece atribuições e normas para o cumprimento da Condicionalidade da Frequência Escolar no Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União*; 2004, 17 nov.
45. 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. *Diário Oficial da União*; 2004, 18 nov.
46. Portaria GM/MDS Nº 551, de 09 de Novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União*; 2005 09 nov.
47. Portaria GM/MDS 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. *Diário Oficial da União*; 2008, 29 set.
48. Portaria Nº 555, de 11 de Novembro de 2005. Estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. *Diário Oficial da União*; 2005, 29 set.
49. Portaria Nº 148, de 27 de Abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa (IGD). *Diário Oficial da União*; 2006, 27 abr.

50. Portaria Nº 220, de 25 de Junho 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 - PBF e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa – IGD. *Diário Oficial da União*; 2008, 25 jun.
51. Brasil. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – SENARC. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual de Gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família. 1ª edição. Brasília: DF; 2006.
52. Portaria Nº 76, de 6 de Março de 2008. Estabelece normas, critérios e procedimentos para a adesão dos Estados ao Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal, e para o apoio à gestão estadual desses programas. *Diário Oficial da União*; 2008, 06 mar.
53. Kowarick L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos, França e Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2003; 18(51): 160-190
54. Van Parijs P. A renda básica: Por que, como e quando nos países do hemisfério norte e sul? *Econômica* 2003; 4(1): 75-93.
55. Fonseca AMM, Viana, ALÁ. Direito à saúde, atenção básica e transferência condicionada de renda na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6): 1505-1512.
56. Senna MCM, Burlandy L, Monnerat GL, Schottz V, Magalhães R. Programa Bolsa Família: Nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *Revista Kátal. Florianópolis* 2007; 10(1): 86-94.
57. Silva MOS. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6): 1429-1439.
58. IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Relatório síntese 2008; jun. Disponível em: http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf

- 59.Lavinas L, Varsano R. Programas de Garantia de Renda Mínima e ação coordenada de combate a pobreza. [Texto para discussão n. 534]. Brasília: IPEA; 1997
- 60.Lavinas L. Universalizando direitos. Observatório da cidadania: Medos e Provações – obstáculos à segurança humana 2004; nº 8.
- 61.Pawson R, Tilley N. A history of Evaluation in 28 ½ pages. In: Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications; 1997. p. 1-29.
- 62.Draibe SM. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN & Carvalho MCB.(orgs.), Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2001. p. 46.
- 63.Perez JRR. Avaliação do processo de implementação: Algumas questões metodológicas. In: Rico, EM (org.), Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 1998. p.65-73.
- 64.Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM, Mercado F. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p.81
- 65.Denis J, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 49-88.
- 66.Chen HT. Causative evaluations: basic types. In: Chen HT. Theory-Driven Evaluations. Newbury Park: Sage; 1990. p. 206
- 67.Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29-47.
- 68.Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Integrating Social Theory Into Public Health Practice. American Journal of Public Health 2005; 95 (4): p.591-595.

69. Weiss CH. Nothing as practical as a good theory: exploring theory-based evaluation in complex community initiatives for children and families In: Connell JP, Kubich AC, Schorr L, Weiss CH. New Approaches to evaluating community initiatives. Washington, DC: Aspen Institute; 1995.
70. Pawson R. Nothing as practical as a good theory. London, Thousand Oaks e New Delhi: Sage Publications; 2003; 9(4): 471-490
71. Manzmanian DA, Sabatier PA. Implementation and Public Policy. 2ª Ed. New York: Lahan; London: University Press of America; 1989. p. 18-44.
72. Lindblom CH, Woodhouse E.J. The Policy-Making Process. 3ª ed. NJ: Prentice Hall; 1998.
73. Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB (orgs.), Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC; 2001. p. 43-56.
74. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública; 1996; 30(2): p. 5-43.
75. Yin, RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. p. 32
76. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. p. 107-125
77. Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM, Marins, RS. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001.
78. Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002.
79. Fundação Centro de Defesa dos Direitos Humanos Bento Rubião (FCDDHBR). Diagnóstico Rápido Participativo de Manguinhos. Fórum de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável, 2000.

