

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca
ENSP

“A Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro”

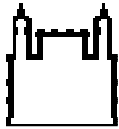
por

Angela Virginia Alves Guimarães Coelho

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

Orientadora Profa. Dra. Rosana Magalhães

Rio de Janeiro, junho de 2009



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro”

apresentada por

Angela Virginia Alves Guimarães Coelho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

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

Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein

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

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C672 Coelho, Angela Virginia Alves Guimarães
A construção da intersetorialidade no Programa Bolsa Família em
Manguinhos, no Rio de Janeiro. / Angela Virginia Alves Guimarães
Coelho. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
138 f., tab., graf., mapas

Orientadora: Magalhães, Rosana
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Programa Saúde da Família. 2. Ação Intersetorial.
3. Descentralização. 4. Política Social. 5. Pobreza. 6. Estudos de Casos.
7. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. -362.12098153

Dedicatória

Consagro esse trabalho...

... À todos que se dedicam a pesquisar, a pensar e a escrever sobre os processos sociais.

... À todos que se dedicam a formular, executar e avaliar políticas sociais voltadas para a diminuição das desigualdades, e a defesa dos direitos civis.

... À população sofrida deste país que luta por seus direitos.

... À todos que pagam impostos, possibilitando a criação de recursos públicos.

... À todos que aplicam os recursos públicos de incentivo ao desenvolvimento científico de forma ética e responsável.

... À todos que no dia-a-dia tornam a ENSP/FIOCRUZ uma unidade de excelência acadêmica na saúde pública.

... Aos professores, pesquisadores e, em especial, à minha orientadora que torna a rotina de trabalho em missão especial de contribuição para a melhoria da saúde e da vida.

... À Deus, aos meus amigos e minha família, que colaboraram efetivamente para que eu pudesse estar aqui tendo o que dedicar.

Agradecimentos

À Deus, por encher meu espírito de confiança e fé na capacidade e criatividade humana, me permitindo amanhecer todos os dias de minha vida.

À Dra. Rosana Magalhães, minha orientadora, por sua atenção e dedicação incansável durante essa trajetória, e pelo incentivo constante de novos desafios e conhecimentos.

À Dra. Regina Bodstein, pela oportunidade de participar de grupos de pesquisa e avançar os horizontes de meu aprendizado.

À Sandra Siqueira, pela amizade, confiança e constante incentivo.

À Milena Ferreira, pela amizade, ética e companheirismo durante todo o curso.

À Claudia Turco, pelo incentivo de superação e exemplo de dedicação.

À Claudia, Rosane e Renata, pela convivência afetuosa de respeito, troca e colaboração.

À Kátia, Cristiane e Luiz, amigos do mestrado que vão deixar saudades.

Aos colegas, dos grupos de pesquisa, pela oportunidade de troca e crescimento acadêmico.

Às colegas do grupo de estudo de Pobreza e Desigualdades Sociais.

Aos funcionários do DCS, em especial D. Geralda, pelo cafezinho e boa vontade.

Aos gestores das Secretarias de Saúde e Educação que, com respeito e disponibilidade forneceram informações valiosas sobre o Programa Bolsa Família na cidade.

Aos profissionais da SMAS, em especial Verônica, Maria Helena e Lourdes, e aos profissionais do CSEGSF, pelas ricas entrevistas concedidas.

Aos beneficiários do PBF que aceitaram o convite para participar dos grupos focais.

À minha querida mãe Thereza, pelo incentivo diário, pelas orações e a incansável disponibilidade de me escutar e acolher.

À meu marido e companheiro Cesar, por sua paciência e por acreditar em meus sonhos e me incentivar a conquistá-los.

À meus queridos filhos Pedro e Luiz Filipe, pelo apoio constante, colo e troca de experiências.

À Mariana, pelas longas conversas.

À Nancy, por sua ajuda diária e amizade.

E, por fim, mas não necessariamente nesta ordem, aos amigos e companheiros da CAP 4.0, em especial Sonia, Mônica e Ana, pelo incentivo e confiança depositados em mim.

Resumo

O programa federal de transferência condicionada de renda Bolsa Família (PBF) criado em 2003 no Brasil tem como eixo principal a redução da pobreza e o combate à fome e, como um de seus objetivos, a promoção de ações intersetoriais do Poder Público. Com o objetivo de analisar as possibilidades e limites destas ações, esta pesquisa abordou a experiência de implementação local do programa em Manguinhos, RJ. Através da estratégia metodológica de estudo de caso foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais das áreas da saúde, assistência social e educação e observação local. Além disso, foi realizado levantamento documental privilegiando a consulta à legislação e aos documentos oficiais do programa, durante os anos de 2007 e 2008. A análise do processo de implementação do Bolsa Família em Manguinhos mostrou que a criação de instâncias locais como o *Grupo Intergestor e o Grupo Descentralizado* viabilizou parcerias e interlocução voltada à construção de iniciativas comuns entre as secretarias municipais de saúde, educação e assistência social. No entanto, a comunicação vertical e horizontal entre os setores e os atores-chave locais permaneceu frágil. Os sistemas de informação eram superpostos e não apoiavam a integração das ações e a centralização das decisões em torno do uso do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) na secretaria de assistência social dificultava a consolidação de compromissos entre os diferentes parceiros e setores ligados ao programa. Ao mesmo tempo, o envolvimento das equipes de Saúde da Família, através de treinamento com profissionais das Coordenações regionais de saúde e assistência social, em junho de 2008, apontou novas possibilidades principalmente em relação à compreensão sobre o Programa, à proximidade com a comunidade, e o alcance de metas no contexto local. O estudo revela, portanto, a necessidade de repensar os fluxos de informação e decisão através do fortalecimento de arenas locais onde técnicos, gestores, lideranças comunitárias e população beneficiária possam compartilhar esforços para o fortalecimento de ações intersetoriais.

Palavras-chave: políticas públicas, política social, ação intersetorial.

Abstract

The federal program of conditioned transfer of income Bolsa Família (BFP), which was created in Brazil in 2003, has as principal issue the reduction of poverty and the combat against hunger and, as one of its objectives, the promotion of intersectoral actions of the government. With the objective of analyzing the possibilities and limits of these actions, this research approached the experience of local implementation of the program at Manguinhos, RJ. Through the methodological strategy of case-study, semi-structured interviews with managers and professionals of the health, welfare and education areas were done and local observation. Besides, a documental survey was done, privileging the consultation of the legislation and of the program official documents, during the years of 2007 and 2008. The analysis of Bolsa Família implementation process at Manguinhos showed that the creation of local instances as the *Intermanaging Group* and the *Decentralized Group* made feasible partnerships and interlocution referring to the construction of common initiatives between health, education and welfare municipal departments. However, the vertical and horizontal communication between the sectors and the local key-actors continued fragile. The information systems were overlapped and didn't support the integration of the actions, and the centralization of the decisions related to the use of the *Decentralized Management Index (Índice de Gestão Descentralizada - IGD)* in the welfare department made difficult the consolidation of commitments between the different partners and sectors linked with the program. At the same time, the involvement of the *Family Health (Saúde da Família)* teams, through training with professionals of the health and social assistance regional co-ordinations, in June 2008, pointed to new possibilities especially in respect to the comprehension about the Program, to the proximity with the community, and the aims reach in the local context. The study reveals, therefore, the necessity of reconsidering the information and decision flows through the strengthening of local arenas where technicians, managers, stakeholders, community leaderships and beneficiaries can share efforts to the strengthening of the intersectoral actions.

Key words: public policy, social policy, intersectoral action

Sumário

Introdução	1
CAPÍTULO I – A Intersetorialidade no campo das Políticas Sociais no Brasil: reflexões e aprendizados	6
I.1. Intersetorialidade: uma estratégia em construção.....	6
I.2. Intersetorialidade no âmbito das Políticas Sociais no Brasil a partir dos anos oitenta.....	10
I.3. Trajetória recente da Intersetorialidade nas Políticas Sociais no Brasil.....	13
I.3.a. Programas de Transferência de Renda	22
I.4. O Programa Bolsa Família	27
CAPÍTULO II – A Abordagem Metodológica.....	39
II.1. As etapas da pesquisa.....	53
CAPÍTULO III – O Programa Bolsa Família e o Contexto Local	59
III.1. Implementação do PBF no Município do Rio de Janeiro	59
III.2. O Contexto de Manguinhos	65
III.3. A Intersetorialidade na implementação do Programa Bolsa Família em Manguinhos	79
CAPÍTULO IV – Desafios e Possibilidades para a Intersetorialidade – a experiência de Manguinhos	88
IV.1. As Estruturas Técnico-Administrativas e seus Processos	88
IV.1.a Grupo Intergestor	93
IV.1.b Grupo Descentralizado.....	94
IV.1.c Os Sistemas de Informação	97
IV.2. Mecanismos de incentivo à intersetorialidade no PBF.....	104
IV.3. A Intersetorialidade entre os atores-chave no processo de implementação do BF em Manguinhos.....	107
IV.3.a Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde	107
IV.3.b Parcerias, e participação em espaços e ações coletivas.....	110
CAPÍTULO V – Conclusão	115

Lista de Gráficos e Tabelas

Gráficos:

Gráfico 1: Comparativo entre número de famílias estimadas com perfil do CAD-Único e do PBF, com o quantitativo de famílias cadastradas em FEV/2007 e NOV/2008 (Cap.III).....	65
--	----

Tabelas:

Tabela 01: Estimativa de famílias com perfil do PBF e do CAD-Único no município do Rio de Janeiro com base nos dados do IBGE de 2004 (Cap.III)	60
Tabela 2: Benefícios do Programa Bolsa Família, liberados até março de 2007 – Rio de Janeiro (Cap.III)	63
Tabela 3: Estimativa de famílias com perfil do PBF e do CAD-Único com base nos dados do IBGE de 2004, total de famílias cadastradas até 28/02/2007, e até 28/11/2008, na cidade do Rio de Janeiro/RJ (Cap.III)	64
Tabela 4: População residente nos <i>aglomerados sub-normais</i> (favelas) no Bairro de Manguinhos, no total da Região Administrativa a que pertence, e no município Rio de Janeiro – valores totais e divididos por gênero – 2000 (Cap.III).....	72
Tabela 5: Distribuição da População por faixa etária no bairro de Manguinhos – 2000 (Cap.III)	72
Tabela 6: População residente no Bairro de Manguinhos e nos seus aglomerados sub-normais – 2000 (Cap.III)	73
Tabela 7: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos no bairro de Manguinhos – RJ, 2004 (Cap.III)	73
Tabela 8: Taxas de mortalidade até 5 anos de idade; esperança de vida ao nascer; e taxa de fecundidade – na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa e no Bairro de Manguinhos – 2000 (Cap.III)	74
Tabela 9: Maternidade Precoce – 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 (Cap.III)	75
Tabela 10: Média de anos de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes e por gênero em Manguinhos– 2000 (Cap.III).....	75
Tabela 11: Indicadores de Educação. Percentagem de jovens de 18 a 24 anos por nível educacional – 2000 (Cap.III)	76
Tabela 12: Indicadores de Educação - Analfabetismo Funcional. Percentual de analfabetos funcionais por faixas etárias, por Bairro, Região Administrativa e total da cidade do Rio de Janeiro – 2000 (Cap.III).....	76
Tabela 13: Crianças e adolescentes de 4 a 17 anos, fora da escola – 2000 (Cap.III) .	77
Tabela 14: Responsáveis pelos domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais de Manguinhos com renda nominal média em salários mínimos – 2000 (Cap.III)	77
Tabela 15: IDH – posição comparativa de Manguinhos na escala entre os bairros com o menor e o maior índice na cidade do Rio de Janeiro – 2000 (Cap.III).....	78

Lista de Quadros e Figuras

Quadros:

Quadro 1: Programas da Agenda Básica da <i>Comunidade Solidária</i> , executados pelos Ministérios da Saúde, Educação, Agricultura, Trabalho e Planejamento (Cap.I).	16
Quadro 2: Projeto Alvorada – Áreas, Ações e Programas articulados (Cap.I).....	18
Quadro 3: Fome Zero – Eixos, Programas e ações (Cap.I)	21
Quadro 4: Comunidades da Região de Manguinhos (Cap.III)	67
Quadro 5: Oferta de Serviços Públicos de Educação na região de Manguinhos nos anos de 2007 e 2008 (Cap.III)	71

Figuras:

Figura 1: Fluxograma Bolsa Família Município do Rio de Janeiro – Região de Manguinhos –2007/2008 (Cap. III)	62
Figura 2: Mapa do bairro de Manguinhos, e da X Região Administrativa, na cidade do Rio de Janeiro, com as principais vias de acesso (Cap.III).....	68
Figura 3: Fluxo de informações sobre acompanhamento e atualização do PBF e do CAD Único na região de Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008 (Cap.III) ..	80
Figura 4: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Educação em Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008 (Cap.III)	82
Figura 5: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Saúde em Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008 (Cap.III)	84

Lista de Siglas

BPC – Benefício de Prestação Continuada
BVJ – Benefício Variável (do Bolsa Família) Vinculado ao Adolescente
CAP – Coordenação de Saúde da Área Programática
CAS – Coordenadoria de Assistência Social
CCDC – Centro Comunitário de Defesa da Cidadania
CECAN – Centro de Colaboração de Alimentação e Nutrição
CEF – Caixa Econômica Federal
CGPB – Conselho Gestor do Programa Bolsa Família
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CRE – Coordenadoria Regional de Educação
CS – Comunidade Solidária
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia Saúde da Família
FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social
FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GAT – Grupo de Apoio Técnico
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IGD – Índice de Gestão Descentralizada Municipal
IGDE – Índice de Gestão Descentralizada Estadual
INAD – Instituto de Nutrição Annes Dias
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPLAN – Instituto de Planejamento da Gestão Governamental
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MA – Ministério da Agricultura
MEC – Ministério da Educação
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MME – Ministério de Minas e Energia
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MT – Ministério do Trabalho

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OMS – Organização Mundial de Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASS – Programa de Ação Social em Saneamento
PBA – Programa Brasil Alfabetizado
PBF – Programa Bolsa Família
PCFM – Plano de Combate à Fome e à Miséria pela Vida
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PGRM – Programa de Garantia de Renda Mínima
PLANFOR – Programa Nacional de Educação Profissional
PNAI – Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI – Programa Nacional de Imunização
PNTE – Programa Nacional de Transporte Escolar
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPS – Plano de Prioridades Sociais
PRODEA – Programa Nacional de Distribuição Emergencial de Alimentos
PRODEEM – Programa Nacional para o Desenvolvimento de Energia nos Estados e Municípios
PROGER – Programa de Geração de Emprego e Renda
PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PSF – Programa Saúde da Família
RPE – Rede de Proteção ao Estudante
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SEASDH – Secretaria de Estado da Assistência Social e Direitos Humanos
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEEDUC – Secretaria de Estado da Educação
SENARC – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SEPLAG – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
SESDCRJ – Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SESDEC – Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil
SIBEC – Sistema de Benefício ao Cidadão
SIMAS – Sistema Matricial da Assistência Social

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMAS – Secretaria Municipal da Assistência Social

SME – Secretaria Municipal da Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUBASS – Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Legislação Federal e Municipal, Portarias e Instruções Operacionais – Programa Bolsa Família – última atualização: maio/2009

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>

<http://www.rio.rj.gov.br/>

Decreto Nº 3.877, de 24 de Julho de 2001.

Assunto: Institui o Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Medida Provisória Nº 132, de 20 de Outubro de 2003.

Assunto: Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.

Lei No 10.836, de 9 de Janeiro de 2004.

Assunto: Regulamenta o Programa Bolsa Família e dá outras providências.

Instrução Operacional Nº 1, de 19 de Maio de 2004.

Assunto: Divulga procedimentos operacionais aos Municípios para tratamento de bloqueios por multiplicidade cadastral. (NR - Nova redação).

Decreto N 5209 de 17 de Setembro de 2004.

Assunto: Regulamenta a Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

DECRETO Municipal N.º 24.702, de 08 de Outubro de 2004.

Assunto: Cria Grupo Intergestor para os fins que menciona.

Portaria Nº 2.246/GM de 18 de Outubro de 2004.

Assunto: Institui e divulga orientações básicas para a implementação das **Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional**, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional.

Portaria MDS Nº 660, de 11 de Novembro de 2004.

Assunto: regras de fiscalização e acompanhamento, até que sejam criados os conselhos ou comitês previstos no art. 9º da Lei nº. 10.836/04, pelos Municípios e Distrito Federal.

Portaria Interministerial Nº 3.789, de 17 de Novembro de 2004.

Assunto: Estabelece atribuições e normas para o cumprimento da **Condicionabilidade da Frequência Escolar** no Programa Bolsa Família.

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

Assunto: 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.

Portaria GM/MDS N.737, de 15 de Dezembro de 2004.

Assunto: Regulamenta a concessão, o valor, a prescrição e a manutenção do Benefício Variável de Caráter Extraordinário para as famílias dos Programas Remanescentes que venham a ser transferidas para o Programa Bolsa Família.

Instrução Operacional Nº 4, de 14 de Fevereiro de 2005.

Assunto: Divulga procedimentos operacionais aos Municípios para tratamento de bloqueios por multiplicidade cadastral.

Instrução Operacional Nº 05, de 15 de Fevereiro de 2005.

Assunto: Divulga procedimentos operacionais aos municípios para importação da base cadastral do Cadastro Único.

Instrução Normativa Nº 01, de 20 de Maio de 2005.

Assunto: Divulga orientações aos municípios, Estados e Distrito Federal para constituição de instância de **controle social** do Programa Bolsa Família (PBF) e para o desenvolvimento de suas atividades.

Instrução Operacional SENARC/MDS Nº 7, de 20 de Maio de 2005.

Assunto: Divulga aos municípios instruções sobre procedimentos operacionais para o tratamento de eventuais inconsistências nos dados do Cadastro Único, publica os novos critérios de validação dos registros desse cadastro, e define orientações para análise e validação dos resultados da comparação dos dados de renda do Cadastro Único com os da Relação Anual de Informações Sociais de 2003.

Portaria GM/MDS Nº 246, de 20 de Maio de 2005.

Assunto: Aprova os instrumentos necessários à formalização da adesão dos municípios ao Programa Bolsa Família, à designação dos gestores municipais do Programa e à informação sobre sua instância local de controle social, e define o procedimento de adesão dos entes locais ao referido Programa.

Instrução Operacional SENARC/MDS Nº 8, de 20 de Junho de 2005.

Assunto: Divulga auditoria realizada sobre as folhas de pagamento dos programas de transferência de renda do Governo Federal, assim como orientações aos Municípios para tratamento de casos de multiplicidade cadastral.

Portaria GM/MDS Nº 360, de 12 de Julho de 2005.

Assunto: Estabelece critérios e procedimentos relativos à transferência de recursos financeiros aos municípios, Estados e Distrito Federal destinados à implementação e desenvolvimento do Programa Bolsa Família e à manutenção e aprimoramento do Cadastro Único de Programas Sociais.

Instrução Operacional Nº 09, de 05 de Agosto de 2005.

Assunto: Divulga instruções sobre os procedimentos operacionais necessários à formalização da adesão dos municípios ao Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único de Programas Sociais, orienta os gestores e técnicos sobre a designação do gestor municipal do Bolsa Família e a formalização da Instância de Controle Social do Programa, e especifica a documentação a ser anexada para fins de comprovação das medidas adotadas.

Instrução Operacional SENARC/MDS Nº 10, de 31 de Agosto de 2005.

Assunto: Divulga orientações e procedimentos operacionais aos municípios e esclarece sobre procedimentos utilizados pelo Governo Federal para a marcação de domicílios ativos e inativos no Cadastro Único.

Portaria GM/MDS N° 454, de 6 de Setembro de 2005.

Assunto: Altera os arts. 6º, 7º e 8º, e modifica o Anexo I e cria os Anexos II e III da Portaria GM/MDS n° 360, de 12 de julho de 2005.

Portaria N° 532, de 03 de Novembro de 2005.

Assunto: Define regras de fixação do pagamento dos benefícios financeiros do Programa Bolsa Família e dos Programas Remanescentes.

Portaria GM/MDS N° 551, de 09 de Novembro de 2005.

Assunto: Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Portaria GM/MDS N° 555, de 11 de Novembro de 2005.

Assunto: Estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família, criado pela Lei n°10.836, de 9 de janeiro de 2004.

Instrução Operacional SENARC/MDS N° 11, de 22 de Novembro de 2005.

Assunto: Divulga auditoria realizada sobre o Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal e sua repercussão sobre os benefícios dos programas de transferência de renda do Governo Federal.

Portaria GM/MDS N.666, de 28 de Dezembro de 2005.

Assunto: Disciplina a integração entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.

Portaria GM/MDS N.672, de 29 de Dezembro de 2005.

Assunto: Altera prazos fixados nas Portarias GM/MDS n° 246, de 20 de maio de 2005, GM/MDS n° 360, de 12 de julho de 2005 e GM/MDS n° 555, de 11 de novembro de 2005, e estabelece critérios para a remuneração no Cadastro Único das famílias beneficiárias do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

Guia do Gestor – 2006**Manual de Gestão de Condicionalidades – 1ª. edição – 2006****Cartilha de Beneficiários – 2006****Instrução Operacional SENARC/MDS N° 12, de 03 de Fevereiro de 2006.**

Assunto: Divulga aos municípios orientações sobre a repercussão automática de alterações cadastrais do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no Sistema de Gestão de Benefícios do Programa Bolsa Família.

Portaria GM/MDS N° 68, de 08 de Março de 2006.

Assunto: Altera prazos fixados nas Portarias GM/MDS n° 246, de 20 de maio de 2005, M/MDS n° 360, de 12 de julho de 2005 e GM/MDS n° 555, de 11 de novembro de 2005.

Instrução Operacional SENARC/SNAS MDS n.01 de 14 de Março de 2006.

Assunto: Divulga aos municípios orientações sobre a operacionalização da integração entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, no

que se refere à inserção, no Cadastro Único, das famílias beneficiárias do PETI e famílias com crianças/adolescentes em situação de trabalho.

Decreto No 5749, de 11 de Abril de 2006.

Assunto: Altera o Decreto n.5209 dispondo sobre atualização de valores referenciais para caracterização de pobreza e extrema pobreza no âmbito do PBF.

Instrução Operacional SENARC/MDS N° 13, de 20 de Abril de 2006.

Assunto: Divulga os critérios utilizados para o processamento do bloqueio dos benefícios dos Programas Remanescentes com base no CADBES e orienta as Prefeituras acerca da complementação dos dados e do desbloqueio dos benefícios.

Portaria N° 148, de 27 de Abril de 2006.

Assunto: IGD – 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.

Resolução SMAS N.º 47 de 15 de maio de 2006

Assunto: Dispõe sobre o desembolso dos recursos recebidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (IGD) no município do Rio de Janeiro.

Portaria N° 232, de 29 de Junho de 2006.

Assunto: Altera prazo fixado na Portaria GM/MDS n° 360, de 12 de julho de 2005. Transferência de recursos financeiros aos Estados.

Portaria N° 256, de 18 de Julho de 2006.

Assunto: Altera dispositivos da Portaria n° 148, de 27 de abril de 2006 – IGD – transferência de recursos financeiros mensalmente aos municípios com o valor de referência de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos) por família beneficiária do PBF residente em seu território, no limite da estimativa de famílias pobres publicada pelo MDS.