80. Amorim E, Blanco M. Desenvolvimento humano como expansão da liberdade e a sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. In: Desenvolvimento humano e condições de vida na cidade do rio de janeiro. Rio de Janeiro: IPP/IUPERJ/IPEA, 2004. Relatório Final.
81. Amorim E, Blanco M. O índice do Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPP 2003.
82. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. Brasília 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>
83. Decreto nº 24.702, de 08 de outubro de 2004. Cria Grupo Intergestor para os fins que menciona e dá outras providências. *Diário Oficial da Cidade do Rio de Janeiro*; 2004, 08 out.
84. Decreto nº 40.551, de 12 de julho de 2007. Cria sem aumento de despesa no âmbito da secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, a coordenação estadual intersetorial do Programa Bolsa Família. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*; 2007, 12 jul.
85. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2002, 18(suplemento): 203-211.
86. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Distrito Federal; 1997.
87. Ministério da Saúde. Estudo de caso Brasil: A integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance de metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada. Brasília: DF; 2005.
88. 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]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2005.
89. Silva RR. Sistema de Proteção Social e Políticas de Renda Mínima na contemporaneidade: uma análise do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Niterói: UFF; 2007.

90. Escola do Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Relatório: Proposições dos municípios para melhoria da gestão e operacionalização do PBF, apresentado no Seminário “Gestão do Programa Bolsa Família no Estado do Rio de Janeiro”; 16 abr. 2008.
91. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(6): 1441-1451.
92. Draibe SM. Brasil: Bolsa-Escola y Bolsa-Familia. [Cadernos de pesquisa do NEPP N° 76]. São Paulo: Unicamp; 2006.
93. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries. *JAMA* 2007; 298 (16). Disponível em: <http://www.jama.com>

ANEXOS:

ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

GESTORES MUNICIPAIS (Secretaria Municipal de Assistência Social)

I. Identificação do Entrevistado:

II. Programas de Transferência de Renda no Município:

- II.1. Quais os programas de transferência de renda implantados no município?
- II.2. Quais são os critérios de inclusão para estes programas? Existe alguma articulação entre esses programas e o PBF?
- II.3. A implantação do PBF teve algum impacto nos programas sociais desenvolvidos no município?
- II.4. Existe alguma articulação entre o Programa Bolsa Família e outros programas sociais? Quais?

III. *Gestão municipal do PBF:*

- III.1. Quando o PBF começou a ser implementado no município e em Manguinhos?
- III.2. Como se dá a gestão do Programa Bolsa Família em Manguinhos?
- III.3. Existe algum incentivo do município para as secretarias e administrações locais envolvidos implementarem o programa ? Quais?
- III.4. O que você sabe sobre o Índice de Gestão Descentralizada? Como é calculado esse índice? Como é feito o repasse dos recursos? Como esse recurso pode ser gasto e como vem sendo gasto? O que é necessário fazer para utilizar esse recurso? Quem define as prioridades para utilizar o IGD?

IV. Cadastramento do PBF:

- IV.1. Como foi feita a divulgação do Programa em Manguinhos?
- IV.2. Quais são os critérios e como está sendo realizado o processo de captação, seleção e cadastramento do PBF? Há participação de outras instâncias de governo?
- IV.3. Como as informações do CadÚnico são encaminhadas nos diferentes níveis de gestão?
- IV.4. Foi ou é adotada alguma estratégia específica para cadastrar famílias mais vulneráveis?
- IV.5. Quantas famílias atualmente são beneficiárias do PBF em Manguinhos? Como esse número foi definido (meta e cobertura)? Há perspectiva de ampliação?
- IV.6. Quais são os critérios de desligamento?
- IV.7. Como você avalia a qualidade do cadastro do BF em Manguinhos?