Instrução Operacional SENARC/MDS N° 14, de 10 de Agosto de 2006.

Assunto: Divulga auditoria realizada sobre o Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal e sua repercussão sobre os benefícios do Programa Bolsa Família.

Instrução Operacional N° 15 , de 13 de Dezembro de 2006.

Assunto: Divulgar aos estados e municípios orientações sobre os procedimentos para Credenciamento de Usuários ao Sistema de Gestão de Benefícios do Programa Bolsa Família.

Portaria N° 380, de 12 de Dezembro de 2006.

Assunto: Altera prazo fixado na Portaria GM/MDS n° 360, de 12 de julho de 2005 – recebimento, aplicação e prestação de contas dos recursos financeiros.

Instrução Operacional SENARC/MDS N° 16, de 11 de Janeiro de 2007.

REEDITADA EM 26 DE FEVEREIRO DE 2007

Assunto: Divulga procedimentos operacionais para a concessão do desconto da tarifa social de energia elétrica para famílias com a mesma renda mensal exigida para o PBF, residentes em unidades domiciliares com consumo médio mensal situado entre 80kWh e

220 kWh (ou o limite regional). Na prática, estende a tarifa social de energia elétrica a todos os beneficiários do PBF.

DECRETO Municipal n.º 27.535, de 12 de janeiro de 2007

Assunto: Unificação dos Programas de Transferência de Renda no PBF

Portaria No.40 de 25 de janeiro de 2007-05-27.

Assunto: Ações de apoio financeiro à gestão descentralizada.

Instrução Operacional n.º 17 SENARC/MDS, de 16 de abril de 2007.

Assunto: Divulga procedimentos operacionais para o Cadastramento de estudantes do ensino fundamental de 9 anos no Cadastro Único de Programas Sociais.

Instrução Operacional n.º 18 SENARC/MDS, de 15 de maio de 2007.

Assunto: divulga auditoria realizada por meio da comparação entre as bases de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego, e sua repercussão sobre os benefícios do Programa Bolsa Família.

Portaria No.176 de 18 de maio de 2007.

Assunto: Altera a Portaria n.º 532, de 3 de novembro de 2005, para definir novas regras de fixação do calendário de pagamento dos benefícios financeiros do Programa Bolsa Família e dos Programas Remanescentes.

Decreto No. 6135 de 26 de junho de 2007.

Assunto: Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências.

Decreto No. 6157 de 16 de julho de 2007.

Assunto: Dá nova redação ao art. 19 (valores dos benefícios) do Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Instrução Operacional SENARC-SNAS/MDS no. 02, de 31 de julho de 2007.

Assunto: divulga procedimentos operacionais para o cadastramento de idosos com 60 anos ou mais, com renda individual mensal igual ou inferior a 2 salários mínimos e sem meios de comprovação de renda, para emissão da Carteira do Idoso.

Instrução Operacional n.º 19 SENARC/MDS, de 01 de agosto de 2007.

Assunto: Divulga os procedimentos e as orientações para a correta utilização do arquivo denominado "Base CAIXA", disponibilizado aos municípios para importação pelo aplicativo off-line no caso de perda total ou parcial de sua base local.

Portaria No. 287 de 07 de agosto de 2007

Assunto: Altera prazo fixado na Portaria GM/MDS n.º 360, de 12 de julho de 2005 (que estabelece critérios e procedimentos relativos à transferência de recursos financeiros aos municípios, Estados e Distrito Federal destinados à implementação e desenvolvimento do Programa Bolsa Família e à manutenção e aprimoramento do Cadastro Único de Programas Sociais).

Instrução Operacional conjunta Senarc/MDS – Secad/MEC no. 01, de 15 de agosto de 2007.

Assunto: Divulga aos gestores municipais do Programa Bolsa Família procedimentos para encaminhamento dos inscritos no CadÚnico às ações de alfabetização do Programa Brasil Alfabetizado.

Instrução Operacional Senarc/MDS – No. 20, de 14 de dezembro de 2007

Assunto: Divulga aos municípios orientações sobre o preenchimento das informações referentes aos novos campos constantes na versão 6.0.5 do Aplicativo de Entrada e Manutenção de Dados do CadÚnico.

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

Assunto: Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, 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.

Instrução Operacional Senarc/MDS Nº 21, de 29 de fevereiro de 2008.

Assunto: Divulga auditoria realizada por meio da comparação entre as bases de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar do Ministério do Desenvolvimento Agrário e sua repercussão sobre os benefícios do Programa Bolsa Família.

Portaria MDS No. 66, de 04 de março de 2008.

Assunto: 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 do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa - IGD.

Portaria MDS No. 76, de 06 de março de 2008.

Assunto: IGDE – 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.

Portaria MDS No. 87, de 12 de março de 2008.

Assunto: autoriza a realização do Segundo Prêmio Práticas Inovadoras na Gestão do Programa Bolsa Família, aprova o seu edital e institui o Observatório de Boas Práticas de Gestão do Programa Bolsa Família.

Decreto no. 6.392, de 12 de março de 2008.

Assunto: VIGÊNCIA do Auxílio Gás– Altera o Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Lei no. 11.692, de 10 de junho de 2008

Assunto: Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem, instituído pela Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005; altera a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004; revoga dispositivos das Leis nos 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, 10.748, de 22 de outubro de 2003, 10.940, de 27 de agosto de 2004, 11.129, de 30 de junho de 2005, e 11.180, de 23 de setembro de 2005; e dá outras providência.

Portaria MDS No. 220, de 25 de junho de 2008.

Assunto: altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006 - IGD, 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.

Decreto no. 6.491, de 26 de junho de 2008.

Assunto: Dá nova redação ao Artigo 19 (valores dos benefícios) do Decreto no. 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Portaria MDS No. 240, de 10 de julho de 2008.

Assunto: altera a Portaria GM/MDS nº 87, de 12 de março de 2008 institui o Observatório de Boas Práticas de Gestão do Programa Bolsa Família.

Instrução Operacional conjunta SENARC/MDS no. 22, de 25 de julho de 2008.

Assunto: Divulga procedimentos operacionais aos municípios para acesso à Central de Sistemas da Senarc.

Instrução Operacional conjunta SENARC/MDS no. 23, de 31 de julho de 2008 (reeditada em 19 de janeiro de 2009).

Assunto: Divulga aos municípios orientações para a substituição de Prefeito, Prefeitura, Gestor Municipal e de Instância de Controle Social (ICS) do PBF e procedimentos para alteração de seus dados cadastrais, bem como os procedimentos para o Acesso Sistema de Gestão Integrada (SGI).

Instrução Operacional conjunta SENARC/MDS no. 24, de 21 de agosto de 2008 (reeditada em 17 de setembro de 2008).

Assunto: Orienta quanto aos procedimentos necessários às ações de atualização cadastral e gestão de benefícios das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em razão da identificação de inconsistência nas informações de renda obtidas por meio da comparação das informações do CadÚnico com as da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Instrução Operacional conjunta SENARC/MDS no. 25, de 05 de setembro de 2008.

Assunto: Divulga aos municípios orientações sobre a busca ativa de famílias beneficiárias do Bolsa Família com todos os integrantes em idade escolar “sem informação” de frequência escolar e procedimentos a serem adotados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) relativos ao bloqueio e cancelamento do benefício.

Portaria MDS No. 321, de 29 de setembro de 2008.

Assunto: 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.

Portaria MDS No. 341, de 07 de outubro de 2008.

Assunto: dispõe sobre procedimentos operacionais necessários ao ingresso de famílias no Programa Bolsa Família.

Portaria No. 376, de 16 de outubro de 2008.

Assunto: Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal disciplinado pelo Decreto nº 6.135 de 26 de junho de 2007.

Instrução Operacional SENARC/MDS no. 26, de 17 de dezembro de 2008.

Assunto: Divulga aos municípios orientações e procedimentos a serem adotados no que se refere aos Recursos apresentados por famílias com registros de descumprimento de condicionalidades.

Instrução Operacional SENARC/MDS no. 27, de 22 de janeiro de 2009.

Assunto: Divulga aos municípios orientações sobre a utilização do Sistema de Atendimento e Solicitação de Formulários (Sasf).

Instrução Operacional SENARC/MDS nº 28, de 13 de fevereiro de 2009.

Assunto: Divulga informações e procedimentos de atualização ou revalidação cadastral dos domicílios no CadÚnico para implantação da revisão cadastral dos beneficiários do Programa Bolsa Família

Instrução Operacional Conjunta MDS/MEC/MS nº 01/2009, de 17 de fevereiro de 2009.

Assunto: Estabelece o calendário do exercício de 2009 para o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) e dá outras orientações

Instrução Operacional Conjunta SENARC/SESAN nº 01/2009, de 07 de abril e 2009.

Assunto: Orienta os gestores municipais do CadÚnico/Programa Bolsa Família dos municípios do semiárido brasileiro quanto ao cadastramento de famílias de baixa renda para sua inserção no Programa Cisternas.

INTRODUÇÃO

Partindo de uma visão mais integral e ampliada do conceito de Saúde as condições sociais, econômicas, ambientais e culturais são consideradas relevantes, uma vez que estão relacionadas às situações de vida e trabalho que interferem diretamente na conformação da saúde de uma população. Nessa perspectiva, questões relacionadas a emprego, trabalho e renda; acesso a serviços; educação; políticas públicas; condições de alimentação e nutrição passam a ser igualmente importantes para pesquisadores e profissionais de saúde. A transversalidade da saúde em relação às questões sociais nos orientou na escolha da discussão da intersetorialidade em um programa social de grandes proporções nacionais que é o Programa Bolsa Família (PBF). Este Programa apresenta, em sua formulação, grande potencial de contribuição para a saúde coletiva, a partir da proposta de combater a desigualdade e a injustiça social combinando, ao mesmo tempo, medidas compensatórias de combate à miséria e à fome, com medidas estruturantes de educação. Partindo dessas premissas, este trabalho se desenvolveu como o foco analítico na intersetorialidade, em um contexto de implementação local do PBF.

Com a proposta de descentralização e participação comunitária o Programa Bolsa Família se constitui em uma estratégia de transferência direta de renda condicionada do Governo Federal. O debate em torno do desenvolvimento de ações intersetoriais se ampliou no cenário político de redemocratização na década de 80 no Brasil, participando das discussões em torno das propostas de descentralização e efetividade das políticas públicas. Nosso esforço foi no sentido de levantar algumas reflexões acerca dos mecanismos institucionais públicos, ou comunitários, e dos processos que colaboraram ou dificultaram a convergência de ações sociais públicas no âmbito local deste Programa.

O PBF é uma intervenção federal criada por medida provisória em outubro de 2003, convertido em lei em janeiro de 2004, e regulamentado em setembro do mesmo ano. Seu eixo principal é a redução da pobreza e o combate à fome. Apresenta como objetivos promover a segurança alimentar e nutricional; o acesso aos serviços públicos principalmente saúde, educação e assistência social; e a intersetorialidade e a complementaridade nas ações sociais do Poder Público, buscando a efetividade e a integralidade no enfrentamento de questões sociais. Destina-se às famílias em situação de extrema pobreza (*per capita* mensal de até R\$ 69,00) e de pobreza (*per capita* mensal

de R\$ 69,01 a R\$ 137,00). Os valores mensais dos benefícios variam de R\$ 20,00 (vinte reais) até R\$ 182,00 (cento e oitenta e dois reais).

Para a manutenção da regularidade no recebimento dos benefícios são exigidas contrapartidas das famílias em relação à educação (85% de frequência escolar) e à saúde (calendário de vacinação, acompanhamento das crianças até 07 anos, acompanhamento do pré-natal). Para além da transferência de renda, a proposta de combate à fome estaria direcionada principalmente ao acompanhamento nutricional de crianças, gestantes e nutrizes. Da mesma forma, o foco na frequência escolar infantil e na capacitação dos adultos em atividades produtivas, estaria relacionado com a perspectiva de investimento em capital social com repercussões socioeconômicas futuras.

Com o objetivo de estudar a intersetorialidade no PBF, esta pesquisa considera, inicialmente, este conceito como amplo e aberto à construção de muitas definições e inferências. De modo geral, a intersetorialidade pressupõe troca de experiências, ações e informações no desenvolvimento de ações sinérgicas, para a construção de uma rede de interação e cooperação social, entre os diferentes atores envolvidos num mesmo processo coletivo⁽¹⁾. Está relacionada com a ampliação da participação social e, conseqüentemente, com algum nível de descentralização da implementação e da execução de projetos e programas⁽²⁾.

A título de esclarecimento destaca-se que o termo *política pública* utilizado por este trabalho está relacionado a intervenções direcionadas à realidade social, “*não se restringindo apenas a políticas estatais ou de governo, podendo abarcar políticas privadas ou não governamentais que são desenvolvidas nas esferas públicas da sociedade*”⁽³⁾. Dessa forma, as observações desta pesquisa se ampliam e contemplam as ações demandadas e realizadas na implementação do PBF em Manguinhos pelos atores-chave não governamentais – e/ou com eles – além das estruturas e ações governamentais desenvolvidas na área.

A compreensão e a participação dos usuários, profissionais e gestores envolvidos no processo de implementação de um programa interferem no alcance das metas estabelecidas por este⁽⁴⁾. Os conflitos, disputas e consensos entre estes atores fazem parte do contexto e podem levar a mudanças nos arranjos locais⁽⁵⁾. O contexto local, por sua vez, interfere no processo de implementação do programa e deve ser considerado na avaliação deste, por ser pertinente à própria análise⁽⁶⁾. Dessa forma, a estratégia metodológica privilegiada por essa pesquisa foi o estudo de caso que, segundo Yin, R.

K.⁽⁷⁾, oferece diversas possibilidades quando o foco do estudo se direciona a fenômenos contemporâneos, observáveis através de algum contexto da vida real, mas no qual não se pode manejar os procedimentos internos relevantes que estão diretamente relacionados ao estudo.

A estratégia metodológica do desenvolvimento de uma pesquisa através de estudo de caso é considerada por Denis & Champagne⁽⁸⁾, como uma estratégia de investigação favorável e promissora à análise de implementação. Essa consideração está relacionada com a possibilidade de se explicar o fenômeno estudado, apoiando-se na própria lógica da estrutura existente entre os elementos que se relacionam no interior do caso pesquisado. Esta estratégia possibilitou maior proximidade dos atores relevantes o que, por sua vez, trouxe colaborações significativas para o conhecimento da estrutura político-institucional do PBF no nível municipal e local.

Foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas com gestores das Secretarias Municipais de Assistência Social (SMAS), de Saúde (SMS) e de Educação (SME), e com profissionais de saúde e de assistência social. Além das entrevistas, participamos de reuniões de avaliação e observamos atividades do Programa, o que nos possibilitou maior aproximação dos atores-chaves na região estudada. Foram considerados atores estratégicos por esta pesquisa: os gestores municipais e locais dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, além dos profissionais e dos usuários que participam direta, ou indiretamente, do PBF na região.

O local escolhido para desenvolver este estudo de caso foi a região de Manguinhos, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, composto por 13 comunidades de baixa renda cuja maior parte (cerca de 70 %) fica dentro do bairro de mesmo, e O recorte temporal utilizado foi o período de 2005 a 2008. Além da identificação de pertencimento, as comunidades que compõem a região apresentam alguns problemas comuns, que demandam ações de políticas públicas. Destacamos como principais dificuldades: carência de serviços públicos de qualidade, problemas habitacionais, ambientais, e de infra-estrutura, baixo nível de escolaridade e de emprego entre jovens e adultos, além de graves problemas de violência.

Devido seu baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Manguinhos foi um dos primeiros bairros contemplados na assinatura do Termo de Cooperação do Programa Bolsa Família (PBF) entre o município do Rio de Janeiro e o Governo Federal, em maio de 2004. A partir do estudo sobre a implementação do PBF em

Manguinhos, algumas indagações nos inquietaram e auxiliaram nossa pesquisa. Como vem sendo desenvolvida a intersetorialidade entre os atores relevantes do PBF na região de Manguinhos? Quais as redes construídas entre eles, quais os nós críticos dessas redes e como elas se entrelaçam?

Com foco na análise das possibilidades e limites de convergência das ações públicas desenvolvidas entre os parceiros locais, esta pesquisa pretende contribuir para a reflexão sobre a construção da intersetorialidade no enfrentamento das questões sociais em áreas pobres de grandes metrópoles como o Rio de Janeiro. E, também, colaborar para o debate em torno de políticas de enfrentamento e combate à pobreza trazendo para esse debate as seguintes questões:

- Quais as possibilidades de construção de ações sinérgicas através da convergência de políticas públicas no enfrentamento das questões sociais em áreas pobres de grandes metrópoles como o Rio de Janeiro?
- Quais as possibilidades de avanços das políticas sociais no processo de implementação local, através da criação de redes sociais?
- Como um programa como o PBF, que tem como eixo o combate à pobreza, pode contribuir no desenvolvimento de ações integradas para o alcance de suas metas no nível local?
- Existem mecanismos de incentivo ao desenvolvimento de ações intersetoriais e desenvolvimento de redes sociais solidárias no nível local do PBF?
- Quais as principais contribuições da estrutura institucional do PBF no desenvolvimento de parcerias e construção da intersetorialidade no âmbito das ações locais? ~~Existem mecanismos de incentivo ao desenvolvimento de ações sinérgicas entre as políticas sociais na implementação local do PBF?~~

Nesta perspectiva o projeto aqui desenvolvido foi estruturado em cinco capítulos, além da Introdução: A Interseccionalidade no campo das Políticas Sociais no Brasil: reflexões e aprendizados; A Abordagem Metodológica; O Programa Bolsa Família e o Contexto Local; Desafios e Possibilidades para a Interseccionalidade – a experiência de Manguinhos; e a Conclusão. No primeiro capítulo abordamos a questão da interseccionalidade enquanto uma estratégia em permanente construção, sua trajetória

no âmbito das políticas sociais no Brasil, sua pertinência nos programas de transferência de renda, e o processo destes até a convergência no Programa Bolsa Família. O segundo capítulo apresenta os marcos conceituais que orientaram o processo de avaliação, a estratégia metodológica escolhida, os atores considerados relevantes (atores-chave), e as etapas da pesquisa. No terceiro capítulo apresentamos a implementação do PBF no Município do Rio de Janeiro, com suas características e estruturas. Procuramos, também neste capítulo, descrever o contexto de Manguinhos e discutir o desenvolvimento de ações intersetoriais complementares no âmbito da implementação do Programa naquela região. O quarto capítulo descreve as estruturas técnico-administrativas do Programa na cidade e seus processos endógenos e exógenos de comunicação e veiculação de informações, destacando três mecanismos: o *Grupo Intergestor*; o *Grupo Descentralizado*; e os sistemas de informação. Neste mesmo capítulo também apresentamos os possíveis incentivos à intersetorialidade no PBF e a ausência destes em alguns processos organizativos locais do Programa. Ainda neste mesmo capítulo, abordamos a questão da intersetorialidade entre os atores-chave no processo de implementação do BF em Manguinhos, principalmente em relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde; e às parcerias, e participação em espaços e ações coletivas. E, por fim, nossa conclusão a partir de reflexões em relação aos limites e possibilidades para a construção de ações intersetoriais no âmbito de um programa social governamental como o Bolsa Família, tendo como referência o contexto local de Manguinhos, no Rio de Janeiro.

CAPÍTULO I – A INTERSETORIALIDADE NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: REFLEXÕES E APRENDIZADOS

A intersetorialidade, em linhas gerais, pode ser compreendida enquanto uma estratégia que permite a comunicação, a interação e o compartilhamento de saberes e de poder entre diferentes setores em torno de metas ou objetivos comuns. Mas, de fato, pode se traduzir em objetivo a ser alcançado, através de um processo não linear, onde muitas vezes estarão presentes conflitos de interesses que interferem, inclusive, na definição das metas. Como estratégia política, construída historicamente, se traduz muitas vezes num processo desafiante, que pode assumir diferentes dimensões definidas por estruturas político-administrativas, conjunturas socioeconômicas e contextos regionais, além da interferência dos atores envolvidos.

Este capítulo está dividido em três partes. Inicialmente trataremos do tema da intersetorialidade, procurando elencar algumas formas de conceituação do termo com foco nas políticas sociais. No segundo momento, nossa proposta é acompanhar o surgimento da questão da intersetorialidade no âmbito das Políticas Sociais no Brasil a partir dos anos 80, identificando experiências, sobretudo nos programas federais de transferência de renda. Ao final, buscamos compreender como a Intersetorialidade está colocada no Programa Bolsa Família.

I.1 Intersetorialidade: uma estratégia em construção

Refletindo sobre os problemas e as demandas sociais, e o desenvolvimento de políticas públicas efetivas que se traduzam em resultados positivos para a população, reportamo-nos às palavras de Junqueira⁽⁹⁾:

A complexidade dos problemas sociais exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade.

A discussão proposta por Junqueira aponta a intersetorialidade como resultante da integração de recursos e ações em torno da resolução de problemas sociais, superando a fragmentação imposta por serviços vinculados a cada política social

separadamente. A intersetorialidade, assim, constitui-se numa articulação em torno de objetivos comuns, que deve influir no planejamento, na execução e no controle da prestação de serviços coletivos numa determinada região ou local.

Avançando nesta reflexão, Burlandy⁽¹⁰⁾ destaca a diferença entre a multisetorialidade e a intersetorialidade enquanto níveis diferentes de articulação entre setores governamentais. No primeiro os setores permanecem distintos, com suas próprias estruturas, recursos e metas, ainda que numa perspectiva macro-setorial voltada para um grande objetivo governamental. No nível da intersetorialidade os setores integram suas ações em torno de objetivos comuns mais amplos, somando esforços para atuar de forma mais sinérgica e estratégica diante da complexidade dos problemas.

No âmbito do debate promovido pela REDE UNIDA a intersetorialidade é considerada um processo difícil, não espontâneo, que está constantemente em construção e para o qual necessita haver determinação e empenho. Uma vez que envolve "saberes, poderes e vontades diversas, para enfrentar problemas complexos"⁽¹¹⁾, exige capacidade de negociação e de flexibilidade para que os conflitos sejam trabalhados, ao mesmo tempo, em que são respeitadas as particularidades e as contribuições de cada setor envolvido.

A idéia de integrar regionalmente as políticas públicas, tecendo coletivamente uma rede de colaboração entre as ações sociais, tem estado presente no debate sobre intersetorialidade. Segundo Inojosa⁽²⁾, a intersetorialidade pode ser melhor compreendida como uma expressão do campo das políticas públicas, através do conceito de transetorialidade ou de sinergia entre ações. Essas ações sinérgicas, articuladas numa construção de rede de colaboração social requerem liderança, base regional, construção de planejamento participativo, e elaboração conjunta de orçamento.

O atendimento às necessidades sociais em torno de melhor qualidade de vida tende a conjugar múltiplos esforços de modo que, ações fragmentadas e sem integração com as diferentes demandas que se apresentam numa determinada realidade, comprometem o alcance de resultados. Para garantir maior efetividade das experiências é necessária a permanente troca, articulação e complementaridade de saberes e de práticas nos processos de planejamento com base territorial e populacional, através da construção da intersetorialidade na estrutura governamental. Nessa perspectiva, algumas ações e práticas devem ser priorizadas, tais como⁽²⁾:

- Criar uma nova forma de pensar integrando a diversidade, para alcançar a complexidade das demandas sociais;
- Transformar politicamente a estrutura das políticas públicas – historicamente dicotomizadas e manipuladas por uso eleitoral e de grupos de interesses – promovendo a inclusão social, em busca da equidade;
- Planejar de forma regional e reflexiva, incluindo a participação social, na busca de atender as necessidades locais;
- Enfrentar as questões sociais trabalhando em redes de compromisso, em torno das quais sejam articuladas instituições, pessoas e organizações.