V. Participação Social:

- V.1. Durante a implementação o programa foi submetido à apreciação de algum conselho ou fórum de controle social? Qual a avaliação feita na ocasião?
- V.2. Os Conselhos de política social participaram ou participam do processo de implementação do PBF

VI. Intersetorialidade:

- VI.1. Para você existe ação intersetorial no PBF? Por quê?
- VI.2. Quais são as áreas do governo municipal que estão envolvidas com o PBF?
- VI.3. Existem formas de alocação de recursos pactuadas entre os diferentes setores e secretarias?
- VI.4. Existem instâncias integradas de coordenação, avaliação e monitoramento do Bolsa Família? Com que frequência se reúnem?
- VI.5. Existem critérios comuns de acompanhamento das ações voltadas às famílias?
- VI.6. Existem mecanismos de incentivo para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltados para os beneficiários do PBF?
- VI.7. Quais são ações desenvolvidas para as famílias beneficiárias do PBF? Há a participação de outros parceiros? Quais?

VII. Condicionalidades

- VII.1. Como o município está estruturado para ofertar os serviços de saúde e educação, especificamente aqueles que se referem às condicionalidades do PBF?
- VII.2. Qual a orientação dada as famílias no que diz respeito ao acompanhamento das condicionalidades?
- VII.3. No caso das famílias com dificuldades em cumprir as condicionalidades, qual é a orientação dada?
- VII.4. Quais são as dificuldades encontradas com relação à efetivação das contrapartidas previstas no programa?
- VII.5. Existe algum tipo de acompanhamento das famílias no que se refere, especificamente, às contrapartidas exigidas pelo programa? Especificar as ações voltadas para os adultos.
- VII.6. São ofertadas outras ações públicas para as famílias do programa? Quais?
- VII.7. Relações com outros níveis de governo
- VII.8. O Estado está acompanhando o processo de implementação das famílias beneficiárias nos município? Como? Explorar:
- VII.9. Existem incentivos do governo estadual para a implementação do PBF? Quais?
- VII.10. Você avalia que houve alguma mudança recente no diálogo entre o governo estadual, federal e municipal?

VIII. Avaliação:

- VIII.1. Como você avalia o processo de implementação do PBF em Manguinhos?
- VIII.2. Quais as principais dificuldades na implementação e gestão do PBF em Manguinhos?
- VIII.3. Existe algum tipo de avaliação ou monitoramento do PBF no município?
- VIII.4. Que mudanças o PBF trouxe na dinâmica de funcionamento desta secretaria?
- VIII.5. Como avalia o diálogo e interlocução do município com o MDS?
- VIII.6. Em sua opinião, que mudanças o BF proporciona para as famílias?

GESTORES MUNICIPAIS (Secretaria Municipal de Educação e Saúde)

I. Identificação do Entrevistado:

II. Programas de Transferência de Renda no Município:

- II.1. Quais os programas de transferência de renda implantados no município em parceria com a SME/SMS?
- II.2. Quais são os critérios da SME/SMS para inclusão nesses programas? Existe alguma articulação entre esses programas e o PBF?
- II.3. A implantação do PBF trouxe alguma alteração nos programas de transferência de renda anteriormente implantados? Quais?

III. Gestão municipal do PBF:

- III.1. Quando o PBF começou a ser implementado no município?
- III.2. A SME/SMS participou da implementação do PBF no município? De que forma?
- III.3. A SME/SMS participa da gestão do PBF? De que forma?
- III.4. Existem instâncias diferenciadas de gerenciamento do Programa no nível central (secretaria), no local/regional (coordenação) e nas unidades da ponta (escolas/unidades atenção básica) da SME/SMS ?
- III.5. Existe alguma agenda comum entre a SME/SMS e alguma outra secretaria municipal, para a gestão do PBF? Quais são as secretarias que participam? Em que instância governamental? Quais os temas vêm sendo trabalhados?
- III.6. Existe algum incentivo do município para a SME/SMS, as coordenações regionais e administrações locais envolvidos implementarem o PBF? Quais?
- III.7. Qual a participação da SME /SMS no cálculo do IGD? A SME/SMS acompanha como é feito o repasse dos recursos e como pode ser gasto o IGD? A SME/SMS sabe quem define as prioridades para a utilização do IGD? A SME/SMS tem acesso a esse recurso? De que forma?