Segundo Draibe⁽¹²⁾ “A integração dos programas deve constituir diretriz forte de reorganização dos serviços sociais sob as novas concepções de políticas”. A política social deve ser concebida enquanto um sistema que agrega ações e programas sociais continuados que atingem diferentes dimensões das desigualdades no presente, e que trazem, ao mesmo tempo, repercussões no futuro, com o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza. Essas áreas podem ser contempladas com políticas de seguridade, saúde, educação, saneamento, transportes, cultura, esportes, investimento em capital humano, programas de geração de empregos e outras.

Considerando-se que através da intersetorialidade pode-se trabalhar demandas e interesses sociais coletivos de forma sinérgica, as cidades, bairros, comunidades e demais regiões, que se caracterizam em territórios com necessidades sociais comuns, podem ser beneficiadas pela articulação e integração de ações políticas locais, regionais, nacionais e internacionais voltadas para seus cidadãos. A participação direta de atores locais no processo de implementação de uma política, tornando-a mais próxima das necessidades mas, ao mesmo tempo, respeitando a cultura e os valores regionais, pode contribuir para que as diferenças encontradas não se tornem desigualdades, ou aprofundem as existentes.

Em torno de objetivos mais amplos e comuns baseados na justiça social setores sociais (governo, sociedade civil organizada, comunidade, organizações não governamentais-ONGs, lideranças políticas, etc.) devem unir seus esforços, desenvolvendo ações intersetoriais de forma conjunta. No âmbito da Organização

Mundial de Saúde, em relatório sobre avaliação de experiências mundiais com ações intersectoriais em saúde⁽¹³⁾ estas são entendidas como uma forma estratégica de atuar junto aos determinantes sociais de saúde, que demandam múltiplas atividades em diferentes áreas, objetivando alcançar qualidade na saúde humana. As ações intersectoriais se desenvolvem em ambientes dinâmicos e democráticos, e envolvem diferentes atores em parcerias e coligações, dentre os quais se destacam as comunidade e a sociedade civil organizadas, na busca por soluções novas para as suas prioridades e necessidades. As propostas de soluções são construídas coletivamente, podendo ser regulamentadas através de leis e normas, e implementadas através de políticas, programas de ação e uma gama de atividades delineadas coletivamente, através de um planejamento conjunto. Partindo desses pressupostos essas soluções, por sua vez, podem influir na formulação, na implementação, na avaliação e no monitoramento das políticas sociais, seja na dinâmica local, regional, nacional e internacional.

No âmbito do debate em torno da Política Nacional de Promoção da Saúde⁽¹⁴⁾ a intersectorialidade é compreendida como “uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”¹. Considerando o processo saúde-adoecimento como consequência de múltiplos aspectos relacionados às necessidades de pessoas e de grupos sociais no alcance de qualidade de vida, compor e desenvolver políticas públicas de forma convergente, tende a colaborar no enfrentamento das questões sociais de maneira mais integrada, mais complexa e com maiores chances de resultados positivos para a saúde da população.

Entretanto, uma proposta de integração social regionalizada e descentralizada, baseada na equidade e na justiça social, evidencia a necessidade de articulação em torno de um planejamento conjunto, em detrimento da prática setORIZADA. Dessa forma a população deixa de ser tratada como passiva, para assumir uma participação ativa e organizada na defesa de seus direitos sociais, e na identificação e solução dos problemas que mais a afligem. Porém, esse processo envolve mudanças de valores, de cultura organizacional e política – entre os diversos atores que participam das instituições, grupos sociais e órgãos governamentais envolvidos –, além de estratégias capazes de contornar possíveis resistências daqueles que vêm seus interesses particulares contrariados⁽¹⁵⁾.

I.2 A Intersetorialidade no âmbito das Políticas Sociais no Brasil a partir dos anos oitenta

No campo de combate à pobreza, por muito tempo os programas federais no Brasil apresentaram como principais características: centralização no governo federal; fragmentados programas sociais e ações descontínuas; forte tradição clientelista; e pouca efetividade nos resultados apesar do volume de recursos aportados⁽¹⁶⁾. A discussão sobre intersectorialidade nas políticas sociais no Brasil ganha vigor com o debate sobre descentralização política, reorientação da gestão, participação social e convergência de ações públicas. Esse debate se destacou na agenda das políticas públicas no Brasil e na América Latina, a partir do processo de redemocratização dos anos 80⁽¹⁾.

O processo de redemocratização no Brasil envolveu a participação de diversos setores sociais, na discussão de temas em torno de reformas estruturais e institucionais para as políticas públicas, com embates e disputas de interesses, muitas vezes corporativos, envolvendo a ampliação e a universalização de direitos sociais. Este movimento culminou na Constituição Federal de 1988, que significou um avanço na área da proteção social e ampliou os direitos sociais ao instituir a Seguridade Social – composta pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social⁽¹⁷⁾.

Este movimento por democracia política reforçou no Brasil e na América Latina, principalmente nos países que passaram por regimes autoritários, o movimento pela democracia baseada na equidade social. Em relação à estrutura institucional das políticas sociais, o movimento pela democratização significava descentralização e transparência da execução e oferta dos serviços para a população, participação social, ampliação de construção de parcerias entre setores públicos, privados e organizações não governamentais⁽¹²⁾.

É importante diferenciar a proposta brasileira e latino-americana de descentralização das políticas públicas, da proposta de descentralização dos países capitalistas avançados. A proposta latino-americana desenvolvida na década de 80 associava descentralização ao processo de reestruturação democrática do Estado que, sob governos autoritários mantinham, até então, alto grau de centralização política e administrativa⁽¹⁸⁾.

A partir da Constituição de 1988 os estados e municípios do Estado brasileiro passaram a ser, de fato, entes federados politicamente autônomos, mas o processo de descentralização das políticas sociais não ocorreu automaticamente. Estes processos, segundo Arretche⁽¹⁹⁾, dependem de certas condições políticas, fiscais, administrativas e econômicas para cada política em particular, além das disposições constitucionais. Na formulação das políticas devem ser estabelecidos os requisitos institucionais necessários, para que governos locais possam assumí-las. As condições estruturais e a capacidade administrativa dos governos locais, além da capacidade fiscal, vão interferir na adesão de cada política, nos diversos estados e municípios brasileiros. Em sua grande maioria, os municípios brasileiros são de pequeno porte e, tradicionalmente dependentes dos governos estadual e federal, para o fornecimento de serviços sociais. Por isso, além da existência de programas descentralizados com regras próprias de operação, são necessárias ações deliberadas de estruturação institucional local que incluam mecanismos de incentivos atrelados a cada política.

No curso do processo de redemocratização, descentralização decisória e promoção de maior efetividade das ações públicas nos anos 80, também, cresceu a discussão sobre as ações intersetoriais no âmbito das políticas públicas, como estratégia fundamental para a efetividade das ações⁽²⁰⁾. Draibe⁽¹⁶⁾ destaca que na década de 80 ocorreu o primeiro de dois ciclos de reformas nas políticas sociais brasileiras, em meio à instabilidade econômica e um intenso processo de redemocratização. Culminou com a Constituição de 1998, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo o direito universal à saúde pública e de qualidade, e o Sistema de Seguridade Social, com a previsão de recursos orçamentários para as áreas de saúde, assistência e previdência social. Este primeiro ciclo desdobrou-se até 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que colocou a política de Assistência Social em novos patamares das políticas públicas no Brasil, buscando superar sua histórica e tradicional concepção assistencialista.

No “Parágrafo único” do Art. 2º, do CAPÍTULO I (das Definições e dos Objetivos) a LOAS⁽²¹⁾ reorganiza a Política de Assistência Social e coloca a questão social como tema de direito, ao mesmo tempo em que torna visível seu compromisso com a intersetorialidade, através da orientação para a integração da assistência social com as demais políticas setoriais:

A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

E como bem registra o IPEA em seu documento sobre Assistência Social e Segurança Alimentar⁽²²⁾:

A LOAS desenha uma política integrada e descentralizada, constituída, nas três esferas de governo, por órgãos gestores e por instâncias deliberativas de natureza colegiada. Determina ainda o comando único por esfera de governo e institui instrumentos de planejamento, gestão, financiamento e controle social. Entre eles destacam-se, além da criação dos Conselhos e Fundos de Assistência Social, bem como as Conferências Nacionais.

O segundo ciclo de reformas nas políticas sociais brasileiras a que se refere Draibe⁽¹⁶⁾ ocorreu na segunda metade dos anos 90, num contexto bem diferente, mas não menos complexo de reformas institucionais, solidificação do processo democrático, ajuste fiscal e estabilização da economia. Este ciclo ficou marcado principalmente pela estruturação institucional, financeira e organizacional das políticas públicas no governo federal, no período do presidente Fernando Henrique Cardoso (iniciado em janeiro de 1995).

Apesar da tendência de descentralização da América Latina, reforçada pelas propostas de reforma do Estado, este processo não é simples. Para a descentralização avançar de forma concreta, cada política precisa de um núcleo capaz de coordenar continuamente sua condução. Isso inclui criação de competências e encargos nas demais esferas de governo, capacitação administrativa dos níveis locais para a execução dos programas, além da descentralização fiscal e do desenvolvimento de sistemas de informação, monitoramento e avaliação. A qualificação da descentralização político-administrativa significou no Brasil a criação de novas estruturas e recursos de financiamento e execução das políticas públicas, nos 3 níveis de gestão governamental⁽¹²⁾.

Da mesma forma que a descentralização das políticas públicas não significa por si só democratização da estrutura do Estado, nem o fim do clientelismo, a

intersectorialidade não é um fim em si mesma, nem a garantia automática de desenvolvimento social. Mas, a descentralização pode ser um meio de colaborar com a democratização das políticas sociais, aumentando a participação social e transferindo para as instâncias mais próximas dos cidadãos o poder de influenciar nas decisões e na vida das políticas. E a intersectorialidade também pode promover a inclusão social, atendendo de forma sinérgica as necessidades desses cidadãos. A vinculação da descentralização das políticas públicas à intersectorialidade, constrói uma nova forma de orientar a institucionalidade pública⁽¹⁸⁾.

I.3 Trajetória recente da Intersectorialidade nas Políticas Sociais no Brasil

No Brasil e na América Latina, em meio ao debate que envolvia a construção de alternativas de intervenção social com perfil descentralizado e ampliação da participação social, teve início o movimento por Cidades Saudáveis. A filosofia de ambientes saudáveis construída na década de 70 no campo da promoção da saúde no Canadá, que orientou e se fortaleceu com a *Carta de Ottawa*² (Canadá – 1986), acabou se constituindo também numa estratégia para se alcançar saúde com qualidade de vida. Difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em diversos países do mundo, este movimento se iniciou no Brasil na década de 90, sob a denominação de *Municípios Saudáveis*³. Tendo como base a ação intersectorial e a participação social, aqueceu a discussão sobre a reestruturação dos processos de formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas sociais, em torno da busca de saúde para todos.

Tal discussão colocou na ordem do dia propostas de mudança no planejamento, no processo de trabalho e na gestão municipal, voltada para as necessidades sociais locais. Neste sentido Westphal e Mendes⁽¹⁵⁾, ao discorrerem sobre a proposta de Cidades Saudáveis, destacam as experiências brasileiras exitosas de Fortaleza e Curitiba. Com modelos organizacionais diferenciados, apesar das múltiplas resistências e dificuldades que encontraram, estas cidades comprovaram a viabilidade e a eficiência da intersectorialidade e da interdisciplinaridade como base para um desenvolvimento econômico e social mais igualitário.

Em relação ao combate à fome e à pobreza, na década de 90 se estruturou no país uma proposta de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de caráter político e

intersectorial, buscando, dessa forma, integrar e potencializar as ações desenvolvidas e os recursos disponíveis nos diversos setores governamentais⁽¹⁰⁾. Foi anunciado em 1993 o Plano de Combate à Fome e à Miséria pela Vida (PCFM), criado como um Plano de Prioridades Sociais (PPS) no período da Nova República (1985 e 1986). Este plano focava na atuação emergencial da pobreza a partir de programas existentes e recursos disponíveis, e era coordenado pelo recém criado Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). Ainda que sua duração tenha sido curta e seus resultados tenham sido pouco expressivos, o PCFM teve grande importância em relação à mobilização social que criou em torno das questões que defendia⁽²³⁾.

Em 1995 foi extinto o CONSEA, de caráter consultivo e cuja composição era em sua maioria não-governamental, que propunha ações no combate à fome e à miséria, e a promoção da segurança alimentar e nutricional como prioridade nacional. No seu lugar foi criado o Conselho *Comunidade Solidária* (CS), no âmbito do governo federal, que se fundamentava nos princípios da solidariedade, da parceria – com a iniciativa privada, organizações da sociedade civil e voluntariado – e da descentralização e articulação das ações públicas, para o enfrentamento da pobreza nas regiões mais carentes do Brasil⁽²⁴⁾.

Dessa forma, na década de 90 o debate sobre ações sociais desenvolvidas pelas políticas públicas federais, que trazia em seu bojo a discussão sobre a integração entre os setores, ganhou espaço para se desenvolver. A proposta da CS em 1995, num esforço de descentralização dos programas e ações sociais, sinalizava para a promoção do processo de transferência da intervenção social para o nível local dos municípios e/ou regiões carentes⁽⁵⁾. Indicando o desenvolvimento de parcerias entre a sociedade organizada, técnicos especializados e os três níveis de governo — federal, estadual e municipal —, em seu desenho original, o *Comunidade Solidária* “é um condomínio de múltiplos objetivos, no qual coabitam programas emergenciais e programas de combate às causas da perpetuação da pobreza”⁽²⁴⁾.

Desenhado sob um modelo de rede, tal proposta além de envolver os três níveis de governo, envolvia também cinco instâncias de interlocução permanente e catorze programas executados por cinco ministérios (Saúde, Educação, Agricultura, Trabalho, Planejamento), divididos em seis áreas de atuação (conforme Quadro I) que deveriam ser desenvolvidos nos municípios selecionados por seu Conselho Consultivo. Este era nomeado pelo Presidente da República e era composto por dez ministros de estado (Agricultura e Abastecimento, Assistência Social, Educação e Desportos, Esportes,

Fazenda, Justiça, Planejamento e Orçamento, Previdência Social, Saúde, e Trabalho), além do Ministro Chefe da Casa Civil, o titular da Secretaria Executiva do CS e vinte e uma personalidades sociais. Propunha, ainda, a participação e a mobilização da sociedade através da criação de conselhos ou comissões setoriais e regionais e, para atender às diversidades locais, enfatizava a descentralização e a flexibilização das estruturas⁽⁵⁾.

Em entrevista ao Portal do Voluntário⁽²⁵⁾ Dra. Ruth Cardoso destaca a proposta da criação da CS através da articulação de projetos sociais em rede, para a intensificação da troca de experiências, de recursos e de capacidades dos diversos setores sociais parceiros e envolvidos na luta contra a pobreza e no fortalecimento da cidadania. Descreve, também, os cinco princípios básicos da Comunidade Solidária (CS), do qual foi presidente do Conselho Consultivo⁽²⁵⁾:

... o fortalecimento das capacidades de pessoas e comunidades para atuar como agentes de seu auto-desenvolvimento; o direcionamento dos projetos para as áreas geográficas e setores mais pobres da população; a parceria entre múltiplos atores, públicos e privados, como estratégia para ampliar os recursos investidos na área social; a descentralização e participação da comunidade como condição para uma maior eficiência e sustentabilidade das ações; e o monitoramento e avaliação para medir custos e resultados bem como facilitar a replicação dos programas em larga escala.

A proposta de rede desenvolvida pela CS, segundo Burlandy⁽²⁶⁾ aponta para relações lineares de interdependência, associação e cooperação entre os atores envolvidos tanto nos processos de formulação, quanto no de planejamento das diversas ações desenvolvidas, fortalecendo o compartilhamento e a complementação das capacidades, recursos e potencialidades.

Quadro I

Programas da Agenda Básica da *Comunidade Solidária*, executados pelos Ministérios da Saúde, Educação, Agricultura, Trabalho e Planejamento.

Áreas de Atuação	Programas
1. Redução da Mortalidade na Infância	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Combate À Desnutrição Infantil (“Programa do Leite”); • Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); • Programa Nacional de Imunização (PNI); • Programa de Saneamento Básico da Fundação Nacional de Saúde;
2. Suplementação Alimentar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA); • Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE);
3. Apoio ao Ensino Fundamental	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Cesta de Saúde do Escolar; • Programa Nacional de Transporte Escolar (PNTE); • Programa Nacional de Cesta de Material Escolar; • Programa de Educação Infantil; • Programa TV Escola;
4. Apoio a Agricultura Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF); • Programa Nacional para o Desenvolvimento de Energia nos Estados e Municípios (PRODEEM);
5. Geração de Emprego e Renda e Qualificação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER); • Programa Nacional de Educação Profissional (PLANFOR);
6. Desenvolvimento Urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Habitar-Brasil; • Programa de Ação Social em Saneamento (PASS).

Fonte: Vellozo⁽⁵⁾

No segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1999 – 2002), paralelamente à continuidade da expansão da Política de Assistência Social que ocorreu no primeiro mandato, o programa *Comunidade Solidária* teve seu principal eixo público de intervenção redesenhado. O novo programa, denominado *Comunidade Ativa*, foi criado com a proposta de promover o desenvolvimento social através da implementação de programas de desenvolvimento local integrado e sustentável nos municípios brasileiros mais carentes, junto com o SEBRAE (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas), articulando ações do governo e parcerias com a sociedade organizada^(22; 27; 28; e 29).

Antes que fossem encerradas as atividades do Conselho da Comunidade Solidária – o que ocorreu no ano de 2002 – e para dar continuidade às suas propostas de cidadania e articulação social foi criada, no ano de 2000, a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) *COMUNITAS*. Apostando na idéia de que investimento em capital humano significa desenvolvimento, esta Organização manteve como bandeira alguns dos princípios básicos da Comunidade Solidária tais como: o trabalho em rede a partir de parcerias entre voluntários, iniciativa privada e organizações sociais; o estímulo à troca de conhecimento, experiências e habilidades; e o desenvolvimento de projetos regionalizados envolvendo recursos comunitários⁽³⁰⁾.

Segundo o discurso oficial do governo federal, orientando-se pela proposta de focalização nos mais carentes entre os necessitados no processo de descentralização das políticas sociais, no ano de 2000 foi criado o *Projeto Alvorada*, denominado *Plano de Apoio aos Estados de Menor Desenvolvimento Humano*. Em seu desenho original sua proposta era combater a pobreza, reduzir as desigualdades sociais e melhorar as condições de vida através da focalização das ações sociais nas áreas de educação, saúde e geração de renda (Quadro 2) nas regiões e microrregiões mais carentes do país. Para identificar essas áreas o critério utilizado respeitou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴ menor ou igual a 0,5 – em uma escala de 0 a 1 –, tendo como base os dados de 1991 divulgados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^(27; 31; 32; 33; 34; 35; e 36).

Desenhado a partir da idéia de uma ação coordenada entre vários ministérios e órgãos públicos federais, e parceria entre os governos federal, estaduais e municipais, organizações internacionais e a sociedade civil, com financiamento através de recursos

exclusivos do Tesouro Nacional, o *Projeto Alvorada* tinha como proposta articular as seguintes ações, conforme o Quadro 2^(32; 38; 39):

Quadro 2
Projeto Alvorada – Áreas, Ações e Programas articulados

ÁREAS	Ações e Programas
Educação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alfabetização Solidária; ✓ Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano; ✓ Água na Escola; ✓ Apoio ao desenvolvimento do ensino fundamental e educação de jovens e adultos; ✓ Apoio ao ensino médio; ✓ Bolsa Escola; ✓ Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI;
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bolsa Alimentação; ✓ Humanização do parto e redução da mortalidade materna e neonatal; ✓ Saneamento Básico; ✓ Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde;
Geração de Renda	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoio a agricultura familiar; ✓ Combate a Pobreza Rural nos Estados do Nordeste; ✓ Energia das pequenas comunidades; ✓ Infra-estrutura turística (sustentabilidade ao turismo no Nordeste); ✓ Programa Nacional de Geração de Emprego e Renda em Áreas de Pobreza; ✓ Promoção do desenvolvimento do estado de Tocantins;

Fontes: Projeto Alvorada, 2002, disponível <http://www.mds.gov.br/relocrys/alvorada/apresentacao.htm#1> e PSDB “*Projeto Alvorada: ação onde o Brasil é mais pobre*”, in “Brasil 1994-2002, A Era do Real”, pp. 63-70, 2002, disponível https://www2.psdb.org.br/biblioteca/era_do_real/04.pdf

O desenvolvimento do *Projeto Alvorada*, a aprovação do Fundo de Combate à Pobreza e o apoio do *Cadastramento Único*⁵ segundo Draibe⁽²⁷⁾ foram fundamentais para a estruturação de um novo Programa, no biênio de 2001-2002, diferente do anterior e denominado de *Rede de Proteção Social*. Lançado durante o processo eleitoral de 1998, enquanto proposta de concentração de recursos para atender situações de risco e de vulnerabilidade social da população de mais baixa renda, a *Rede Social* não chegou a ser implantada por completo. Em seus esforços iniciais buscou coordenar os seguintes programas: *Bolsa-Escola* (MEC); *Bolsa-Alimentação* (MS); *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil* (Peti) (MPAS); *Programa do Agente Jovem* (MPAS); *Bolsa-Qualificação* (MT); *Benefício Mensal/BPC – Idoso e Portadores de Necessidades* (MPAS); *Renda Mensal Vitalícia* (MPAS); *Bolsa-Renda – Seguro-Safra* (MA); *Auxílios* (MME); *Aposentadorias e Pensões Rurais* (MPAS); *Abono Salarial PIS/PASEP* (CEF); *Seguro-Desemprego* (MT)^(27; 39).

Com a mudança no governo federal, a partir da eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para Presidente da República, foi lançado um novo programa social que apresenta um conjunto de ações no âmbito do combate à fome, à desnutrição e à pobreza envolvendo todos os Ministérios e denominado *Programa Fome Zero*⁶. Este novo programa federal foi lançado em janeiro de 2003, junto com a instalação do CONSEA⁷ – Conselho Nacional de Segurança Alimentar que tem o caráter consultivo. Entre outras ações estratégicas entre governo e sociedade, este Conselho também tem a função de “assessorar o Presidente da República na formulação de políticas e na definição de orientações para que o país garanta o direito humano à alimentação” (site oficial) trazendo contribuições, inclusive, no âmbito do Programa Fome Zero.

Incorporando alguns programas e ações federais anteriores – incluindo os programas de transferência de renda – e assessorado pelo CONSEA o *Programa Fome Zero* se constituiu inicialmente no principal Programa Social do governo federal. Iniciando sua implantação por áreas-pilotos identificadas como socialmente mais vulneráveis – levando-se em consideração a renda familiar identificada principalmente através de informações declaradas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD/2001 – apresenta três frentes de ação^(40; 41; 42; e 43):

- 1) ações de solidariedade contra a fome (mutirão contra a fome);
- 2) construção de uma política nacional de segurança alimentar e nutricional;

3) combinação de políticas públicas estruturais (como emprego, renda, reforma agrária, saúde e educação) com políticas específicas (de acesso e educação alimentar), e políticas sociais locais – em associação com os demais entes federados e entidades da sociedade organizada e com o apoio do recém criado Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (incentivo à agricultura familiar, hortas urbanas, e restaurantes populares).

No escopo desta política, em fevereiro de 2003, foi lançado um novo programa de transferência de renda: o Cartão-Alimentação direcionado para famílias identificadas como pobres a partir da renda familiar *per capita* menor do que meio salário mínimo^(22; 41). Em sua apresentação pública o *Programa Fome Zero*⁽⁴⁴⁾ propôs que seus princípios de direitos de cidadania se estruturam a partir da intersetorialidade. Incentivou, também, a articulação transversal entre as políticas sociais, as medidas emergenciais e as ações estruturantes desempenhadas pelos três níveis governamentais e por organizações, lideranças e atores sociais nos seguintes eixos centrais: Acesso aos Alimentos; Fortalecimento da Agricultura Familiar; Geração de Renda; e Articulação, Mobilização e Controle Social (Quadro 3).

Para a implementação dessa proposta, foi definido pelo governo federal como necessário, o envolvimento dos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Desenvolvimento Agrário; da Saúde; da Educação; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Trabalho e Emprego; da Ciência e Tecnologia; da Integração Nacional; do Meio Ambiente; da Fazenda; além da Justiça e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Em outubro de 2003, através da Medida Provisória no. 132, o governo lançou o *Programa Bolsa Família – PBF*, unificando os programas de transferência de renda federais lançados no biênio 2001-2002 (*Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás*) e o *Cartão Alimentação do Programa Fome Zero*⁽⁴⁰⁾.

Quadro 3
Fome Zero – Eixos, Programas e ações

Eixos	Programas e ações
Acesso aos Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Bolsa Família; • Alimentação Escolar; • Alimentos a grupos populacionais específicos; • Cisternas; • Restaurantes populares; • Bancos de alimentos; • Agricultura urbana / Hortas comunitárias; • Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; • Distribuição de vitamina A; • Distribuição de ferro; • Alimentação e nutrição de povos indígenas; • Educação alimentar, nutricional e para consumo; • Alimentação Saudável / Promoção de Hábitos Saudáveis; • Alimentação do trabalhador.
Fortalecimento da Agricultura Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar • Garantia Safra; • Seguro da Agricultura Familiar; • Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar.
Geração de Renda	<ul style="list-style-type: none"> • Economia Solidária e Inclusão Produtiva; • Consórcio de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local; • Organização Produtiva de Comunidades; • Desenvolvimento de Cooperativas de Catadores; • Microcrédito Produtivo Orientado.
Articulação, Mobilização e Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Casa das Famílias – Centro de Referência de Assistência Social; • Mobilização Social e Educação Cidadã; • Capacitação de Agentes Públicos e Sociais; • Mutirões e Doações; • Parcerias com Empresas e Entidades; • Controle Social – Conselhos da área social;

Fonte: Programa Fome Zero – MDS, encontrado em: <http://www.fomezero.gov.br/>

A importância da intersetorialidade entre as ações públicas assim como é mencionada no *Programa Fome Zero*⁽⁴⁴⁾ e no *Programa Bolsa Família* também pode ser encontrada nas as principais orientações das políticas de assistência social, segurança alimentar e saúde do Brasil, e que podem ser identificadas no Regime Geral

de Gestão da Assistência Social⁽⁴⁵⁾, no Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN⁽⁴⁶⁾, na Política de Promoção da Saúde ⁽¹⁴⁾ e como uma das diretrizes estratégicas que norteiam os Eixos de Intervenção do programa “Mais Saúde: Direito de Todos”⁽⁴⁷⁾, lançado pelo Governo Federal em 2008.

I.3.a) Programas de Transferência de Renda

A discussão sobre garantia de renda mínima necessária à subsistência como uma forma sistemática de combater a pobreza ganha a agenda pública no início da década de 90, a partir da aprovação no Senado Federal do Projeto de Lei n. 80/1991 do senador Eduardo Suplicy, que criava o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM) destinado a “*todos os brasileiros residentes no país, maiores de 25 anos de idade, com uma renda que correspondesse a 2,25 salários mínimos, em valores de 2005*”^(17 - p.1431). Este debate congregou outras idéias estendendo a garantia de uma renda mínima familiar transferida de forma direta pelos governos e em espécie, articulanda com a educação, e dando origem a diversos projetos de lei estaduais e municipais, a partir de então^(17; 48).

Rocha⁽⁴⁰⁾ chama atenção para o fato de que um modalidade de transferência de renda federal de caráter assistencial já vinham sendo realizadas pelo governo desde a década de 70, através do programa *Renda Mensal Vitalícia*. Este programa era direcionado para o atendimento de idosos acima de setenta anos e portadores de deficiência de baixa renda, e foi modificado na década de 90 pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), dando origem ao Benefício da Prestação Continuada⁽⁴⁸⁾.

No bojo das questões levantadas a cerca de PGRM a transferência de renda foi apresentava como um direito de caráter universal, ou seja, um direito de todos, e não relacionado à aptidão ao trabalho. Em 1995 iniciaram-se a implementação das primeiras experiências municipais de Programas de Garantia de Renda Mínima nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto e Santos (no estado de São Paulo) e em Brasília (no Distrito Federal), com algumas características diferentes do projeto de lei do Senador Suplicy. Essas experiências se difundiram por outras cidades e estados brasileiros nos anos seguintes e, guardando algumas diferenças entre si, apresentavam como unidades beneficiárias famílias com crianças e adolescentes menores de 14 anos e em situação de

pobreza, e sinalizavam a frequência escolar como uma contrapartida familiar. Associavam, dessa forma, a transferência de renda com a educação, ou seja: uma política de caráter compensatório, com uma política estruturante, integrando à discussão dos PGRM a discussão da interrupção do ciclo de pobreza dessas famílias através da garantia da frequência escolar das crianças e adolescentes beneficiários^(17; 22).

Em 1996 foram implementados os primeiros programas de transferência de renda direta do governo federal: o BPC – *Benefício de Prestação Continuada* instituído pela LOAS – *Lei Orgânica da Assistência Social* e o PETI – *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*⁽¹⁷⁾. O primeiro começou a ser concedido em janeiro de 1996 e se destinava às pessoas que saíram do mercado de trabalho por força da idade (inicialmente 70 anos, e reduzido em 1998 para 67 anos) ou de alguma deficiência incapacitante, com renda familiar de até ¼ do salário mínimo, e que não fossem beneficiários da Previdência Social. Este benefício era gerenciado, avaliado e operacionalizado pelo INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social⁽²²⁾.

Quanto ao PETI, este surgiu em 1996 e inicialmente estava focado na erradicação do trabalho infantil relacionado a atividades perigosas, humilhantes ou insalubres, desenvolvidas por crianças e adolescentes entre sete e quinze anos, nas cidades e no campo. Segundo informa relatório do IPEA^(22 - p.97) o PETI foi implantado inicialmente

... como uma experiência piloto em 14 municípios do estado do Mato Grosso do Sul, visando a atender crianças que trabalhavam nos fornos de carvão e na colheita da erva-

mate... No ano de 1997, foi implantado nos canaviais de Pernambuco e na região saieira da Bahia, iniciando o atendimento também nos Estados do Amazonas e Goiás.

Em 1998, foi estendido para a região citrícola de Sergipe, para áreas de garimpo em Rondônia e para os canaviais localizados no Estado do Rio de Janeiro. Consolidou-se com a Portaria no 2.917, de 2000, que estabelece as diretrizes do programa e define seu objetivo, público-alvo, componentes e valor das bolsas.

No segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) foram criados três novos programas de transferência de renda descentralizados, que alcançaram a maioria dos municípios brasileiros: *Bolsa Escola*, *Bolsa Alimentação e Auxílio Gás*, transferindo para o nível federal o financiamento e a gestão dos programas

municipais da mesma modalidade, principalmente das cidades que não tinham capacidade financeira para sustentação e continuidade dos mesmos^(40; 17).

O *Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Educação – Bolsa Escola* foi criado por lei federal em abril de 2001 e regulamentado através do Decreto no 3.823, de 28 de maio de 2001. Administrado pelo Ministério da Educação e com a previsão da participação financeira da União em parcerias municipais de PGRM associados a ações socioeducativas, beneficiava famílias de baixa renda com filhos entre sete a 14 anos, estabelecendo a frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) das crianças beneficiárias como contrapartida familiar⁽⁴³⁾.

Aos municípios interessados no Programa, e para a efetivação dos repasses de recursos pela União, era necessário a assinatura do Termo de Adesão no qual constavam os compromissos firmados entre as duas partes e que incluía como uma das responsabilidades dos primeiros: “assegurar, diretamente ou em parcerias com a comunidade, a permanência das crianças na rede escolar, inclusive com ações socioeducativas de alimentação e de práticas desportivas e culturais complementares”⁽⁴⁹⁾ – p.138).

Com o foco direcionado à promoção das condições de saúde e ao combate da mortalidade infantil e à desnutrição, em setembro de 2001 foi estabelecido o Programa *Bolsa-Alimentação* (BA) – criado através da Medida Provisória no 2.206, de 10 de agosto de 2001 – administrado pelo Ministério da Saúde. Seu principal foco se direcionava a gestantes, nutrízes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, de famílias com renda per capita mensal inferior ao valor de referência fixado nacionalmente. Aos filhos e filhas de mães soropositivas do vírus da AIDS⁸ cadastradas no Programa, era facultado o direito de receber o benefício desde o seu nascimento. Como compromisso familiar o Programa estabelecia a participação em ações básicas de prevenção à saúde tais como: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, pré-natal, incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas de saúde⁽⁴⁹⁾.

Os rendimentos auferidos em programas sociais federais, inclusive temporários, além dos que eram recebidos através dos Programas Bolsa Escola, Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Seguro-Desemprego eram excluídos para efeito do cálculo da renda familiar. Com a proposta de implantação nacional, a prioridade do Programa *Bolsa-Alimentação* foram inicialmente os “quatorze estados de menor Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH) ou a microrregiões dos demais estados que apresentem IDH menor ou igual a 0,500.”^(49 – pag.136).

E em janeiro de 2002 foi criado o programa Auxílio-Gás, no âmbito do Ministério das Minas e Energias, subvencionando o consumo de gás de cozinha para as famílias de baixa renda, direcionado inicialmente às famílias beneficiárias dos outros dois Programas anteriores ⁽²²⁾. Em relação do Bolsa Escola e ao Bolsa Alimentação, Sonia Rocha^(40 – p.157) descreve:

Enquanto o Bolsa-Escola beneficiava as famílias de baixa renda com crianças em idade escolar (de 6 a 15 anos), o Bolsa-Alimentação atendia àquelas na faixa etária de até sete anos. Os dois programas tinham diversos traços comuns: utilizavam para delimitação da população-alvo um critério de renda, a saber, renda familiar per capita abaixo de meio salário mínimo; ancoravam o programa em unidades do serviço público, respectivamente, rede escolar e de saúde; e realizavam pagamento mensal diretamente ao beneficiário (preferencialmente a mãe da família) por meio de cartão magnético.

Entendendo a pobreza como uma realidade complexa, de natureza estrutural e com múltiplas dimensões, a complementação ou transferência de renda não contempla outras questões que estão intrinsecamente relacionadas com a realidade social, cultural, econômica e política da população beneficiária. Esse quadro de contorno mais amplo se reflete nas várias formas de carência, tais como a dificuldade de acesso: a serviços públicos básicos e de qualidade, à segurança, à moradia e saneamento básico, ao trabalho digno e à renda, à cultura e à qualificação profissional; e à distribuição mais equitativa da riqueza produzida socialmente⁽¹⁷⁾.

Historicamente no Brasil a pobreza vem se constituindo não somente enquanto ausência ou precariedade de renda, mas também na má distribuição da renda produzida socialmente, e na ausência do reconhecimento de direitos: direito humano à alimentação, a condições dignas de trabalho, à segurança, à educação, à saúde, etc. Soma-se à esse quadro e, muitas vezes, em consequência dele: a associação de múltiplas carências, a insegurança social de idosos e portadores de necessidades especiais, e as situações de exploração – exploração sexual de crianças e adolescentes, e do trabalho infantil⁽²²⁾. Tal realidade remete à reflexão de quais estratégias são necessárias para se articular a transferência de renda a outras ações sociais, no combate à fome e à pobreza

neste país. Nesse sentido Lavinias e Versano^(48 - p.11) relacionam aos PGRMs aos seguintes objetivos:

- a) fortalecer a cidadania, evitando a exclusão social ou reinserindo o indivíduo já excluído e rompendo com práticas clientelistas e assistencialistas; b) proporcionar condições dignas de vida à população carente, garantindo o consumo necessário à sua sobrevivência; c) dotar a população pobre de melhores condições de obtenção autônoma de renda; e d) possibilitar a dispensa do trabalho infantil, visando eliminar a transmissão da pobreza entre gerações.

Para Rocha⁽⁴⁰⁾, no entanto, os programas de transferência de renda não se direcionam para as causas da pobreza, resultando num paliativo que apenas melhora um pouco as condições de vida daqueles que estão nos critérios de pobreza dos programas, repercutindo nos índices de desigualdade de renda no Brasil. A longo prazo, eles poderão apresentar resultados positivos em relação à educação básica, com consequência no trabalho das futuras gerações. Mas, essa perspectiva, está diretamente relacionada à capacidade da política social em manter esses objetivos, e em desenvolver programas eficazes, voltados para o enfrentamento das causas estruturais da pobreza no Brasil.

Interromper o ciclo de pobreza, transferindo renda e ampliando a capacidade própria, dos que estão nesta condição, de gerarem sua própria renda – através da educação e da qualificação ao trabalho – precisa ser complementado pelas políticas sociais, através da garantia de vida digna, segundo Lavinias e Versano⁽⁴⁸⁾. No âmbito das políticas públicas este compromisso interfere no sucesso dos PGRMs, e envolve a capacidade dos diferentes níveis de governo se articularem com outros atores sociais relevantes (iniciativa privada, organizações, entidades, políticos, lideranças e indivíduos), para responder às necessidades e demandas, e oferecer serviços de qualidade para a mudança da realidade social⁽⁴⁸⁾.

Neste sentido, o Programa Bolsa Família (PBF), além da proposta de unificação dos programas de transferência de renda anteriores, traz como objetivos combater a pobreza e a fome, estimular a emancipação econômica e promover o acesso aos serviços públicos e à intersetorialidade entre as políticas públicas. O PBF foi criado em outubro de 2003, através de medida provisória, no primeiro ano do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, convertido em lei federal e regulamentado no ano seguinte. Mas,

como da teoria (proposta) à prática (implementação) existe uma distância com múltiplos fatores de ordem econômica, cultural, social e política – que interferem neste processo para além da efetividade do programa – focamos nossa atenção nas possibilidades da construção de sinergia entre as ações sociais desenvolvidas e o PBF, num determinado contexto. Ou seja, buscamos identificar se existem e quais são os incentivos, instâncias e mecanismos do Programa que favorecem a intersetorialidade dentro e fora do governo e entre instâncias diferentes, na sua implementação no nível local.

I.4 O Programa Bolsa Família

Com o objetivo de unificar o Cadastro Único⁹ (“*CadÚnico*”) e os programas de transferência de renda anteriores¹⁰ o Programa Bolsa Família (PBF) acabou se tornando o de maior importância na estratégia federal do *Programa Fome Zero*^(17; e 40). O PBF propõe mudanças estruturais na gestão, acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de transferência de renda, incluindo alterações ministeriais e de coresponsabilidade entre União, estados e municípios, assim como na reorientação do *Fome Zero*^(17; e 40). A migração dos beneficiários dos programas anteriores para o Bolsa Família iniciou ano de 2004, através do recadastramento de todos que recebiam uma ou mais transferências de renda, ao mesmo tempo que a inclusão de novos cadastros no CadÚnico .

Além da promoção da segurança alimentar e nutricional, e do combate à pobreza e à fome, são objetivos básicos do PBF⁽⁵⁰⁾:

- Promover acesso aos serviços públicos, em especial saúde, educação e assistência social;
- Estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; e
- Promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

Contando com a base operacional, e tecnológica estruturada pelo programa *Bolsa Escola*, utilizada inclusive no processo de migração e recadastramento de famílias beneficiárias, o Programa Bolsa Família modificou a focalização e os mecanismos das

transferências de renda dos programas anteriores⁽⁵¹⁾. Ao criar novos critérios de elegibilidade divididos em duas faixas de renda *per capita* (“pobreza” e “extrema pobreza”) e mantendo o foco principal nas famílias com crianças, criou dois grupos de beneficiários com a correspondência de valores de transferências, contribuindo para melhor focalização da política, sobretudo em relação às famílias com maior carência. Pois, ao mesmo tempo em que prioriza as famílias com crianças e adolescentes de até 15 anos (limite de idade definido originalmente, e posteriormente ampliado para 17 anos), cria a possibilidade de famílias muito carentes receberem um benefício, mesmo na ausência de crianças e adolescentes na composição familiar⁽⁴⁰⁾.

A pesquisa do IPEA realizada em 2006 sobre a queda da desigualdade de renda no Brasil no período de 2001 à 2004, as transferências de renda do governo foram um dos cinco determinantes de renda avaliados. Esta pesquisa considerou como transferência de renda governamental: pensões e aposentadorias públicas, o Benefício da Prestação Continuada/BPC, benefícios do Bolsa Família, Bolsa Escola, e outros programas semelhantes. A contribuição desses programas, responsável por cerca de 1/3 na redução da desigualdade, está relacionada principalmente à extensão da cobertura e aos valores dos benefícios, destacando maior impacto com menor custo para o BF e o BPC. Isso foi verificado principalmente em relação à transferência de renda do PBF direcionada aos mais pobres, cujas as rendas sofreram maior impacto⁽⁵²⁾:

... as mudanças ocorridas nas transferências governamentais beneficiaram particularmente os mais pobres, sobretudo as mudanças decorrentes do Bolsa Família. Em particular, quando consideramos a medida de desigualdade dada pela razão entre a renda dos 20% mais ricos e a dos 20% mais pobres, o efeito positivo do Bolsa Família ultrapassa em muito os efeitos tanto do BPC como das pensões e aposentadorias públicas.

Outra medida do governo federal efetiva na unificação dos programas de transferência de renda existentes no país e na ampliação do alcance de beneficiários, que colabora para o desenvolvimento de parcerias intersetoriais aumentando o impacto dos programas e ações de combate à pobreza e à fome, destacada por Silva⁽¹⁷⁾, foi a criação do Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome – MDS em janeiro de 2004, substituindo o Ministério da Assistência Social e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome da administração federal anterior. Com a criação deste ministério foi possível agregar em torno dele ações e programas sociais

focalizados para os mais necessitados, num esforço concentrado de desenvolver ações complementares, principalmente envolvendo o PBF.

O PBF é um programa de transferência de renda condicionada direcionado às famílias consideradas em situação de “extrema pobreza” e de “pobreza” – definido como renda mensal *per capita* de até R\$ 69,00 (sessenta e nove reais), e de R\$ 69,01 (sessenta e nove reais e um centavo) a R\$ 137,00 (cento e trinta e sete reais)¹¹ respectivamente – que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre zero e doze anos e adolescentes até 17 anos. Os benefícios em espécie são entregues aos responsáveis familiares, através de contra-apresentação do cartão magnético do próprio Programa, nas agências da Caixa Econômica Federal. Dependendo da renda *per capita* familiar e do número de crianças e adolescentes em sua composição, as transferências serão compostas por benefícios básicos e/ou variáveis.

As famílias que se encontram na faixa de renda de extrema pobreza recebem o benefício básico de R\$ 62,00 (sessenta e dois reais), independente da composição familiar. Caso tenham crianças e/ou adolescentes na escola de 0 a 17 anos recebem, também, benefícios variáveis. Estes são compostos da seguinte forma: a cada criança ou adolescente entre 0 e 15 anos, essas famílias recebem R\$ 20,00 (vinte reais) por cada um, até no máximo três; e por cada adolescentes de 15 a 17 anos a família recebe R\$ 30,00 (trinta reais) – Benefício Variável Vinculado ao Adolescente/BVJ⁽⁵⁴⁾ – até no máximo dois benefícios. Já as famílias que se encontram na faixa de renda de “pobreza” recebem somente os benefícios variáveis, dependendo do número de crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos em sua composição.

Para a manutenção mensal do benefício, são exigidas contrapartidas das famílias em relação à educação e à saúde. Essas contrapartidas, chamadas de “condicionalidades” pelo Programa, são acompanhadas nas unidades de atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS (incluindo o Programa Saúde da Família – PSF) e nas escolas de ensino fundamental e médio (rede pública e privada). A contrapartida da educação se refere à exigência do cumprimento de 85% (oitenta e cinco por cento) de frequência escolar para as crianças e adolescentes de 06 (seis) a 15 (quinze) anos de idade, e de 75% (setenta e cinco por cento) para os adolescentes de 16 (dezesesseis) e 17 (dezesete) anos de idade. Semelhantes às ações do antigo programa Bolsa Alimentação⁽⁴⁹⁾, as exigências dirigidas às famílias beneficiárias do PBF em relação à saúde, são:

- Manutenção do calendário de vacinação em dia;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até 07 anos;
- Acompanhamento do pré-natal;
- Participação em atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável.

Para que tenham condições de atender essas contrapartidas, as famílias beneficiárias precisam ter a garantia do acesso e da prestação desses serviços, o que é contratualizado entre o município que assina o Termo de Adesão do PBF e a União. Esses serviços, no entanto, nem sempre são oferecidos de forma contínua e acessível, gerando uma série de dificuldades que são enfrentadas por essas famílias e que acaba, de certa forma, repercutindo negativamente no monitoramento das condicionalidades. Porém, as famílias com crianças e/ou adolescentes até 17 anos, que descumprirem as condicionalidades, receberão: desde uma advertência do MDS por escrito, passando por um bloqueio da transferência por 1 a 3 meses, podendo chegar, até mesmo, à suspensão do benefício. Ou seja, as famílias que não têm no sistema do BF o registro de que cumpriram as condicionalidades da saúde, e/ou da educação, independente do motivo, podem se tornar duplamente vítimas da desigualdade social na oferta de recursos públicos. A razão do suposto “descumprimento” da condicionalidade pode estar relacionada com a ausência da oferta do serviço, carência de informações familiares lançadas no sistema, ou, até mesmo, por questões de falta de segurança para as crianças nos locais em que residem, ou questões internas da dinâmica familiar. Desrespeitando a multiplicidade e a complexidade na coleta e informação dos dados sobre o cumprimento das condicionalidades, o Programa pode caminhar na contra-mão da sua própria proposta de inclusão e promoção social, e negligenciar no atendimento das necessidades básicas das famílias beneficiárias.