IV. Cadastramento do PBF:

- IV.1. Como foi feita a divulgação do Programa nas escolas/unidades de saúde no Município e em Manguinhos?
- IV.2. Quais são os critérios e como vem sendo a participação da SME/SMS no processo de captação, seleção, cadastramento e desligamento do PBF, desde o início de sua implementação no município?
- IV.3. Foi ou é adotada alguma estratégia específica para cadastrar famílias mais vulneráveis? Existem dificuldades para captação dos segmentos mais pobres para o programa? Quais?
- IV.4. Após o cadastramento, todas as famílias recebem automaticamente o benefício? Por quê?
- IV.5. Há, ou houve migração de beneficiários de outros Programas para o Bolsa Família no Município? Quais Programas migraram?
- IV.6. Como vem ocorrendo essa migração? Já terminou?

- IV.7. Como você avalia a qualidade do cadastro do BF no município e em Mangueiras?
- IV.8. Esse cadastro é de alguma forma utilizada pela SME/SMS?
- IV.9. A SME/SMS participa de algum processo de atualização/recadastramento de beneficiários e famílias? Que instâncias governamentais e secretarias participam desse processo? De que forma?
- IV.10. Atualmente quantas crianças/pessoas estão cadastradas para acompanhamento pelas escolas/unidades básicas?

V. Participação Social:

- V.1. Quais são os conselhos com participação social existentes na SME/SMS, tanto ao nível das escolas/unidades de saúde, quanto ao nível regional das CREs/CAPs e da própria secretaria?
- V.2. Durante a implementação o programa foi submetido à apreciação de algum desses conselhos, ou fórum de controle social? Qual a avaliação feita na ocasião?
- V.3. Os Conselhos locais (das escolas/unidades) participaram/participam do processo de implementação do PBF – principalmente nas fases de cadastramento e seleção de beneficiários?
- V.4. Quais são os Conselhos que participaram/participam? Como tem sido a participação deles? Formularam algum documento e/ou proposta?
- V.5. Algum desses Conselhos desenvolveu alguma proposta de acompanhamento do PBF? Onde? Quando? Como vem acontecendo?

VI. Intersetorialidade:

- VI.1. Existem áreas do governo municipal trabalhando intersetorialmente com a SME/SMS no PBF? De que forma? Como se dá o diálogo entre essas áreas? Existe agenda comum?
- VI.2. Existem instâncias integradas de coordenação, avaliação e monitoramento do PBF?
- VI.3. Existem critérios comuns de acompanhamento das ações voltadas às famílias?
- VI.4. Existem mecanismos de incentivo para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltados para os beneficiários do PBF?
- VI.5. O município realiza em parceria com a SME/SMS outras ações que visem ampliar e potencializar a rede de proteção social às famílias beneficiárias do PBF? Quais ações? Com que frequência? Onde acontecem? Quem participa? Quem financia?

VIII. Condicionalidades

- VII.1. Como a SME/SMS vem se estruturando para realizar o acompanhamento das condicionalidades do PBF?
- VII.2. Quais são as dificuldades identificadas pela SME/SMS com relação à efetivação das contrapartidas previstas no programa?
- VII.3. Existe na SME/SMS algum tipo de acompanhamento das famílias no que se refere, especificamente, às contrapartidas exigidas pelo programa? Especificar as ações voltadas para os adultos.

- VII.4. Existe alguma estratégia direcionada aos beneficiários que não cumprem as condicionalidades?
- VII.5. Existem atividades educativas direcionadas aos beneficiários do BF? Que atividades? Qual a periodicidade? Onde ocorrem? Quem organiza? Há alguma avaliação dessas atividades?
- VII.6. Existem ações específicas de incentivo e acompanhamento assistencial dos beneficiários do PBF nas escolas, além do acompanhamento da frequência?
- VII.7. Existe algum acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF que se encontram em situação de maior carência econômica ou vulnerabilidade social?