O caminho percorrido pelas informações sobre o cumprimento das condicionalidades foi modificado, principalmente em relação à saúde, a partir de avaliações constantes do programa, em função de dificuldades que foram sendo identificadas em seu processo de implementação. Inicialmente, o registro das contrapartidas realizado nas unidades de atendimento das famílias, crianças e adolescentes seguiam pela estrutura administrativa setorial municipal até chegar respectivamente nas secretarias municipais de saúde e educação, onde eram

consolidados como dados municipais. Estes seguiam para o Ministério da Saúde/Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN e Ministério da Educação, respectivamente, de onde eram direcionados ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), onde eram consolidadas no nível nacional.

As informações sobre as condicionalidades da saúde podem ser inseridas diretamente no sistema de informação próprio do PBF na página do SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional, no Ministério da Saúde, nas unidades básicas de saúde do SUS que tenham computador com acesso à internet. Após a implantação desse sistema, a unidade de saúde pode lançar as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades direto no formulário eletrônico correspondente a cada família. Mas, essa atualização requer da unidade de saúde recursos técnicos, logísticos e humanos que alguns municípios não dispõem, ou dispõem parcialmente. Consequentemente, esse sistema de transmissão de informações ainda não foi implantado em todos os municípios brasileiros, nem muito menos em todas as unidades básicas de saúde, principalmente diante da desigualdade da distribuição da riqueza nacional, além das diferenças políticas e contextuais que interferem na implementação local do Programa.

Em nível ministerial a estrutura organizacional do PBF é composta pelo Conselho Gestor do Programa Bolsa Família – CGPBF, de caráter deliberativo e intersetorial, vinculado e presidido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS⁽⁵³⁾. Este conselho é composto pelos titulares do MDS; do Ministério da Educação; do Ministério da Saúde; do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; do Ministério da Fazenda; da Casa Civil da Presidência da República; e da Caixa Econômica Federal.

Conforme regulamentação, a execução e a implementação do PBF devem ocorrer de forma descentralizada, com cooperação entre os entes federados, considerando a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social, e cabendo aos estados, municípios e ao Distrito Federal⁽⁵³⁾: Constituir coordenação, em cada um dos níveis, responsável pelas ações do PBF e composta por representantes das áreas de educação, saúde, assistência social e segurança alimentar; Promover ações que viabilizem a gestão intersetorial; Disponibilizar serviços e estruturas institucionais da

área da assistência social, da educação e da saúde; Promover o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades, de forma articulada com a União.

Aos estados cabem ações que devem ser direcionadas aos municípios visando: Promover ações de sensibilização e articulação; Disponibilizar apoio técnico-institucional; Apoiar e estimular o cadastramento no Programa; Estimular o estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições governamentais e não-governamentais, para oferta de programas sociais complementares.

Cada município tem uma meta em número de famílias pobres que deverá ser atendida pelo Programa. A metodologia para chegar à essa quantidade foi desenvolvida pelo IPEA a partir dos dados do Censo de 2000 e da PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004, ambos do IBGE¹². Faz parte da responsabilidade dos municípios e do distrito federal⁽⁵⁰⁾: Inscrever as famílias no Cadastramento Único do Governo Federal (CAD Único); Garantir apoio técnico-institucional para a gestão local do Programa; Estabelecer parcerias com órgãos e instituições governamentais e não-governamentais, para oferta de programas sociais complementares. E também, constituir órgão de controle social formalmente constituído, ou Conselho anteriormente existente, com paridade entre governo e sociedade e composto por integrantes das áreas da assistência social, da saúde, da educação, da segurança alimentar, e da criança e adolescente.

Com a proposta de ampliar a a integração dos programas de transferência de renda federais, ações e projetos sociais, e evitar a superposição e duplicidade de pagamento de benefícios o PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil foi integrado ao PBF, e seu cadastro fundido ao CadÚnico, através de Portaria do MDS em 2005⁽⁵⁵⁾. O que é explicitado por Draibe⁽⁵¹⁾ em relação do Bolsa Família, quando diz que o Programa possibilita a otimização de recursos e o desenvolvimento de ações fundamentais, a partir de seus princípios básicos: de superação da fragmentação e superposição de esforços, através da integração de ações sociais e da intersetorialidade entre políticas e programas públicos; da participação da sociedade civil organizada; e do envolvimento de estados e municípios para conjugação de esforços e recursos.

No mesmo ano de 2005 o MDS estabeleceu, também, uma forma de transferência de recursos financeiros aos municípios e Distrito Federal destinados à implementação e desenvolvimento do PBF e à manutenção e aprimoramento do

Cadastro Único de Programas Sociais – CAD-Único⁽⁵⁶⁾. Por cadastro atualizado ou incluído, os municípios passaram a receber R\$ 6,00 (seis reais). O envio dos cadastros atualizados e novos, com a validação da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania-SENARC, era considerado como prestação de contas.

Em 2006, no ano seguinte, o MDS criou o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) como apoio financeiro à gestão do PBF e do CAD Único no âmbito dos municípios, através da Portaria Nº 148⁽⁵⁷⁾. O IGD foi criado como um indicador de qualidade da gestão municipal que varia de 0 a 1, e é calculado pela SENARC – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania a partir das informações coletadas no CadÚnico e passadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Com base nesse indicador, o MDS repassa recursos financeiros aos municípios para apoio à gestão do Programa. Quanto maior o valor do IGD, maior é o valor do recurso transferido para o município.

O repasse dos recursos do IGD é feito mensalmente, através de transferência direta fundo-a-fundo de Assistência Social – do federal para o municipal – e a prestação de contas é feita anualmente pelos Fundos Municipais. Para receber os recursos do IGD o município deve ser habilitado na gestão municipal da Assistência Social, aderir ao Programa Bolsa Família, e atingir um índice mínimo no IGD (inicialmente de 0,4; e atualmente de 0,5 ou de 0,2 em cada uma das quatro taxas). O valor total do repasse é calculado através da multiplicação do índice do IGD de um município por um valor de referência nacional (de R\$ 2,50 – dois reais e cinquenta centavos, na época da sua criação) e, da multiplicação deste primeiro produto, pelo número de beneficiários do PBF naquele município. O cálculo é feito a partir de quatro variáveis que representam, cada uma, 25% do valor total do IGD e que se relacionam a: atualização da base de dados; qualidade e integridade das informações constantes no Cad-Único; informações sobre o cumprimento das condicionalidades da educação; e da saúde⁽⁵⁷⁾.

O reforço à proposta do governo federal de inter-relacionar o PBF com outras ações e projetos sociais de forma descentralizada e direcionados a famílias carentes, usando como referência a renda familiar, pode ser identificado na regulamentação do *CadÚnico*, de junho de 2007. Esta Cadastro tem abrangência nacional, se configura como “instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda”^(58 - Artigo 2º.), e deve ser utilizado obrigatoriamente nos programas sociais do governo – com exceção dos programas gerenciados pelo

INSS/Instituto Nacional do Seguro Social – integrando-os entre si e com as políticas que dele se utilizam.

Cada indivíduo cadastrado recebe um número de identificação social, e cada família pode ser composta por um ou mais desses indivíduos, e/ou “*ampliada por outros que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio*” (58 - Artigo 4º.). O responsável pela família deverá ter mais de dezesseis anos de idade e ser, preferencialmente, mulher. Podem se cadastrar famílias de baixa renda, ou famílias vinculadas a algum programa social de uma das três esferas públicas.

Neste Cadastro é considerada família de baixa renda aquela que apresenta renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo, ou renda familiar mensal de até três salários mínimos, independente dos valores utilizados como critério de inclusão nos programas e ações sociais; não podendo ser computados neste cálculo os benefícios recebidos através desses programas, sejam a nível regional e/ou federal. O CAD Único é gerenciado, e supervisionado pelo MDS em âmbito nacional, mas o cadastramento é feito diretamente no município de residência do indivíduo, ou família, devendo ser atualizado após dois anos de sua realização inicial.

Naquele mesmo ano duas novas medidas tomadas no âmbito do MDS estenderam outras ações sociais e econômicas aos beneficiários do PBF: a concessão do desconto da tarifa social de energia elétrica, quando o consumo médio mensal estiver situado entre 80kWh e 220 kWh (ou o limite regional); e o encaminhamento para o Programa Brasil Alfabetizado (PBA) de adultos e idosos, com 15 anos ou mais, e que não freqüentaram ou não permaneceram na escola.

Em março de 2008⁽⁵⁹⁾ foi criado o Índice de Gestão Descentralizada Estadual – IGDE que transfere recursos financeiros para apoio à gestão estadual do Programa Bolsa Família e do CadÚnico aos que aderirem ao Pacto de Aprimoramento da Gestão dos Estados e do Distrito Federal¹³, se comprometendo a:

- constituírem legalmente um colegiado intersetorial ou uma coordenação regular do PBF e do CadÚnico, com pelo menos um representante de cada uma das áreas de assistência social; educação; saúde; e planejamento; e
- apresentarem à SENARC proposta de ampliação do acesso à documentação civil (principalmente registro de nascimento) para a população pobre, inclusive

indígenas e quilombolas, com: “diagnóstico da situação no território; ações a serem implementadas; resultados esperados; formas de monitoramento” (59 - Art. 2º-IV).

Para que recebam os recursos do IGDE, repassados de forma direta do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS para os Fundos Estaduais de Assistência Social, os estados também têm de atingir o valor mínimo de 0,6 (seis décimos) do cálculo do Índice, além da prestação de contas anual da utilização desses recursos. O cálculo do IGDE, semelhante ao do IGD municipal é realizado a partir da soma da Taxa Cobertura Qualificada de Cadastros + Taxa de Atualização de Cadastros + Taxa de Crianças com informações de frequência escolar + Taxa de Famílias com acompanhamento da agenda da saúde, dividido por quatro⁽⁵⁹⁾.

Esses recursos são repassados bimestralmente, mas seu cálculo é mensal e se baseia no produto da multiplicação do IGDE, pelo “Teto para Transferência de Recursos Financeiros” (59 – anexo II), que para o Estado do Rio de Janeiro foi fixado em R\$ 58.430,17 (cinquenta e oito mil, quatrocentos e trinta reais e dezessete centavos). E podem ser acrescidos percentuais de incentivos relacionados ao índice de IGDE maior que 0,4 ou superior a 0,6; atualização da versão do cadastro; frequência escolar de escolas estaduais; e ampliação do registro civil e a respectiva inclusão desta população no CAD Único.

Dessa forma, e semelhante ao IGD criado para os municípios (em 2006), o governo federal institui o que podemos considerar um mecanismo de incentivo para os estados, relacionando o recebimento destes recursos à capacidade gerencial que estes desempenham junto aos seus municípios, e ao cumprimento de suas respectivas responsabilidades intersetoriais – entre as áreas de assistência social, educação, saúde e planejamento – correspondentes ao PBF e ao CAD Único. A partir da criação do IGDE os Estados são incentivados a acompanhar de forma mais próxima a atualização do CadÚnico e o monitoramento das condicionalidades de saúde e educação realizados pelos municípios que compõem sua federação, uma vez que, estes resultados interferem diretamente no cálculo dos recursos do IGDE.

O enfrentamento das diversas carências que se expressam no universo da população empobrecida e socialmente excluída requer concentração de esforços dos

agentes envolvidos nas ações sociais públicas, seja no nível local, municipal, estadual e federal, na combinação de estratégias e de pactos mais amplos. Nesse sentido, a intersectorialidade e a articulação entre as ações, programas e políticas no âmbito do Bolsa Família são fundamentais para seu próprio êxito, tornando as instituições prestadoras de serviços públicos co-responsáveis na qualidade e na maneira como atendem as famílias beneficiárias, que sofrem múltiplas carências, para além da insuficiência de renda mínima calculada pelo programa⁽⁵¹⁾.

O conjunto de diferentes e múltiplas formas de gerenciamento de problemas e soluções de um sistema econômico e social, desenvolvidas pelos atores envolvidos diretamente nesse processo, é identificado como “governança” por Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A⁽⁶⁰⁾. De caráter policêntrico a governança se desenvolve através de processos dinâmicos, sem a primazia do Estado sobre os parceiros (como instituições públicas e privadas, corporações, grupos de interesse, políticos, lideranças, organizações não governamentais e cidadãos), que atuam e se inserem a partir de diferentes níveis de poder, refletindo a estrutura social desigual.

A intersectorialidade compreendida como “uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais”⁽⁹⁾ traria grandes contribuições para o desenvolvimento de inovações em boa governança, acenando para o empoderamento dos atores de menor poder, numa perspectiva mais igualitária e de respeito aos direitos sociais. Dessa forma, a intersectorialidade pode influir em novos modelos de organização da governança, uma vez que é princípio e pressuposto de ações sinérgicas, que reúnem diferentes contribuições incluindo a participação social, em busca de metas baseadas em necessidades e demandas coletivas de determinadas realidades e contextos.

Considerando que o Programa Bolsa Família se estrutura em um modelo de gestão partilhada entre os três níveis de governo e entre políticas sociais setoriais e complementares, e que propõe o desenvolvimento da intersectorialidade e a sinergia entre as ações sociais públicas no âmbito do próprio Programa, a realização desse seu objetivo básico passa a ser, ao mesmo tempo, um objetivo estratégico para a implementação de condições favoráveis à sua efetividade. Por outro lado, ainda que signifique um avanço para a integração das políticas sociais, este é um desafio a ser encarado pelo governo federal, uma vez que a cultura federativa e político-

administrativa no Brasil está muito mais baseada em divisões hierárquicas e setoriais independentes que, na maioria das vezes, pouco se comunicam entre si.

Procuramos, através dessa pesquisa, identificar dificuldades e incentivos que agreguem de forma mais ampla ações sociais desenvolvidas pelas diferentes instâncias de governo, organizações sociais, lideranças políticas e atores relevantes, e que colaborem para o desenvolvimento da intersectorialidade no PBF, destacando:

- os mecanismos e estratégias de incentivo à intersectorialidade entre os setores público-administrativos das três instâncias de governo, no âmbito do PBF, desenvolvidos como instrumentos efetivos na gestão do Programa;
- as condições estruturais e institucionais desenhadas pela gestão municipal do PBF no Rio de Janeiro, visando a efetividade na construção de ações setoriais integradas na implementação do Programa;
- as possibilidades de construção da intersectorialidade no âmbito da implementação local do PBF na região de Manguinhos.

¹ Política Nacional de Promoção da Saúde (aprovada em 30/03/2006) e encontrada em http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=462

² A “Carta de Ottawa” foi o nome que recebeu e ficou mundialmente conhecida a Carta de Intensões da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986. As discussões da Conferência “focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersectoriais necessárias para o setor.” Informações disponíveis em: <http://www.opas.org.br>

³ Movimento Cidades Saudáveis disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva>

⁴ O IDH foi desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD e é aceito internacionalmente como um indicador síntese do grau de desenvolvimento da população, considerando três dimensões básicas: a renda, a longevidade e a educação (BRASIL, MEC, Projeto Alvorada, 2002).

⁵ “O Cadastramento Único, instituído em julho de 2001, é um instrumento que tem por objetivo retratar a situação sócio-econômica da população de todos os municípios brasileiros, por meio do mapeamento e identificação das famílias de baixa renda. Também possibilita conhecer suas principais necessidades e subsidiar a formulação e a implantação de serviços sociais que os atendam.” Encontrado em: http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/estadual/distribuicao_servicos_cidadao/cadastramento_unico/index.asp

⁶ Este programa foi estruturado a partir de estudos e discussões que envolveram estudiosos, representantes de institutos e organizações sociais no âmbito do Instituto Cidadania de São Paulo no ano de 2001 (Belik, W. e Grossi, M. D., 2003; e Instituto Cidadania, 2001).

⁷ “O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) é um instrumento de articulação entre governo e sociedade civil na proposição de diretrizes para as ações na área da alimentação e nutrição. Instalado em 30 de janeiro de 2003, o Conselho tem caráter consultivo e assessoria o Presidente da República na formulação de políticas e na definição de orientações para que o país garanta o direito humano à alimentação...Inspirado nas resoluções da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Consea acompanha e propõe diferentes programas, como Bolsa Família, Alimentação Escolar, Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar e Vigilância Alimentar e Nutricional, entre muitos outros. O Consea estimula a participação da sociedade na formulação, execução e acompanhamento de políticas de segurança alimentar e nutricional. Considera que a organização da sociedade é uma condição essencial para as conquistas sociais e para a superação definitiva da exclusão.” Encontrado em: <https://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm>

⁸ “A aids é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Esta sigla é proveniente do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*. Também do inglês deriva a sigla AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.” Conforme informações do Ministério da Saúde, BRASIL, disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>

⁹ “O Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), regulamentado pelo [Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007](#), funciona como um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda. É utilizado, obrigatoriamente, para a seleção de beneficiários e para integração de programas sociais do governo federal”, encontrado em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastro_unico/o-que-e-1/

¹⁰ Os programas de transferência de renda anteriores eram: *Bolsa Escola* (Programa Nacional de Renda Mínima vinculada a Educação), *Bolsa Alimentação* (Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde), *Programa Auxílio Gá, e Cartão Alimentação* (Programa Nacional de Acesso à Alimentação do Fome Zero).

¹¹ Conforme última alteração através do , disponível no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6824.htm

¹² Conforme informações colhidas em janeiro de 2009 no endereço eletrônico: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/criterios-de-selecao

¹³ Pacto de Aprimoramento da Gestão dos Estados e do Distrito Federal, pode ser encontrado em: <http://www.mds.gov.br/suas/departamento-de-gestao-do-suas/pacto-de-aprimoramento-da-gestao>

CAPÍTULO II – A ABORDAGEM METODOLÓGICA

Partindo-se do entendimento de que a situação de saúde de pessoas e de grupos populacionais pode ser fortemente influenciada pelas condições de vida e trabalho a que estão submetidos, questões relativas a essas temáticas passam a fazer parte das preocupações de pesquisadores, gestores e profissionais de saúde⁽⁶¹⁾. Demandas relacionadas a temas sociais como educação, emprego, trabalho e renda, acesso a serviços de saúde, condições de alimentação e nutrição, que podem ser modificadas pela posição ocupada na estratificação socioeconômica, também fazem parte do universo de preocupações da área da saúde. O conceito ampliado de saúde faz parte da estrutura teórica na qual se desenvolveu o processo de criação do SUS, e para a qual a promoção da saúde é uma das estratégias de se pensar e produzir saúde articulado às demais políticas. Essa visão também pode ser encontrada no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil que identifica como responsabilidade do Ministério da Saúde ^(14 – p.2):

uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Neste sentido, Potvin^(6 – p.67) leva a refletir sobre as possibilidades das ações sociais para a ampliação das propostas clássicas de programas de saúde reduzidos ao modelo biomédico: “Essas práticas e teorias sociais introduzem novas orientações para reflexão e delimitação de ações em saúde.”. A autora também sinaliza que desde a “Carta de Ottawa”² (de 1986) as práticas de saúde vem passando por um movimento de redefinição. Este movimento decorre da ampliação da participação de outros saberes, do reconhecimento da legitimidade de soluções construídas e negociadas, e da compreensão de que a intersetorialidade tornou-se um dos conceitos básicos para a saúde pública, pois possibilita o envolvimento de todos os setores sociais na produção da saúde. Essa postura também foi destacada na Conferência Internacional da OMS em Halifax^(13 – p. vi):

Em resumo, o tema dominante a ressoar dos debates em Halifax é que o setor de saúde é apenas um dos atores no desenvolvimento da saúde. A ação intersetorial, portanto, é componente essencial de toda e qualquer estratégia de implementação da condição da saúde humana no século XXI, dada a complexidade dos determinantes da saúde novos e emergentes. Se há alguma mensagem que deva emergir de forma clara da política renovada do Saúde para Todos, seria essa, exatamente.

Formulado a partir da proposta de combater a desigualdade e a injustiça social combinando, ao mesmo tempo, medidas compensatórias de combate à miséria e à fome, com medidas estruturantes de educação, que repercutem nas condições de saúde da população, o Programa Bolsa Família apresenta, em sua formulação, grande potencial de contribuição para a saúde coletiva. Para além da transferência de renda deste programa, a proposta de combate à fome estaria direcionada principalmente com o acompanhamento nutricional de crianças, gestantes e nutrizes. Da mesma forma, o foco na frequência escolar infantil e na capacitação dos adultos em atividades produtivas, estaria relacionado com a perspectiva de investimento em capital social com repercussões socioeconômicas futuras^(51; 17). Somando a essas questões, este Programa – cuja implementação é descentralizada e envolve estados, municípios e distrito federal – também identifica a horizontalidade e a intersetorialidade como um de seus objetivos básicos, para alcançar maior integralidade nas ações públicas.

Partindo desses pressupostos teóricos, procuramos trazer para a reflexão as possibilidades de arranjos de intersetorialidade entre práticas sociais e políticas no âmbito local da implementação do PBF, que colaboram, ou têm grande potencial para influenciar as ações e metas de saúde para a Região de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Reafirmando, como exposto no Capítulo I, consideramos a intersetorialidade um processo que envolve parcerias em torno de objetivos e/ou metas comuns, que está em constante construção e remodelamento, mas que envolve alguns pressupostos como planejamento conjunto e convergência de ações, a partir do contexto nos quais estão inseridos seus atores chaves.

Para auxiliar essa forma de análise, a escolha do modelo de pesquisa avaliativa teve que contemplar não somente a identificação dos resultados de intersetorialidade obtidos na implementação do PBF – através da criação de comitês, comissões e grupos descentralizados – mas avançar para além, procurando identificar como vem ocorrendo

este processo, seus limites e possibilidades. Portanto, o tipo de avaliação escolhido foi a avaliação de processo, tomando como referência para análise a implementação local do Programa, durante o período compreendido entre os anos de 2005 e 2008.

Neste sentido, Pawson & Tilley⁽⁶²⁾ destacam que, apesar de amplamente utilizada, a avaliação ainda é uma disciplina jovem, sob a qual ainda pairam muitas dúvidas e um intenso debate. E alertam àqueles que estudam programas sociais sobre a necessidade de definirem qual o caminho que suas pesquisas seguirão, antes mesmo de escolherem o programa a ser estudado, o que significa, por outro lado, acolher um paradigma. Esses autores reconhecem na literatura quatro possibilidades principais de avaliação: “o experimental, o pragmático, o naturalista e o pluralista”^(62 - p.4).

A perspectiva experimental ou semi-experimental de avaliação seria uma teoria da causalidade, baseada em experimentos que tentam desenvolver um controle capaz de excluir os intervenientes externos para que, a partir dos resultados, possam medir se uma ação/programa/projeto funciona ou não. Dessa forma, comparam situações idênticas nas quais o único diferencial foi a intervenção do programa e, a partir do exame das mudanças ocorridas, avaliam os resultados. A segunda visão básica de avaliação identificada pelos autores como pragmática, questiona a postura ingênua da pesquisa experimental que desconsidera a complexidade política e organizacional dos contextos onde se desenvolvem as investigações. Essa perspectiva pragmática, cuja autora destacada foi Weiss, evidencia que os processos decisórios são políticos. Desde o envolvimento do avaliador, que de modo geral é reformista e colabora com a melhoria do sistema sem propor grandes alterações sociais estruturais, passando pelo financiamento da pesquisa: quem, o que, e quanto está envolvido. Nessa perspectiva, a avaliação é vista como uma ferramenta com grande potencial de auxiliar o debate no processo de decisões políticas voltadas para atender problemas sociais⁽⁶²⁾.