VII. Relações com outros níveis de governo

- VIII.1. O município assinou algum termo de cooperação com o Estado para a implementação do PBF? Quando? Por quê?
- VIII.2. Qual a participação do Estado no processo de cadastramento e acompanhamento das condicionalidades das famílias beneficiárias municípios?
- VIII.3. Existem incentivos do governo estadual para a implementação do PBF?
- VIII.4. Como se dá o diálogo entre o estado e o município?

IX. Avaliação:

- IX.1. Como você avalia o processo geral de implementação do PBF no município?
- IX.2. Quais as principais dificuldades identificadas na implementação e gestão do PBF no município?
- IX.3. Existe algum tipo de avaliação ou monitoramento do PBF na SME/SMS?
- IX.4. Que mudanças o PBF trouxe na dinâmica de funcionamento desta secretaria?
- IX.5. Para esta secretaria, quais são as vantagens e desvantagens em participar do PBF?
- IX.6. Quais as principais dificuldades desta secretaria no monitoramento do PBF?
- IX.7. Como avalia o diálogo e a interlocução com as outras secretarias municipais que participam da gestão e monitoramento do PBF? E destas com o MDS?
- IX.8. Na sua opinião, que mudanças o BF vem proporcionando para as famílias?

PROFISSIONAIS (Saúde, educação e assistência social)

I. Identificação do Entrevistado:

II. Conhecimento/Funcionamento do PBF

- III.1. Quando e como o PBF começou a ser implementado em Manguinhos? Você acompanhou esse processo? Quem participou?
- III.2. Sabe informar, quais são os critérios de inclusão e de desligamento do PBF e quais as contrapartidas de saúde e educação exigidas pelo Programa?
- III.3. Existe algum espaço de discussão sobre o PBF? Que atores participam deste espaço?
- III.4. Existe algum incentivo do município para que os profissionais possam implementar o PBF?

IV Cadastramento

- IV.1. Saberria informar como se deu o processo de cadastramento das famílias no PBF em Manguinhos?
- IV.2. Houve alguma divulgação do PBF no CSGSF?
- IV.3. Como ocorre o processo de encaminhamento de famílias para desligamento do PBF em Manguinhos?
- IV.4. Há algum outro critério (além da renda) para o encaminhamento de famílias para serem incluídas no PBF?

V Intersetorialidade

- V.1. Como se dá o diálogo entre os profissionais do CSGSF, profissionais do Saúde da Família, atores governamentais e não-governamentais (pastoral da criança, associação de moradores, Escolas,...) na área de Manguinhos? Esse diálogo vem interferindo, de alguma forma, na implementação do PBF na área?
- V.2. Quais desses atores (governamentais e não-governamentais) participam das ações de coordenação, avaliação e monitoramento do PBF em Manguinhos? De que forma participam?
- V.3. Foi desenvolvida alguma atividade de treinamento, ou capacitação, com relação ao PBF, ou ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, para os profissionais do CSGSF? Como e quando ocorreu(ocorreram) a(s) atividade(s)? Quem participou?
- V.4. Existe alguma atividade desenvolvida com os beneficiários do PBF? Quais? Estas atividades já existiam ou foram criadas a partir do programa Bolsa Família?
- V.5. Quais foram os parceiros locais? Como participaram?
- V.6. Como se dá o diálogo entre o CSGSF/ESF a CAP 3.1, 4^a.CRAS e 4^a CRE em torno do PBF?
- V.7. Na sua opinião, existem ações envolvendo as diferentes secretarias e coordenações? Existem espaços de discussão na Unidade que envolvam diferentes profissionais em torno do BF? O que tem favorecido ou dificultado as ações intersetoriais?

VI Acompanhamento das Condicionalidades

- VI.1. Quais são as ações de saúde ou condicionalidades do programa BF acompanhadas em Manguinhos? Quais os profissionais envolvidos neste acompanhamento? Quando

iniciou e como o serviço de saúde se organizou para cumprir as condicionalidades de saúde em relação a: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil? Vacinação? Pré-natal?

- VI.2. Como vem sendo atualmente desenvolvido esse acompanhamento? Como vem ocorrendo a inserção dos profissionais de saúde da família no monitoramento das contrapartidas?
- VI.3. O que é feito com as informações de saúde colhidas durante o acompanhamento das condicionalidades?
- VI.4. Existem incentivos para que os profissionais do CSGSF façam o acompanhamento dos beneficiários do PBF? Quais?
- VI.5. Como são encaminhadas as demandas de saúde identificadas relacionadas às condicionalidades (obesidade, desnutrição, pré-natal tardio, caderneta de vacinação desatualizada, etc.)? E o encaminhamento dos beneficiários (adolescentes de ambos os sexos, homens e mulheres) que não estão no perfil das condicionalidades de saúde?
- VI.6. Quais as principais dificuldades encontradas, para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde em Manguinhos, em relação a: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; vacinação; pré-natal?
- VI.7. Você participa de alguma atividade voltada a captar as famílias inseridas no programa para que façam o acompanhamento das condicionalidades? Qual a estratégia utilizada para localizar essas famílias?
- VI.8. Há registro de informações sobre atividade de treinamento, ou capacitação, com relação ao PBF, ou ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, para os profissionais do CSGSF, ou da ESF? Onde? Como ter acesso a elas?

VII Participação Social

- VII.1. Você conhece quais são os conselhos, ou fóruns, de participação social em Manguinhos e qual a respectiva composição deles?
- VII.2. Estes espaços de participação e controle social foram envolvidos na implementação do BF? Como? Ainda participam?

VIII Avaliação

- VIII.1. Como você avalia o processo geral de implementação do PBF em Manguinhos?
- VIII.2. Quais as principais dificuldades identificadas na implementação e gestão do PBF em Manguinhos?
- VIII.3. Como avalia o diálogo e a interlocução com as outras instâncias que participam da gestão e monitoramento do PBF?
- VIII.4. Foi identificada alguma alteração na demanda nas ações de saúde e/ou nos serviços prestados pelo CSGSV, em decorrência do PBF? E nos indicadores de saúde da região de Manguinhos?
- VIII.5. Em sua opinião, qual seria objetivo das contrapartidas exigidas pelo PBF? E qual seria o papel dos profissionais do CSGSF no acompanhamento das condicionalidades do PBF?
- VIII.6. Quais são as vantagens e desvantagens em participar deste acompanhamento?
- VIII.7. Em sua opinião, que mudanças o BF vem proporcionando para as famílias? Qual é o maior mérito do Programa? Qual é a maior deficiência? Para você, de que depende o sucesso do Programa?

ROTEIRO GRUPO FOCAL

BLOCO 1 – Apresentação:

BLOCO 2 – Experiência geral com o Programa (Cadastramento e critérios de inclusão):

Pontos a serem abordados:

- () Como souberam do PBF (ESF, escola, vizinho, meios de comunicação...)?
- () Onde fizeram o cadastramento?
- () Quem tem direito ao PBF?
- () Dúvidas em relação ao programa.

BLOCO 3 – Intersetorialidade/Programas Complementares (outros programas sociais, serviços e atividades)

Pontos a serem abordados:

- () Participam de algum outro programa social (governamental e não-governamental)? De qual?
- () O PBF ajudou a participar de algum outro programa social ou serviço público? Aspectos que facilitam e dificultam o acesso a esses.
- () Já participaram de alguma iniciativa vinculada ao PBF? Qual?

BLOCO 4 – Condicionalidade do PBF:

1. Vocês sabem quais são as obrigações que suas famílias precisam cumprir para continuar recebendo o dinheiro do PBF?

Pontos a serem abordados:

Quais obrigações conhecem? ()

- () Freqüência escolar;
- () Manter atualizado o calendário vacinal das crianças menores de 7 anos;
- () Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças menores de 7 anos;
- () Pré-natal das gestantes;
- () Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável;
- () Outras.

2. O que acham de terem que cumprir essas obrigações para continuarem recebendo o dinheiro?

Pontos a serem abordados:

- () Dificuldade com transporte;
- () Atendimento na unidade de saúde;
- () Atendimento na unidade da assistência social;
- () Matrícula nas escolas.