Também chamada de “quarta geração de avaliação”^(61 - p.20), a perspectiva naturalista de base construtivista considera que o êxito ou o fracasso das ações e programas sociais vai depender diretamente do contexto no qual são implementados, e de seus atores-chaves (*stakeholders*). Os programas seriam desenvolvidos em arenas complexas de interação e negociação entre esses atores, incluindo o pesquisador, que determinariam a sua funcionalidade. Esse modelo de avaliação desmonta os anteriores, tirando o foco nos resultados dos programas, e direcionando-o para os *stakeholders* e os processos de negociação que os envolve. Estando presas ao contexto, as informações

obtidas através da investigação são relativizadas, perdem a objetividade, e não se estruturam como conhecimento⁽⁶²⁾.

O quarto e último modelo básico de avaliação destacado é o pluralista. Essa perspectiva procura combinar as três últimas, relacionando a avaliação com três atividades: análise da conceituação e formulação de ações e programas; acompanhamento da implementação destes; e a relação de utilidade estabelecida pelos mesmos. Diante da grandiosidade desse tipo de investigação, tornou-se necessário focar as prioridades da avaliação, considerando: programas implementados; a importância dos contextos; e a colaboração da investigação para as discussões que permeiam e embasam as decisões políticas. Nesta direção a prioridade da avaliação seria identificar o que contribui para que um determinado programa funcione, ou não, a partir do conhecimento acumulado por investigações anteriores de outros programas, e que permite comparações na análise em busca da teoria do programa⁽⁶²⁾.

Levando em consideração que a avaliação é uma disciplina nova, com muitas questões ainda por responder, nossa análise partiu da busca da identificação das parcerias intersetoriais desenvolvidas no âmbito local do PBF, que funcionavam, ou não, e orientou-se no sentido de procurar compreender o que interferia nesses resultados. Considerando, conforme Weiss⁽⁶³⁾ e Pawson⁽⁶⁴⁾, que toda política é uma teoria que agrega outras teorias subjacentes, chegar às metas e objetivos almejados (configurando êxito ou fracasso) estaria intrinsecamente relacionado a esses pressupostos. Nesse processo a pesquisa avaliativa baseada na teoria pode trazer grande contribuição e auxiliar na reflexão das razões e maneiras de funcionamento dos programas sociais, conforme Weiss^(63-p.72):

Em consenso, toda política é teoria. Uma política diz: se fizermos A, então B (o resultado pretendido), irá ocorrer. Como pilhas de provas avaliativas confirmam ou negam tais teorias, isso pode influenciar a forma como as pessoas pensam sobre as questões, o que elas vêem como problemáticas, e escolhem onde vão querer fazer suas apostas. A discussão pode mudar programas e tornar possíveis políticas mais efetivas.

Todo programa se baseia em uma teoria que lhe dá estrutura. As propostas traçadas na formulação do programa envolvem teorias subjacentes que podem corresponder, ou não, com a realidade, ao fazerem previsões das diversas possibilidades de se alcançar as metas e os objetivos desejados. Nessa perspectiva de análise, a

avaliação identifica a validade da teoria do programa, quais os pressupostos incorporados e utilizados que funcionam, os que falham, onde e como, e outros que poderiam ser utilizados. Da mesma forma, identifica quais os indicadores relevantes que podem estar relacionados com as propostas e atividades do programa⁽⁶³⁾. Esta proposta de avaliação apresenta como básico estudar os resultados intermediários do programa/política apresentados no processo de implementação, considerando o contexto onde ocorrem. Recomenda, ainda, identificar se as atividades propostas são desenvolvidas e de que maneira, de modo a acompanhar o desenvolvimento e auxiliar na revisão e adequação destas, para maior efetividade nos resultados do programa. Sendo, assim, a avaliação auxilia a modelar e remodelar programas abertos, criando conhecimento sobre eles a partir da análise das suas teorias subjacentes. E, na medida em que identificam o contexto como parte atuante na implementação, ao avaliar o programa, cria conhecimento sobre o próprio contexto⁽⁶³⁾.

Weiss⁽⁶³⁾ destaca que nem todas as alterações que ocorrem com os participantes durante a implementação de uma iniciativa/programa podem ser consideradas resultado direto destes. Essas mudanças, por sua vez, podem interferir e provocar transformações nos indicadores de resultado selecionados para avaliar o programa. Muitas estão relacionadas a conjunturas mais amplas, como novas alterações econômicas, políticas e sociais que podem ocorrer em função de situações como: ações sociais políticas, aumento ou diminuição de oferta de emprego, lutas e conquistas por direitos civis, processos eleitorais, migração de pessoas e povos em busca de melhores condições de vida, etc.

Para Pawson^(64; 65) a avaliação da teoria do programa parte da idéia básica de que todo programa é uma teoria, e que este pode alcançar êxito ou insucesso, apresentando falhas e realizações na implementação. Portanto, se a avaliação busca desvendar se o programa funciona e porque, esta, na realidade é o exame da teoria a partir do qual se buscam as evidências e se constrói e transmite aprendizados. Um dos caminhos possíveis para essa análise seriam as revisões sistemáticas, a avaliação da política baseada nas evidências (“*evidence-based policy*”), comparando duas execuções do mesmo programa com diferentes resultados. Portanto, leva em consideração os resultados alcançados durante o processo de execução, sinalizando a importância da participação e interferência dos respectivos contextos. O objetivo principal desta avaliação é, para além das revisões sistemáticas, a possibilidade de auxiliar o processo

político decisório. O autor também destaca a importância da avaliação das teorias que estruturam os programas, testando-as e identificando possíveis mudanças e/ou acréscimos de atividades e recursos, para se alcançar os objetivos e metas propostos^(64 – p.483).

Uma das virtudes da avaliação orientada para a teoria é que a sua abordagem nos obriga involuntariamente a contemplar programas em sua verdadeira complexidade. Ao iniciar o programa com a teoria, compreende-se imediatamente como são muitos e variados os processos que podem levar ao sucesso ou fracasso de uma intervenção...

No caso das teorias de mudança, nas quais os resultados intermediários dos programas são compreendidos como consequência dos resultados anteriores, o foco do levantamento de informações se volta para os atores envolvidos na implementação e que acompanharam os passos que foram dados no processo. Neste sentido, a realização de entrevistas de forma mais consistente e profunda com esses participantes, permite colher dados relevantes para a análise. O contexto, onde são implantados os programas e podem, ou não, ocorrer as mudanças, também é valorizado aqui⁽⁶⁵⁾.

Outro caminho para a avaliação da teoria do programa seria a síntese realista, na qual o contexto e os mecanismos de incentivo, punição ou convencimento à adesão da proposta ganham maior destaque na análise^(64; 65). A idéia básica sugere que os incentivos são responsáveis pelo envolvimento de muitos participantes, sem os quais poderiam demonstrar pouco interesse, habilidade ou inadequação de condições. O autor destaca que este instrumento é o que diferencia ou assemelha os programas, nesta proposta de avaliação, não importando se as metas e objetivos são comuns e se fazem parte de setores diferentes das políticas sociais. E que, determinados programas têm mais repercussão, quando abordam assuntos que estão mais relacionados com os contextos onde são desenvolvidos. Desta forma, os resultados estariam relacionados com os mecanismos vitais dos programas que foram utilizados, e se estes estavam de acordo com os respectivos contextos nos quais os programas foram implantados. ‘Em suma, avaliação realista busca através da investigação uma resposta para a pergunta "o que funciona, para quem, e em que circunstâncias?"’^(64 – p.474).

Mas Weiss⁽⁶³⁾ destaca que são muitas as dificuldades encontradas pelos pesquisadores na avaliação de programas, identificando como principais:

- A possibilidade de divergência de entendimento sobre a teoria do programa, dificultando o consenso entre os atores envolvidos: “A não ser que eles tenham tido oportunidade de discutir antes suas diferentes estruturas de crença, haverá um confronto real para além do que é a teoria...”^(63 – p.87) ;
- Medir os níveis alcançados pelos passos realizados no programa. A abordagem quantitativa nem sempre consegue avaliar esses micro-passos como, por exemplo: a atuação dos participantes em relação às normas do programa, à burocracia e hierarquia administrativas, e aos beneficiários. A análise qualitativa, por outro lado, pode enriquecer o entendimento de como as situações se desenvolvem;
- A definição para todos os envolvidos do que é possível e pertinente ao programa, caso não esteja claro os pressupostos nos quais se baseiam sua teoria;
- A generalização de teorias sobre programas muito exclusivos, desenvolvidos em lugares muito específicos, atrelando o desempenho às características peculiares envolvidas.

Diante da complexidade do programa a ser analisado, Pawson⁽⁶⁴⁾ propõe que o avaliador deva inicialmente encontrar as possíveis hipóteses e interferências na modelagem do programa; e focalizar a atenção nos acordos e pactos fundamentais para o seu funcionamento. Igualmente importante para a análise é a identificação dos processos históricos que levaram à formulação da proposta, de modo a compreender os passos e a direção tomados pela política que a gerou; reconhecendo que a teoria que serviu de ponto de partida foi, muito possivelmente, testada por outros processos avaliativos.

Segundo esse autor, o avaliador deve ter em mente que sua grande contribuição para os processos políticos decisórios é identificar possíveis dificuldades no caminho do programa, e algumas formas possíveis de lidar com elas, pois sempre teremos dificuldades em afirmar que um programa está realmente funcionando. E ele resume a trajetória da contribuição dos pesquisadores: “Em termos gerais, as mais duráveis recomendações práticas que avaliadores podem oferecer vêm da investigação que começa com uma teoria e termina com uma requintada teoria”^(64 – p.488).

Para Chen⁽⁶⁶⁾ o sucesso de um programa está diretamente relacionado com o sucesso das teorias do programa (teoria da ação e teoria conceitual). Dessa forma, quando identificamos problemas com um programa, estes estariam relacionados com dificuldades na teoria da ação (implementação), e/ou na teoria conceitual do programa. Portanto, as estratégias de atuação para recondução do programa devem estar vinculadas às falhas identificadas. Como, por exemplo, no caso em que a dificuldade for detectada na conceituação do programa, ou nas relações de causalidade explícitas nas teorias subjacentes, a ação deverá se voltar para a reconceituação e o redesenho da proposta inicial.

Essas falhas, quando não são tratadas, podem levar a equívocos na condução do programa. Por outro lado, problemas detectados na implementação, podem estar relacionados com dificuldades do programa em acionar os processos causais pressupostos pela teoria, e/ou envolver o desempenho dos gestores e responsáveis. Estes devem rever e recompor as atividades, de forma a estarem compatíveis com as causas previstas pela teoria. E, quando as falhas estão relacionadas ao mesmo tempo com a inadequação da teoria causal e da teoria conceitual, os formuladores deverão reconceituar o programa a partir de outra estrutura teórica mais adequada, além de desenvolverem uma nova teoria da ação que irá alterar a implementação⁽⁶⁶⁾.

Dessa forma a autora apresenta, a avaliação feita durante a implementação do programa, como estratégica para o processo de melhorias sucessivas nas teorias do programa (teoria da ação e teoria conceitual), na medida em que esta investigação poderá fornecer questões e respostas sobre o funcionamento do mesmo. Propõe uma abordagem conceitual de programa mais ampla, que contemple a investigação das razões e motivos das falhas e sucessos apresentados pelos programas, avançando para além das avaliações somativa e formativa, que apenas identificam se ocorreram falhas, ou não.

E destaca que, para o desenvolvimento dessa forma de análise mais densa, não basta técnica e conhecimento metodológico, mas que é necessário conhecimento teórico consistente sobre os programas. Essa forma de avaliação voltada para as teorias do programa, segundo a autora, está relacionada com a combinação de três dos domínios básicos da teoria do Programa. Estes envolveriam: a condução, o tratamento, e os procedimentos utilizados; as metas, os objetivos, os resultados, e os efeitos; o contexto

de implementação; o impacto causado pelo programa; os mecanismos de intervenção; e a possibilidade de generalização para outros programas.

Na visão de Mazmanian e Sabatier⁽⁴⁾ a análise da implementação de um programa deve buscar conhecer a realidade social estudada, com suas características; bem como as possibilidades e os limites de interferência dos formuladores e gestores na condução do programa, e na execução das atividades. Por fim, o avaliador deve reconhecer as questões sociais e institucionais que ultrapassam os limites das ações desenvolvidas na implementação estudada.

Esta análise deve ser proativa e apresentar resultados práticos e utilizáveis para funcionários, gestores e avaliadores, pois, do contrário, pouco contribuirá para a política. Neste sentido, os autores identificam dois grupos de atores que têm diferentes focos em relação ao conhecimento sobre o processo de implementação: os formuladores, e os profissionais e gestores envolvidos. Os primeiros querem contemplar, na regulação da política, as questões e os detalhes relevantes para a garantia da realização dos objetivos. O segundo grupo, por sua vez, estarão voltados para a definição das ações que colaborem para o sucesso do programa.

Dessa forma, o foco da avaliação de implementação deve ser direcionado para identificar o que interfere e cria dificuldades na realização dos objetivos e metas previstas na formulação do programa. Estas interposições, consideradas como “variáveis independentes” podem ser divididas em três grupos, segundo os autores^(4 - p.21): “o tratamento (*tractability*) do problema a ser abordado; a capacidade do regulamento da estrutura administrativa favorecer o processo de implementação da proposta; e, os efeitos de uma diversidade de variáveis sobre o equilíbrio político de apoio aos objetivos do programa”.

Algumas questões auxiliam o acompanhamento dos problemas abordados durante a implementação, criando maiores possibilidades de êxito para alguns programas do que para outros. Estas variáveis estariam relacionadas, segundo os autores com: a existência de uma teoria causal válida; de tecnologias específicas para o monitoramento; a variedade de demandas relacionadas à mesma causa; o tamanho do grupo-alvo a ser atendido; e, o volume esperado de mudanças promovidas pelo programa. Os autores^(4 - p.21) destacam a importância da conformação da teoria causal, atribuindo-lhe a responsabilidade por muitas dificuldades que surgem e comprometem a implementação.

Outras variáveis estariam relacionadas com as possibilidades de intervenções políticas auxiliarem a estruturação da implementação. Estas podem ser identificadas nas seguintes situações (como no caso da criação do IGD e do IGDE do Programa Bolsa Família):

- Clarificar os objetivos do programa entre os envolvidos com sua implementação, de forma que possam servir como diretrizes e referências, inclusive, em análises das possíveis divergências entre resultados alcançados e metas propostas;
- Previsão de recursos financeiros acessíveis aos responsáveis e compatíveis com a implementação do programa;
- Relação vertical integrada e coordenada entre os diferentes níveis de organizações na estrutura hierárquica envolvida com a implementação (incluindo, inclusive, os funcionários), envolvendo incentivos e sanções para colaboração e adesão ao programa;
- Apoio e compromisso dos implementadores com os objetivos do programa;
- Definição prévia e clara dos limites, possibilidades e compromissos dos responsáveis pela implementação e a adequação destes à proposta do programa; e
- Participação de avaliadores externos à implementação.

Entretanto, na visão de Mazmanian e Sabatier⁽⁴⁾, alguns fatores externos à formulação do programa, que chamam de “variáveis não-estatutárias” (p. 30), também poderiam criar dificuldades para a implementação. Estes estariam relacionados principalmente ao apoio político necessário para enfrentar as resistências daqueles que vêm seus interesses contrariados pela proposta, e às mudanças macro que interferem no apoio que o programa recebia da população, de grupos de interesse, e de governantes. Segundo os autores, essas variáveis estariam relacionadas à: condições sociais, econômicas e tecnológicas do local da implementação do programa, apoio público, apoio de grupos organizados, apoio da estrutura governamental, e habilidade dos responsáveis pela implementação de envolver e orientar os funcionários para a adesão ao programa e o compromisso com a implementação.

Para os autores a implementação é um processo dinâmico e complexo, no qual deve-se identificar as variáveis intervenientes (internas e externas) que afetam o alcance dos resultados e que podem ser modificadas para maior adequação e redesenho do

programa. Apresentam cinco etapas inter-relacionadas chamadas pelos autores de "feedback loop"^(4 - p.35), cuja realização de uma pode levar ou interferir nas outras. São elas: as conseqüências da implementação da política entre os responsáveis pela implementação; a participação dos usuários nas ações e propostas; os resultados das ações dos implementadores sobre o processo; a percepção dos atores em relação a esses resultados; e a avaliação da política no seu contexto.

Enfim, considerando que a participação de usuários/beneficiários, profissionais, gestores e pesquisadores, interfere no alcance das metas estabelecidas e no funcionamento de um programa, conforme destacado pelos autores acima, a importância do contexto em que ocorre o processo de implementação deve ser reconhecida. Dessa forma, na avaliação sobre a construção da intersetorialidade no âmbito local da execução do PBF, foram considerados:

- as divergências e os consensos identificados entre estes atores;
- as características socioeconômicas, culturais e históricas da população e da região;
- as intervenções econômicas, sociais e políticas locais e externas ao Programa;
- bem como, a estrutura política e a infra-estrutura técnica-administrativa das agências governamentais e entidades civis que fazem parte do contexto de Manguinhos, no Rio de Janeiro.

Considerando que o contexto interfere no ciclo de vida de uma política, em suas fases dinâmicas e inter-relacionadas – como os processos de formulação, implementação e avaliação – estas podem apresentar algumas diferenças. Essas diferenças estão, em grande parte, relacionadas às características locais onde se desenvolvem esses processos, e que envolvem os recursos materiais, as estruturas político-institucionais, os atores relevantes, as parcerias e as redes de apoio desenvolvidas, bem como, as divergências, as contradições, os conflitos e os consensos pessoais, políticos e de interesses⁽³⁾. Dessa forma, também o processo de implementação de uma política, ou de um programa – e neste caso do PBF – ocorre num ambiente que estaria sempre se modificando, com avanços e recuos em direção aos objetivos, metas e ao próprio desenho original do programa. Os nós, ou “pontos de estrangulamento”, criados durante este processo, e que atrapalham o alcance das metas e objetivos,

interferem no sucesso ou no fracasso do programa, independente dos interesses e da conduta dos atores envolvidos com sua formulação e implementação⁽⁶⁷⁾.

A título de esclarecimento destaca-se que o termo *política pública* utilizado por este trabalho está relacionado a intervenções direcionadas à realidade social, “não se restringindo apenas a políticas estatais ou de governo, podendo abarcar políticas privadas ou não governamentais que são desenvolvidas nas esferas públicas da sociedade”^(3 - p.17). Dessa forma, as observações desta pesquisa se ampliam e contemplam as ações demandadas e realizadas na implementação do PBF em Manguinhos pelos atores-chave não governamentais – e/ou com eles – além das estruturas e ações governamentais desenvolvidas na área.

Segundo Draibe⁽³⁾ o processo de implementação de uma política envolve atividades que viabilizam o seu desenvolvimento, chamadas de “atividades-meio”, e atividades relacionadas à sua execução e que são nomeadas como “atividades-fim”. As “atividades-meio” estão relacionadas com a estrutura da organização – que define os graus de decisão, autonomia e centralização dos participantes. Também estão relacionadas com os processos de divulgação e circulação das principais informações, e com os sistemas de seleção e de capacitação dos agentes de implementação e beneficiários, além dos sistemas de monitoramento e avaliação – sistematização e socialização dos resultados. As “atividades-fim” estão relacionadas aos sistemas logísticos e operacionais, ou seja, ao acompanhamento da utilização dos recursos para identificação do grau de suficiência e seu uso no atendimento dos objetivos da política, dentro do prazo previsto.

Sendo assim, as “atividades-meio” e as “atividades-fim” influenciam e, ao mesmo tempo, são influenciadas pela estrutura organizacional, pelos atores estratégicos e pelos grupos de interesse envolvidos nos processos de formulação, implementação e avaliação da política. Na análise desses procedimentos devemos levar em consideração as estratégias utilizadas nas “atividades-meio” e nas “atividades-fim”, identificando os fatores que facilitam e os que criam obstáculos à execução do programa. Esses fatores que, por sua vez, trazem mudanças para os resultados do programa, podem ser localizados através da avaliação qualitativa do processo de implementação⁽³⁾.

Na visão de Lindblom & Woodhouse⁽⁶⁸⁾ as políticas públicas sofrem impactos, são alteradas e re-orientadas através das intervenções casuais e não intencionais dos atores-chave no dia-a-dia, e pelos acordos construídos entre os grupos de interesses que

entram em conflito no interior da política. Dessa forma, para que possamos compreender melhor a política pública, precisamos entender quais os valores compartilhados e os consensos alcançados no interior da própria política. Conforme as características de cada local onde uma política, ou um programa, é implementado, este pode ser redesenhado de forma diferente da forma original. Principalmente a partir das interferências que podem ocorrer, através da participação dos atores relevantes, na estrutura política e institucional responsável pela execução do programa.

Para melhor compreensão esclarecemos que os atores estratégicos considerados por essa pesquisa foram os gestores municipais e locais das secretarias de saúde, educação e assistência social, bem como os beneficiários e os profissionais que vem participando do PBF na região de Manguinhos, e que apóiam, resistem, ou se opõem ao Programa. Estes foram definidos como atores-chave que contribuíram significativamente o conhecimento a cerca da estrutura político-institucional do Programa no nível municipal e local, bem como para a identificação dos diferentes grupos de interesse existentes.

A partir de uma perspectiva política de análise do processo de implementação, pode-se obter contribuições para a identificação dos intervenientes contextuais da política pública, ou do programa, no movimento dialético entre os embates, os conflitos de interesses, as contradições e os consensos desenhados, ou as decisões tomadas, entre os atores relevantes. O apoio que esses atores concedem à política está relacionado, em grande parte, às possibilidades que a ação da política lhes oferece, através de mecanismos diretos de incentivo à sua adesão, ou através do fortalecimento que ela proporciona aos seus interesses pessoais ou coletivos⁽⁸⁾. Por isso, conforme Arretche⁽⁶⁷⁾, todo modelo de implementação deveria contemplar uma estrutura de incentivos condizente com os objetivos e metas da política. Esses incentivos podem estimular à cooperação dos atores envolvidos que, a partir de suas próprias referências colaboram para mudanças no desenho original das políticas, podendo contribuir, também, para o sucesso das mesmas.

A avaliação da efetividade das ações intersetoriais desenvolvidas no âmbito das políticas públicas, também pode ocorrer a partir da observação das colaborações horizontais e verticais construídas pelos setores envolvidos na formulação, implementação e avaliação das mesmas. As colaborações horizontais são estabelecidas entre os setores de níveis de decisão semelhantes – como, por exemplo, o nível local –

geralmente envolvidos com metas comuns a todos. As colaborações verticais estão relacionadas aos fluxos de intercâmbio e de decisão existentes entre os diferentes níveis de gestão, na estrutura institucional de apoio, colaboração e manutenção de políticas e programas, e envolvem agentes governamentais e não-governamentais, trabalhando com desafios políticos mais complexos⁽⁶⁹⁾. Contudo, o contexto e a cultura na qual se desenvolvem as ações intersetoriais são significantes e interferem no sucesso das mesmas. O que vale lembrar que a replicação das mesmas ações em ambientes diferentes não significa, necessariamente, o mesmo sucesso alcançado anteriormente.

A partir de um estudo de caso único, e numa perspectiva política, esta pesquisa procurou estudar as ações intersetoriais desenvolvidas entre as políticas públicas na implementação local do Programa Bolsa Família e no enfrentamento das questões sociais no âmbito do Programa, na região de Manguinhos – Rio de Janeiro. A estratégia metodológica escolhida foi o estudo de caso por ser a que oferece maiores possibilidades para análises de fenômenos contemporâneos e observáveis em contextos da vida real, mas nos quais os procedimentos internos relevantes ao estudo não podem ser manipulados, conforme explica Yin⁽⁷⁾. Esta técnica metodológica é considerada por Denis & Champagne⁽⁸⁾, como uma estratégia de investigação favorável e promissora à análise de implementação. Essa consideração está relacionada com a possibilidade de se explicar o fenômeno estudado, apoiando-se na própria lógica da estrutura existente entre os elementos que se relacionam no interior do caso pesquisado.

Por considerar que a intersetorialidade depende de incentivos e de estruturas que colaborem no desenvolvimento de ações sinérgicas, que podem ser melhor observadas no cotidiano dos serviços, este estudo se desenvolveu como uma pesquisa qualitativa através de um estudo de caso. Esta foi a estratégia de pesquisa considerada relevante para estudar as condições contextuais e os processos de implementação local de ações deste Programa público⁽⁷⁾. E, visando estimular a construção de linhas convergentes de investigação durante a coleta de dados, aprofundamos a análise dos dados colhidos junto aos atores relevantes, e utilizamos outras fontes de evidências através de documentos, levantamentos e publicações sobre o tema e sobre a comunidade estudada.

Para avaliar a qualidade de um estudo de caso quatro condições precisam ser atendidas pelo projeto. São elas: “validade do constructo”; “validade interna”; “validade externa”; e “confiabilidade”^(7 – p.39). A legitimidade de uma investigação se sustenta na medida de confiança construída durante a pesquisa, baseada nas análises feitas a partir

da fundamentação teórica utilizada. A confirmação da “validade interna” na avaliação de um estudo de caso se aplica quando este investiga uma relação de causa e efeito entre diferentes eventos e considera, ou não, outros eventos intervenientes àquela relação. A “validade externa” de uma pesquisa social empírica está relacionada à possibilidade de se generalizar seus resultados a partir de uma teoria mais ampla em estudos de casos múltiplos, não se aplicando, portanto, ao estudo de caso único. A “confiabilidade” de uma pesquisa está relacionada às condutas utilizadas nas coletas dos dados e que, uma vez repetidas levam aos mesmos resultados. Tendo sido o estudo de caso único a estratégia metodológica contemplada por esta pesquisa, destaca-se aqui a importância da fundamentação teórica utilizada como referência para a análise da intersetorialidade na implementação local do PBF, bem como a acuidade dos procedimentos de coleta de informações, para que esta pesquisa ganhasse em qualidade metodológica e acadêmica.

II.1. As etapas da pesquisa

No desenvolvimento desta pesquisa consideramos a estratégia de estudo de caso como a abordagem metodológica mais adequada para, na aproximação com a realidade contextual, avaliar as possibilidades e limitações na construção da intersetorialidade no âmbito da implementação local do PBF. Avaliando a importância de mecanismos de incentivo, e de estruturas administrativas e organizacionais, na criação de condições básicas para o desenvolvimento de ações intersetoriais públicas, procuramos desenvolver este estudo numa perspectiva fundamentalmente qualitativa e voltada para o cotidiano dos serviços. Para estruturar a coleta de informações através de entrevistas e grupos focais, e aprofundar a análise deste material, utilizamos como referência uma coletânea de legislações, documentos, levantamentos e publicações sobre o tema e sobre a comunidade estudada.

O Programa Bolsa Família, em sua formulação, propõe em um modelo de gestão partilhada entre os três níveis de governo, e a complementaridade entre políticas sociais públicas. Diante do caráter inovador desta proposta, frente à estrutura e a cultura político-administrativa no Brasil dividida entre setores e hierarquias independentes, este desafio requer mudanças técnicas e políticas profundas. Desta forma, procuramos

identificar a estrutura administrativa e burocrática estatal envolvida, bem como os mecanismos de incentivo desenvolvidos pelos governos, que interferem na construção de possíveis parcerias e ações convergentes entre setores e atores-chaves em torno do Programa. Esta pesquisa também buscou se aproximar dos contornos das dificuldades e possibilidades para o desenvolvimento de ações sociais mais abrangentes, envolvendo governos, organizações sociais, lideranças políticas e atores, e que colaborem para o incremento da intersectorialidade no âmbito da implementação local do PBF.

Com o foco direcionado para a intersectorialidade na avaliação do processo de implementação local do Programa em Manguinhos, durante o período compreendido entre os anos de 2006 e 2008, procuramos nos aproximar dos contornos das dificuldades e possibilidades de desenvolvimento de ações sociais mais abrangentes. Tais ações poderiam envolver estruturas governamentais, organizações sociais, lideranças políticas e atores relevantes, ultrapassando as propostas formais do Programa para a criação de comitês, comissões e grupos descentralizados.

Em relação à construção da intersectorialidade na estrutura governamental procuramos observar até que ponto ocorreram mudanças no sentido de integrar a diversidade de ações sociais públicas; transformar politicamente a infra-estrutura que apóia as políticas públicas; planejar ações de forma participativa e regional; articular instituições, pessoas e organizações em torno do Programa, envolvendo as questões sociais locais. Considerando o caráter estruturante da intersectorialidade no processo dinâmico da implementação do PBF, esta pesquisa procurou identificar no material colhido ações públicas sinérgicas com participação social, e integração horizontal e vertical entre atores públicos estatais e não governamentais, a partir das seguintes dimensões: 1) Aprendizado Institucional Prévio – outros Programas de Transferência de Renda do Município; 2) Contexto de implementação e processo de cadastramento do PBF; 3) Estrutura institucional administrativa e organizacional; 4) Atores Envolvidos: coordenação, gestão, lideranças; 5) Acompanhamento das condicionalidades (contrapartidas); 6) Construção de parcerias e de sinergias – incluindo papéis dos diferentes níveis de governo; 7) Participação e Controle Social; 8) Monitoramento e Avaliação: indicadores, estratégias e periodicidade da avaliação da implementação do Programa, sistemas de monitoramento, avaliação que os atores-chaves fazem do programa; e 9) Lições apreendidas: sínteses, desafios, oportunidades;

Uma das principais fontes de dados num estudo de caso são as entrevistas e grupos focais com atores-chave que, além de fornecerem diferentes compreensões e observações sobre os temas envolvidos podem indicar novas fontes relevantes. Outras fontes de evidências consideradas nessa estratégia metodológica de pesquisa foram os documentos oficiais disponibilizados eletronicamente e de acesso livre, além da observação direta e participante⁽⁷⁾.

Esta pesquisa foi desenvolvida num processo dinâmico no qual algumas etapas foram cruciais para acompanhar e incorporar a continuidade dos acontecimentos que modificavam o contexto estudado, considerando os seguintes passos metodológicos:

- Revisão bibliográfica;
- Sistematização metodológica;
- Contextualização da área e identificação dos atores relevantes;
- Aprovação junto aos Conselhos de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;
- Consentimento das Secretarias Municipais de Educação e de Assistência Social do Rio de Janeiro para realização de entrevistas junto a seus representantes;
- Análise documental, com atualização contínua da legislação;
- Coleta de Dados Secundários;
- Participação em reuniões, oficinas e seminários;
- Desenvolvimento de roteiros para entrevistas semi-estruturadas e para grupos focais;
- Realização de Entrevistas;
- Realização de Grupos Focais;
- Análise e sistematização dos dados coletados;
- Revisão final do trabalho.

Para a coleta de informações junto aos gestores e aos profissionais foram desenvolvidos roteiros para entrevistas semi-estruturadas. Este modelo de entrevista foi escolhido por possibilitar que os entrevistados não limitassem as informações solicitadas em respostas dirigidas. Devido às especificidades na atuação de cada uma

das três secretarias municipais escolhidas, foram desenvolvidos roteiros adaptados para os gestores de cada uma. Em linhas gerais os roteiros abordam os seguintes temas: Processo de cadastramento e de seleção das famílias; Financiamento do Programa, das ações e dos recursos técnicos e materiais; Gestão municipal (incluindo a utilização do IGD); Avaliação geral do Programa; participação e controle social; Intersetorialidade entre os diferentes níveis e setores envolvidos no Programa; e Monitoramento e acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação.

Ao longo dos anos de 2007 e 2008 foram realizadas um total de dezesseis entrevistas, sendo quatro com profissionais envolvidos diretamente com o Programa, duas com gestores estaduais, nove com gestores municipais, e uma com gestora do Programa Saúde da Família – PSF no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. Consideramos aqui como gestores aqueles que ocupam cargos de gerência, coordenação e assessoria técnica. E como profissionais àqueles que lidam diretamente com os usuários dos serviços.

No nível municipal foram entrevistados gestores que acompanharam o monitoramento das condicionalidades do Programa. Foram entrevistados dois gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), um da Secretaria Municipal da Educação (SME) e um da Secretaria Municipal da Assistência Social (SMAS). No nível das coordenações regionais dessas secretarias entrevistamos a responsável por programas sociais (inclusive o PBF) na 4ª.CRE – Coordenadoria Regional de Educação. Na Coordenação de Saúde da Área Programática – CAP 3.1 tivemos acesso a dois profissionais do Grupo de Apoio Técnico (GAT) do PSF que acompanharam a implementação do PBF em Manguinhos desde o início em 2004.

A região de Manguinhos está dividida entre duas Coordenadorias de Assistência Social (3ª. e 4ª. CAS). No âmbito da 4ª. CAS realizamos entrevista parcial com uma assistente técnica. Já na 3ª.CAS, tivemos acesso a duas profissionais que acompanham o PBF no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que atende a área de Manguinhos. Além dessas referências, foi possível a realização de entrevista junto ao profissional da SMAS que fica lotada na Coordenação de Saúde (CAP 3.1) e que acompanha o monitoramento da condicionalidade da saúde nas unidades básicas da área. Apesar de diversas solicitações junto à SMAS não foi possível entrevistar um gestor daquela secretaria que acompanhasse o Programa junto aos demais programas sociais do município na região de Manguinhos.

Em relação aos profissionais, foi desenvolvido um modelo de roteiro para a maioria das entrevistas (conforme anexo), com exceção dos profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, gestora do PBF na cidade, para os quais foram acrescentadas perguntas relacionadas a outros programas de transferência de renda do Município, gestão municipal do PBF, e relações com outros níveis de governo. As entrevistas foram estruturadas a partir do seguinte roteiro: identificação do entrevistado; caracterização do serviço; funcionamento do PBF; processo de cadastramento das famílias; participação social da comunidade; intersetorialidade no Programa; acompanhamento das condicionalidades; integralidade das ações; capacitação de funcionários e usuários; fluxo de circulação de informações; e relacionamento com os gestores locais do Programa.

Numa aproximação qualitativa junto aos beneficiários foram realizados dois grupos focais. A técnica de grupo focal foi escolhida como estratégica para obtermos informações qualitativas sobre o PBF, pela ótica do usuário, através do diálogo e do debate entre os participantes. A idéia inicial era desenvolver os grupos focais com representantes de famílias beneficiárias que faziam o acompanhamento das condicionalidades de saúde no PSF de Manguinhos. Para isso solicitamos colaboração da Coordenação de Programas de Atenção Básica do CSEGSF e das equipes, para abordagem dessas pessoas e entrega de convites. Estes esclareciam sobre a proposta deste grupo focal e informavam, também, data, horário e local de realização.

Foi desenvolvido um roteiro (em anexo) como orientação para o desenvolvimento destes grupos, cujos temas considerados relevantes foram: 1) Experiência geral com o Programa (Cadastramento e critérios de inclIII. uso); 2) Intersetorialidade/Programas Complementares (outros programas sociais, serviços e atividades); 3) Condicionalidades do PBF (obrigações a serem cumpridas pelos beneficiários); 4) Avaliação do PBF.

Os grupos foram realizados com um total de nove participantes, sendo três no primeiro, e seis no segundo dia. Em cada dia se cumpriu o roteiro, iniciando e finalizando o grupo naquele mesmo dia. Somente duas pessoas compareceram através do convite do PSF, ainda assim, uma dessas não quis permanecer, e alegando compromissos se retirou. Um dos participantes (o único homem entre todos) não era o responsável pela família, mas sim sua esposa que não estava presente. Os demais participantes (88,89% do total) eram mulheres responsáveis por famílias beneficiárias

moradoras da região de Manguinhos, que faziam acompanhamento das condicionalidades no PSF de Manguinhos, ou no CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. Com exceção da participante que veio através do convite entregue pelo PSF e que permaneceu no grupo até seu encerramento, os demais eram todos funcionários de uma empresa que presta serviços de limpeza para a FIOCRUZ e foram trazidos por uma funcionária que participou do primeiro grupo focal e os convidou para participarem do segundo grupo.

As informações sobre o PBF no município e no país foram colhidas junto aos endereços eletrônicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e da Prefeitura. Os dados demográficos foram colhidos junto ao endereço eletrônico do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos.

CAPÍTULO III – O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E O CONTEXTO LOCAL

Neste capítulo apresentamos em linhas gerais o início da implantação do PBF na cidade do Rio de Janeiro, demonstrando quais políticas setoriais foram envolvidas, seus fluxos de informações, e os dispositivos criados para incentivar o desenvolvimento de parcerias entre estas no nível municipal. Identificamos os equipamentos públicos existentes no nível local, a relação que alguns mantêm com o Programa, e os fluxos criados para transmissão de dados sobre as condicionalidades de saúde e educação, atualização do CAD Único, e do próprio PBF.

Na descrição do contexto local, também apresentamos um panorama sobre as condições demográficas da região, a partir de dados relevantes para esta pesquisa, relacionados às condições sociais, econômicas, culturais e de saúde. Por fim identificamos as comunidades que fazem parte da região de Manguinhos estudada, descrevemos características físicas do território e de seu entorno, que interferem e ajudam a moldar esta realidade.

III.1. Implementação do PBF no Município do Rio de Janeiro

Em 04 de maio de 2004 a Prefeitura do Rio de Janeiro assinou com o Governo Federal o convênio referente ao Programa Bolsa Família, através do Termo de Pactuação n.º 02/2004, Processo 71000.002521/2004-81/MDS. A Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), através do Núcleo de Transferência de Renda da Subsecretaria de Proteção Social Básica, foi definida como gestora do PBF neste município. Desde o início, a relação da SMAS com o MDS tem ocorrido através de contado direto com a SENARC – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, sem a necessidade de intermediários¹⁴.

Conforme informações do MDS, a estimativa de famílias a serem cadastradas no CAD-Único em 2004 no município do Rio de Janeiro era de 272.106 (duzentos e setenta e dois mil, cento e seis) famílias. Destas, era estimado que 164.913 (cento e sessenta e quatro mil, quinhentos e noventa e três) teriam o perfil do Programa, ou seja, com renda *per capita* familiar de até R\$120,00 (cento e vinte reais), conforme tabela abaixo.

Tabela 1: Estimativa de famílias com perfil do PBF e do CAD-Único no município do Rio de Janeiro com base nos dados do IBGE de 2004.

Estimativa de Famílias com perfil do PBF e do CAD-Único	Total
Perfil Bolsa Família (Renda <i>per capita</i> Familiar até R\$120,00)	164.913
Perfil Cadastro Único (Renda <i>per capita</i> Familiar até R\$ 175,00)	272.106

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), encontrado em 19/06/2007 no endereço eletrônico <http://www.mds.gov.br/adesao>

O processo de cadastramento das famílias no PBF na cidade ocorreu inicialmente nas escolas, com assistentes sociais cedidas pela SMAS para a realização do recadastramento e migração das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Escola, e a conseqüente exclusão das famílias que não atendiam os critérios de renda do novo Programa¹⁵. Também foram realizados cadastramentos nas unidades de saúde que puderam disponibilizar computador e assistentes sociais. As famílias dos pacientes que recebiam o auxílio do programa Bolsa Alimentação, vinculado aos programas de Controle da Tuberculose (PCT), da Eliminação da Hanseníase, de acompanhamento dos portadores de HIV/AIDS, e de crianças desnutridas (relacionado aos programas de saúde da mulher e da criança), também passaram pelo recadastramento. Àquelas que não estavam nos critérios de renda deste novo Programa, foram excluídas, independente da condição de saúde em que os pacientes se encontravam. O processo de cadastramento de novas famílias, assim como o de recadastramento, foi feito somente por assistentes sociais, no município do Rio de Janeiro, com agendamento prévio para atendimento¹⁶.

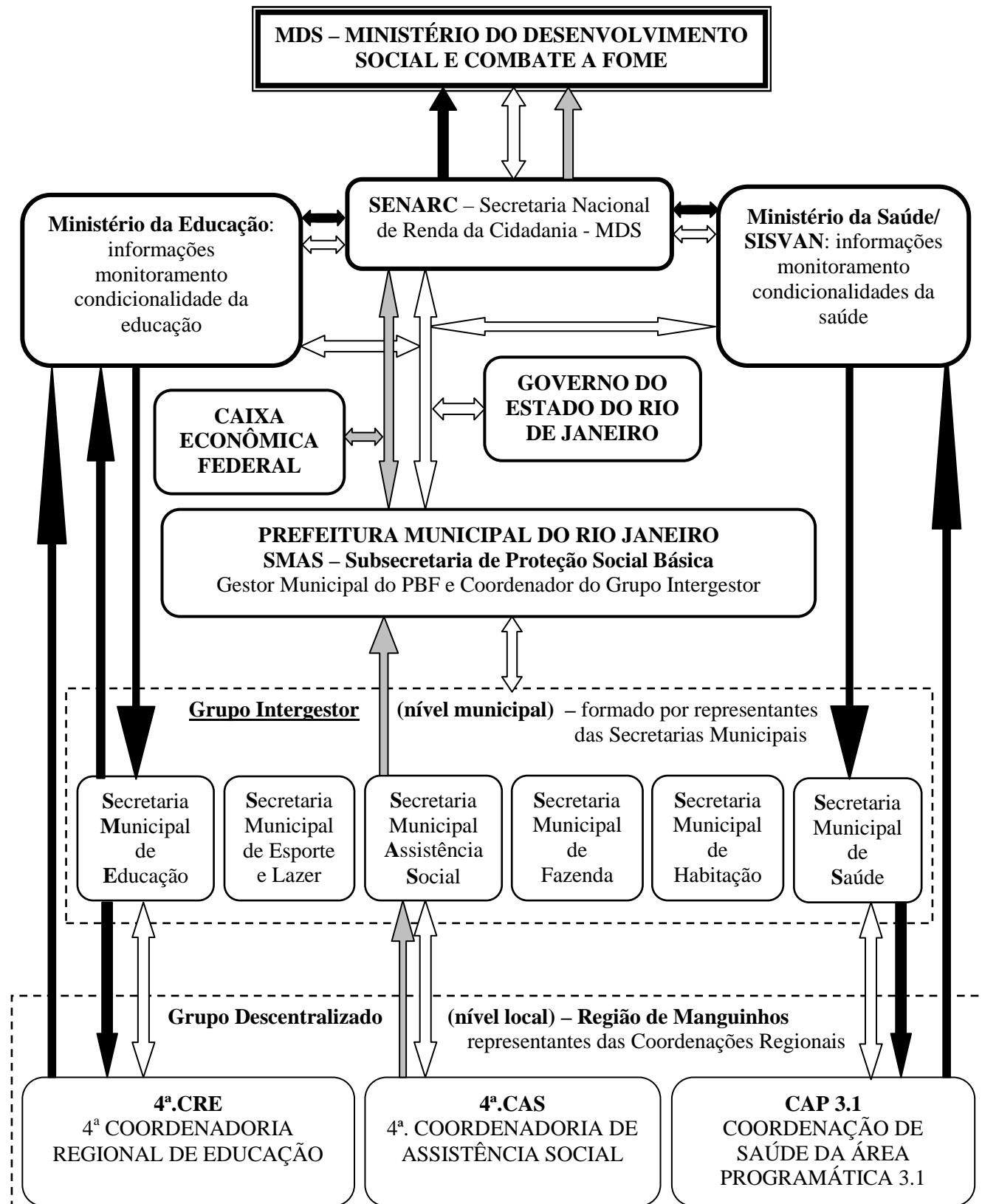
Em outubro de 2004, através do Decreto Municipal N.º 24.702⁽⁷⁰⁾, foram criados na cidade do Rio de Janeiro o *Grupo Intergestor* e o *Grupo Descentralizado* (conforme Figura 1). O *Grupo Intergestor* foi criado no âmbito das Secretarias Municipais, para elaboração e aperfeiçoamento de instrumentos para o monitoramento do acompanhamento das condicionalidades. Este Grupo deveria reunir-se mensalmente, sob a coordenação da SMAS, com as Secretarias Municipais de Educação, de Saúde, de Habitação, de Esporte e Lazer, e de Fazenda. O *Grupo Descentralizado* é composto por representantes de todas as Secretarias Municipais citadas, exceto a de Fazenda, no âmbito das Coordenações Regionais. Tem como objetivo desenvolver o acompanhamento e controle das agendas, no cumprimento das condicionalidades.

Nos três primeiros meses seguintes ao referido Decreto, este Grupo deveria se reunir quinzenalmente e, depois deste período, mensalmente. Trimestralmente deveria ocorrer uma reunião entre os dois Grupos (Intergestor e Descentralizado), na qual poderia participar o Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social, para avaliar a metodologia adotada no desenvolvimento do acompanhamento e controle das condicionalidades. Conforme informações de profissionais que acompanharam a implantação inicial do PBF junto às unidades de saúde na região de Manguinhos¹⁷, no começo o *Grupo Descentralizado* se reunia mensalmente, e contava com a participação de representantes das secretarias municipais de Assistência Social, Saúde e Educação. Com o tempo, essas reuniões deixaram de ocorrer regularmente na área de planejamento que envolve a região de Manguinhos. Quanto às reuniões do *Grupo Intergestor*, também se tornaram espaçadas e, no ano de 2007, ocorreu uma no início do ano e outra em novembro, quando o esperado era que ocorressem todos os meses¹⁸.

Identificamos três importantes fluxos do PBF na cidade do Rio de Janeiro, por onde passam diferentes dados. Em um deles circulam informações sobre as diretrizes, orientações, alterações e atualizações do Programa (setas vazadas). Em outro circulam dados sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação (setas pretas). E, por fim, um outro fluxo, por onde circulam elementos relacionados ao CAD-Único (atualizações, dados, etc. – seta cinza). Esses fluxos se complementam numa relação dinâmica que envolve os três níveis de gestão das políticas relacionadas diretamente com o Programa.

O fluxograma abaixo mostra como as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades eram repassadas para os ministérios correspondentes, a partir das secretarias municipais, que se encarregavam de centralizar essas dados na cidade (conforme Figura 01). A partir do ano de 2007, foram instituídas importantes mudanças nestes encaminhamentos, com a implantação de condições básicas (sistemas, equipamentos, treinamento de RH, conexão à internet, etc.) para a transmissão de dados diretamente das escolas e das unidades básicas de saúde para os respectivos ministérios.