BLOCO 5 – Avaliação do PBF:

1) Vocês acham que o Programa Bolsa Família causou alguma mudança na vida de suas famílias?

Pontos a serem abordados:

- () Se houve mudanças, em qual aspecto da vida (alimentação, habitação, educação, saúde, emprego, renda...)?
- 2) O que vocês destacariam como pontos positivos e negativos do Programa Bolsa Família?**
- 3) Vocês acham que o PBF deveria oferecer algo para melhorar a condição de vida das famílias, além do benefício financeiro? O que?**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista

Prezado senhor (a),

Você está convidado (a) para participar da pesquisa: *Estudo da Implementação do Programa Bolsa Família em Manginhos –RJ*. Esta pesquisa está sendo coordenada por Rosana Magalhães, pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública. A sua participação não é obrigatória e você poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízos ao pesquisador. Caso concorde em participar, dado o seu papel na implementação local do programa, estará contribuindo para a análise do desenho, das estratégias operacionais e, também, do processo de gestão desta política pública voltada à transferência de renda para grupos socialmente vulneráveis. Esta contribuição será realizada através de entrevistas que serão gravadas e posteriormente transcritas, caso seja permitido. O sigilo e a confidencialidade das informações coletadas serão preservados. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos e científicos e poderão ser publicados em revistas especializadas. Você receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido onde consta o telefone e o endereço do comitê de ética, da Escola Nacional de Saúde Pública, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

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

Nome:

Local:

Data:

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Contatos:

Coordenadora da Pesquisa: Rosana Magalhães - pesquisadora ENSP/FIOCRUZ

Telefones: (21) 25982712/25982644

e-mail: rosana@ensp.fiocruz.br

Pesquisadora: Angela Virginia Alves Guimarães Coelho

e-mail: virginiangela@gmail.com

Pesquisadora: Milena Nogueira Ferreira

e-mail: milena.nog@bol.com.br

Comitê de ética em Pesquisa – CEP ENSP

Rua Leopoldo Bulhões n 1480 sala 314

Tel/Fax (21) 2598-2863

Site: www.ensp.fiocruz.br/etica

Cep 21041-210

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal

Prezado senhor (a),

Você está convidado (a) para participar da pesquisa: *Estudo da Implementação do Programa Bolsa Família em Manginhos –RJ* Esta pesquisa está sendo coordenada por Rosana Magalhães, pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública. A sua participação não é obrigatória e você poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízos ao pesquisador. Caso concorde em participar estará contribuindo para a análise do processo de implementação e gestão local desta política pública voltada à transferência de renda para grupos socialmente vulneráveis. Esta contribuição será realizada através de entrevistas em grupo, técnica denominada grupo focal, realizada por pesquisadores e que poderá ser gravada, se assim for permitido. O estudo não apresenta riscos para os entrevistados, na medida em que não serão divulgados dados que permitam a identificação do autor das respostas. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode se recusar a responder quaisquer perguntas, ou retirar-se da pesquisa, não tendo nenhum prejuízo para os pesquisadores. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e posteriormente apresentados em eventos de caráter científico e publicados em literatura especializada. Você receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido onde consta o telefone e o endereço do comitê de ética, da Escola Nacional de Saúde Pública, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

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

Nome:

Local:

Data:

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Contatos:

Coordenadora da Pesquisa: Rosana Magalhães - pesquisadora ENSP/FIOCRUZ

Telefones: (21) 25982712/25982644

e-mail: rosana@ensp.fiocruz.br

Pesquisadora: Angela Virginia A. G. Coelho

e-mail: virginiangela@gmail.com

Pesquisadora: Milena Nogueira Ferreira

e-mail: milena.nog@bol.com.br

Comitê de ética em Pesquisa – CEP ENSP

Rua Leopoldo Bulhões n 1480 sala 314

Tel/Fax (21) 2598-2863

Site: www.ensp.fiocruz.br/etica

Cep 21041-210