Figura 1: Fluxograma Bolsa Família Município do Rio de Janeiro – Região de Manguinhos –2007/2008



Legenda:

- setas preenchidas: transmissão de dados (condicionalidades saúde e educação);
- setas vazadas: troca de informações e orientação sobre o PBF;
- setas cinzas: elementos relacionados ao CAD-Único (atualizações, dados, etc.).

O processo de cadastramento das famílias residentes na cidade do Rio de Janeiro também se modificou ao longo da implementação do PBF no município¹⁹. A partir do ano de 2007 os atendimentos realizados por assistentes sociais nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) – definidos como a porta de entrada dos programas sociais nos quais a prefeitura é formuladora ou signatária – passaram a gerar um cadastro no CAD-Único. Essas famílias são encaminhadas para os programas sociais mais adequados às suas necessidades e demandas, inclusive para o PBF, se atenderem aos critérios. Esses cadastros são encaminhados ao MDS, através da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – SENARC, e a família fica aguardando a definição do MDS quanto à sua inclusão no Programa²⁰.

Segundo dados divulgados pelo MDS, até o mês de março de 2007, ainda haviam famílias no município do Rio de Janeiro que recebiam benefícios de transferências de renda através de antigos programas. Mas, de 110.381 (cento e dez mil, trezentos e oitenta e uma) famílias beneficiárias de todos os programas, 105.393 (cento e cinco mil, trezentos e noventa e três) famílias estavam vinculadas ao PBF, conforme tabela abaixo.

Tabela 2: Benefícios do Programa Bolsa Família, liberados até março de 2007 – Rio de Janeiro

Famílias Beneficiárias	Total
Programa Bolsa Família	105.393
Programa Bolsa Escola	786
Programa Bolsa Alimentação	1
Programa Auxílio-Gás	4.201
Cartão Alimentação	0
Total	110.381

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDSCF) e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, encontrado em 19/06/2007 no endereço eletrônico <http://www.mds.gov.br/adesao>

Em fevereiro de 2007 haviam 123.518 (cento e vinte e três mil, quinhentos e dezoito) famílias cadastradas no CAD-Único na cidade do Rio de Janeiro, e em novembro de 2008 esse número era de 193.161 (cento e noventa e um mil, cento e sessenta e uma) famílias, apresentando um aumento de 69.643 (sessenta e nove mil,

seiscentos e quarenta e três) no número de famílias inscritas em um ano e nove meses. De 112.599 (cento e doze mil, quinhentos e noventa e nove) famílias cadastradas que apresentavam a renda *per capita* familiar para inclusão no PBF em FEV/2007, o CAD-Único passou a contabilizar 180.921 (cento e oitenta mil, novecentos e vinte e uma) famílias com esse perfil em novembro de 2008, o que significou um aumento de 68.322 (sessenta e oito mil, trezentos e vinte e duas) famílias neste período considerado, e de 16.008 (dezesesseis mil e oito) famílias a mais em relação à estimativa feita pelo governo federal na época da assinatura do convênio, conforme tabela abaixo.

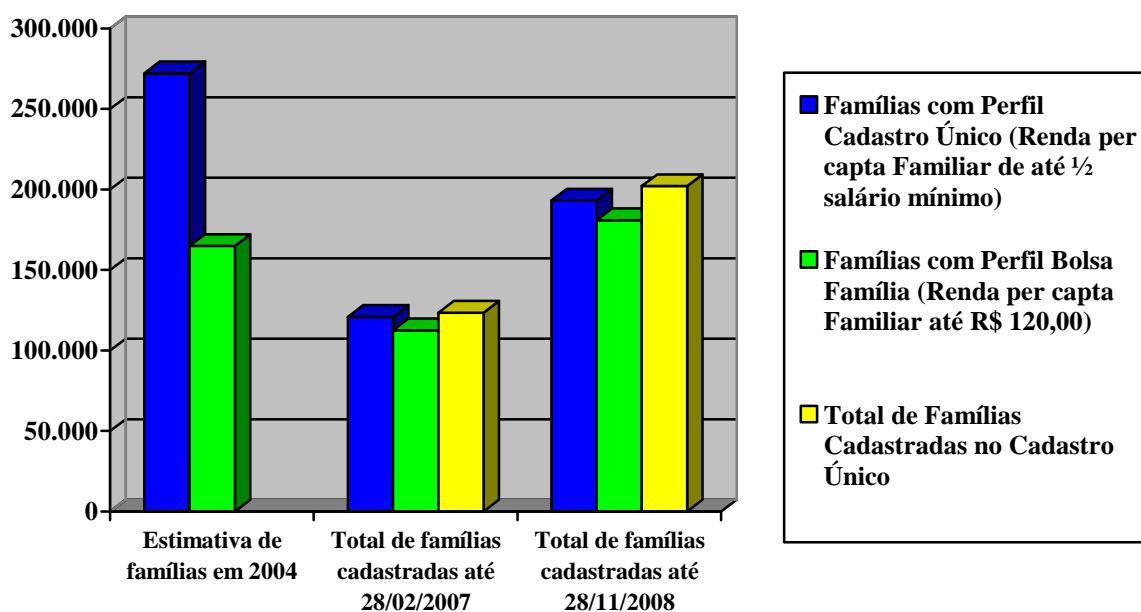
Tabela 3: Estimativa de famílias com perfil do PBF e do CAD-Único com base nos dados do IBGE de 2004, total de famílias cadastradas até 28/02/2007, e até 28/11/2008, na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

Famílias cadastradas	Estimativa de famílias em 2004	Total de famílias até 28/02/2007	Total de famílias até 28/11/2008
Perfil Cadastro Único (Renda <i>per capita</i> Familiar de até ½ salário mínimo)	272.106	120.892	193.161
Perfil Bolsa Família (Renda <i>per capita</i> Familiar até R\$ 120,00)	164.913	112.599	180.921
Total de Famílias Cadastradas no Cadastro Único	-	123.518	202.107

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, informações encontradas em 19/06/2007 e em 03/04/2009 no endereço eletrônico <http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizview.asp?IBGE=3304557>

Comparando a quantidade de famílias cadastradas no CAD-Único em 28/02/2007 com o número de famílias existentes neste cadastro em 28/11/2008, percebe-se a ocorrência de um aumento considerável no número de famílias, ultrapassando a estimativa feita pelo Governo Federal no início da implementação do Programa, conforme pode ser observado no Gráfico abaixo.

Gráfico 1: Comparativo entre número de famílias estimadas com perfil do CAD-Único e do PBF, com o quantitativo de famílias cadastradas em FEV/2007 e NOV/2008.



Em relação à atuação do Governo do Estado do Rio de Janeiro, a Coordenação Estadual Intersetorial do PBF (criada em 2004) passou a se reunir com maior regularidade e programação a partir do ano de 2008, geralmente nas últimas quartas-feiras de cada mês. Fazem parte desta Coordenação representantes das Secretarias de Estado da Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH), de Planejamento e Gestão (SEPLAG), da Saúde e Defesa Civil (SESDEC), e da Educação (SEEDUC). Mas o foco de atuação dos representantes do estado se direciona principalmente para os municípios menores. A cidade do Rio de Janeiro, por ter acesso direto à SENARC, teria uma relação de menor dependência em relação ao governo do Estado do Rio, comparado com os demais municípios²¹.

III.2. O Contexto de Manguinhos

O local onde desenvolvemos este estudo de caso foi a região de Manguinhos, que envolvia treze comunidades de baixa renda²². São elas: Parque Carlos Chagas (PCC), Parque João Goulart (PJG), Parque Oswaldo Cruz (POC), Comunidade Samora Machel (CSM); Conjunto Habitacional Nelson Mandela (CNM); Comunidade Mandela

de Pedra (CMP); Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH); Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2); Vila São Pedro (VSP); Vila Turismo (VT); Vila União (VU); Comunidade Vitória de Manguinhos (Conab) e Monsenhor Brito.

A partir dos dados sistematizados no “Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais de Manguinhos” publicado em 2001⁽⁷¹⁾, todas as comunidades que faziam parte de Manguinhos nesta pesquisa tinham associação de moradores e outras iniciativas semelhantes (num total de 28). A região considerada pelo Projeto DLIS em muito se assemelha com a região na qual desenvolvemos este estudo de caso, pois, além das onze comunidades incluídas naquele projeto, ampliamos o território com outras duas comunidades (Comunidade Vitória de Manguinhos, e Monsenhor Brito), como pode ser observado no quadro “Comunidades da Região de Manguinhos”. Nestas localidades também foram encontrados equipamentos e iniciativas comunitárias nas áreas de assistência social (23); educação (36); cultura, esporte e lazer (29); trabalho e renda (15); e saúde (11).

Destas comunidades apenas quatro estavam fora dos limites territoriais do bairro, mas faziam parte da área de cobertura das equipes do PSF de Manguinhos no período estudado²³. Estavam nesta situação as Comunidades: Agrícola de Higienópolis; Vila São Pedro; Vila União; e Monsenhor Brito. Além da identificação de pertencimento, as comunidades que compõem a região apresentavam problemas comuns, que demandavam ações de políticas públicas. Destacamos como principais dificuldades: carência de serviços públicos de qualidade; problemas habitacionais, ambientais, e de infra-estrutura; baixo nível de escolaridade e de emprego entre jovens e adultos; além de graves problemas de violência.

O bairro de Manguinhos possui 2.618,4 quilômetros quadrados em sua área total, e faz parte da X Região Administrativa, junto com os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos²⁴. Localiza-se na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, e foi criado em 23 de julho de 1981. Originariamente a região era formada por chácaras e fazendas que abasteciam a cidade do Rio de Janeiro, e por ser frequentemente invadida pelas marés, ficou conhecida e acabou recebendo o nome de Manguinhos. Atualmente caracteriza-se como uma região que passou por grandes processos de acelerada favelização.

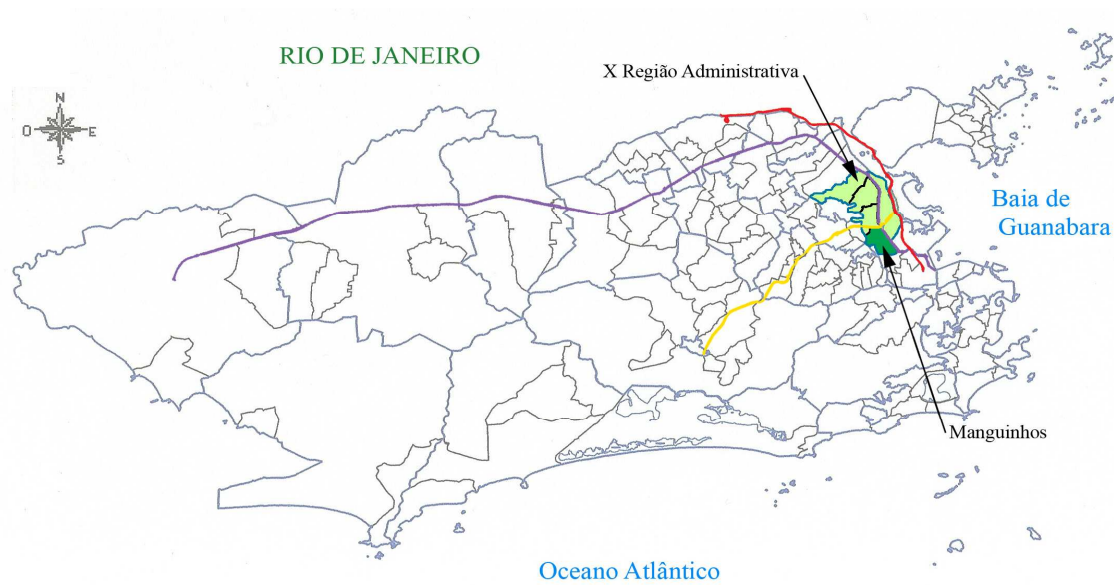
Quadro 4:
Comunidades da Região de Manguinhos

Nome das Comunidades	Ano de ocupação	Pesquisa PBF Manguinhos	PSF	DLIS "Complexo Manguinhos"	PDUCM	FCDDHBR "Complexo Manguinhos"
1-Parque Carlos Chagas	1941	X	X	X	X	X
2-Parque João Goulart	1951	X	X	X	X	X
3-Parque Oswaldo Cruz	1901	X	X	X	X	X
4-Comunidade Samora Machel	1991	X	X	X	X	X
5-Conjunto Habitacional Nelson Mandela	1990	X	Não	X	X	X
6-Comunidade Mandela de Pedra	1995	X	X	X	X	X
7-Comunidade Agrícola de Higienópolis	1990	X	X	X	X	X
8-Conjunto Habitacional Provisório (CHP2)	1951	X	X	X	X	X
9-Vila São Pedro	1983	X	X	X	X	X
10-Vila Turismo	1951	X	X	X	X	X
11-Vila União	1951	X	Não	X	X	X
12-Comunidade Vitória de Manguinhos	2002	X	Não	Não	X	Não
13-Monsenhor Brito	?	X	X	Não	Não	Não

Fontes:

- ♦ PSF: informações fornecidas pela secretaria do PSF Manguinhos em abril de 2008;
- ♦ "Complexo de Manguinhos": Guia de Equipamentos – DLIS Manguinhos, 2001⁽⁷¹⁾;
- ♦ PDUCM – Plano de Desenvolvimento Urbanístico do Complexo de Manguinhos, junho de 2005⁽⁷²⁾;
- ♦ "Complexo de Manguinhos": Diagnóstico Rápido Participativo da comunidade de PARQUE OSWALDO CRUZ – FCDDHBR, 2000⁽⁷³⁾.

Figura 2: Mapa do bairro de Manguinhos, e da X Região Administrativa, na cidade do Rio de Janeiro, com as principais vias de acesso



Fonte: Rio Atlas – 2005 – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – IPP

Legendas:

- Bairro de Manguinhos
- X Região Administrativa
- Av. Brasil
- Linha Vermelha
- Linha Amarela

A condição ambiental na região, sobretudo em relação à qualidade do ar, foi bastante alterada ao longo dos anos, agravada pela proximidade da Estação de Transferência de Lixo do Caju e da Refinaria de Petróleo de Manguinhos. Esta área, também, é limítrofe e cortada por duas importantes vias de acesso ao centro da cidade e à Zona Oeste (Av. Brasil e Linha Amarela), e fica bem próxima da principal via que liga os municípios da Baixada Fluminense ao centro da cidade (Linha Vermelha). Todas essas vias recebiam trânsito intenso de veículos, inclusive de carga, 24 horas por dia.

Os canais e rios encontravam-se muito poluídos, principalmente por despejos de esgotos das construções erguidas nos locais com ausência de saneamento básico, e de lixo, carros e móveis descartados em suas águas. As construções irregulares e sem infraestruturas encontradas na Região – tais como: barracas improvisadas, casas embaixo de viadutos e próximas das linhas de alta tensão, e etc. – expunham a população residente a uma série de ameaças à saúde e à vida, incluindo incêndios, desabamentos, inundações, riscos de doenças e agravos sanitários⁽⁷⁴⁾.

Em relação à gestão das políticas sociais municipais, as secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social apresentavam contornos e limites diferentes correspondentes às respectivas coordenações regionais, o que certamente poderia gerar algumas dificuldades na implementação de ações e de programas comuns a essas políticas. Junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a Região de Manguinhos ficava na área de abrangência da Coordenação de Saúde da AP 3.1 (“CAP 3.1”), incluindo as comunidades da área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF) de Manguinhos.

Nesta região se encontra o campus da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ no Rio de Janeiro que, através de parcerias, desenvolve projetos sociais integrados àquela realidade, e com a participação de líderes comunitários e moradores das comunidades do entorno. O único equipamento do SUS voltado para a atenção básica de saúde, que atende a região de Manguinhos na área da CAP 3.1, é o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF, vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP-FIOCRUZ. Até maio de 2008 esta unidade foi a principal referência para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na região. A partir de junho passou a fazer o acompanhamento somente dos beneficiários residentes fora da região de cobertura do PSF Manguinhos, pois, os moradores dessas áreas iniciaram estes procedimentos com a assistência de suas equipes de referência²⁵.

O CSEGSF abrigava, também, as oito equipes do PSF Manguinhos, que atendiam cerca de 80% da área de atuação do CSEGSF. Este PSF foi implantado em 2000, inicialmente com duas equipes, posteriormente ampliado para oito equipes em 2004, e mantido assim durante o período estudado O que correspondia a uma população cadastrada de: 31.841 (trinta e um mil, oitocentos e quarenta e um) moradores, distribuídos por um total de 9.315 (nove mil, trezentos e quinze) famílias atendidas²⁶. Cabe lembrar aqui que, na estrutura do PSF existente nos anos de 2007 e 2008, considerados por esta pesquisa, essas oito equipes contavam com uma supervisão técnica desempenhada pela SMS, além de uma coordenação no próprio CSEGSF. A supervisão realizada pela SMS ocorria através do Grupo de Apoio Técnico – GAT do PSF, que ficava lotado e referenciado à CAP 3.1, e que designava um responsável pelo acompanhamento mais próximo e regular dessas equipes²⁷.

Na área de coordenação da CAP 3.1 também foram encontradas outras quatro unidades do SUS que atendiam toda a região, incluindo Manguinhos, em serviços de

emergência, média e alta complexidade, com vínculos públicos diferenciados, mas que não funcionavam com suas plenas capacidades. Dois hospitais públicos federais atendiam média e alta complexidade, mas não atendiam emergência. Estes eram: o Hospital Geral de Bonsucesso (do Ministério da Saúde), e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro), na Ilha do Fundão. O Hospital Estadual Getúlio Vargas, no bairro da Penha, atendia emergência, média e alta complexidade. E o Hospital Municipal Paulino Werneck, na Ilha do Governador, atendia emergência e média complexidade. Ou seja, de um total de quatro hospitais públicos, dois atendiam as emergências da população, três atendiam alta complexidade e os quatro atendiam média complexidade²⁸.

No que concerne à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), uma parte da região de Manguinhos era assistida pela 3ª. CAS (Coordenadorias de Assistência Social), e outra parte era assistida pela 4ª. CAS. Mas, oficialmente, o bairro de Manguinhos fazia parte da área de abrangência da 4ª. CAS. Porém, como a região considerada extrapolava os limites territoriais do bairro, existia essa divisão administrativa da Região em relação à SMAS. Tal divisão demonstra a importância do desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, que respeitem as características históricas, culturais, econômicas e sociais do contexto local. Dois outros equipamentos governamentais voltados para a prestação de serviços públicos foram encontrados nesta região. Estes faziam parte da estrutura da Secretaria de Estado da Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH): o Centro Comunitário de Defesa da Cidadania (CCDC) – que oferecia cursos de capacitação e diversos serviços assistenciais para os moradores da comunidade; e um dos centros sociais da Fundação Leão XIII – que prestava serviços de documentação para a população.

Em relação à Secretaria Municipal de Educação (SME), a integração da região de Manguinhos já havia sido equacionada e, apesar de também exceder os limites físicos da área de abrangência da 4ª. Coordenadoria Regional de Educação (4ª.CRE), todas as escolas deste território ficavam sob a organização desta mesma coordenação.²⁹ No ano de 2007 as quatro escolas desta região registraram 779 (setecentos e setenta e nove) matrículas no pré-escolar, 2.257 (duas mil duzentas e cinquenta e sete) nos 1^{os}. e 2^{os}. ciclos de formação, e 17 (dezessete) na classe especial. No ano seguinte, em 2008, as matrículas efetuadas nestas mesmas escolas chegaram ao total de 751 (setecentas e cinquenta e uma) na pré-escola, 2.205 (duas mil duzentas e cinco) nas classes de 1º. E

2º. Ciclo, e 19 (dezenove) na classe especial³⁰. Como podemos observar na tabela abaixo, com exceção da classe especial, que teve mais duas crianças matriculadas no ano de 2008, as demais classes apresentaram uma redução de matrículas de um ano para o outro.

Quadro 5: Oferta de Serviços Públicos de Educação na região de Manguinhos nos anos de 2007 e 2008

Escolas Municipais	Períodos Escolares 2007			Períodos Escolares 2008		
	Pré-escola	1º. 2º. ciclos	Classe especial	Pré-escola	1º. 2º. ciclos	Classe especial
EMA NEGRÃO DE LIMA	120	330	-	97	341	-
ALBINO SOUZA CRUZ	129	366	-	119	300	-
Prof. ^a MARIA DE CERQUEIRA E SILVA	280	849	-	298	886	-
CIEP JUSCELINO KUBITSCHK	250	712	17	237	678	19
Totais	779	2257	17	751	2205	19
CRECHE MANGUINHOS	167 crianças atendidas			143 crianças atendidas		

Fonte: Secretaria Municipal de Educação, dados colhidos respectivamente em 04/07/2007, e em 29/09/2008 no site: <http://www.rio.rj.gov.br/sme>

A região de Manguinhos foi envolvida no planejamento de obras de infraestrutura, habitação, e equipamentos de esporte, lazer, educação, cultura e saúde do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC Manguinhos do governo federal, em parceria com os governos estadual e municipal. Com exceção da comunidade Monsenhor Brito, que faz parte da área de abrangência do PSF Manguinhos mas fica no bairro de Bonsucesso, todo o território foi incluído neste planejamento devido sua situação de amplas carências sociais, inclusive em relação à oferta e acesso a serviços públicos.

Conforme dados do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), do total da população residente no bairro de Manguinhos em 2000, cerca de 72%, ou seja, 22.475 (vinte e dois mil, quatrocentos e setenta e cinco) pessoas moravam em comunidades de baixa renda. Neste universo da população, e no próprio bairro, observou-se um ligeiro predomínio do gênero feminino em relação ao masculino. Esse foi um fenômeno que se repetiu na X Região Administrativa de Ramos, e no município do Rio de Janeiro, conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 4: População residente nos aglomerados sub-normais (favelas) no Bairro de Manguinhos, no total da Região Administrativa a que pertence, e no município Rio de Janeiro – valores totais e divididos por gênero – 2000

Região	Total (N)	População Masculina		População Feminina	
		N	%	N	%
Cidade 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
<i>Aglomerados sub-normais de Manguinhos</i>	22.475	10.882	48,4	11.593	51,6

Fontes: IPP – Rio Atlas 2004 – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Segundo dados do último censo demográfico do IBGE (do ano de 2000) agregados pelo IPP em 2004, a população residente no bairro de Manguinhos era predominantemente jovem, encontrando-se 75,6% (setenta e cinco vírgula seis por cento) nas faixas etárias inferiores a quarenta anos, conforme tabela abaixo.

Tabela 5: Distribuição da População por faixa etária no bairro de Manguinhos - 2000

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%
60 a 79 anos	1.801	5,8%
Acima de 80 anos	180	0,6%
Total	31.059	100

Fontes: IPP – Rio Atlas 2004 – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Conforme o Censo de 2000 do IBGE o total da população residente no bairro de Manguinhos era de 31.059 (trinta e um mil e cinquenta e nove) habitantes, e na área dos “aglomerados sub-normais”⁹ haviam 22.475 (vinte e dois mil, quatrocentos e setenta e cinco) moradores, ou seja, o correspondente a 72,36% (setenta e dois vírgula trinta e seis por cento) da população do bairro, conforme tabela abaixo.

Tabela 6: População residente no Bairro de Manguinhos e nos seus aglomerados sub-normais – 2000

Região	Total População	Percentual
Manguinhos	31.059	100%
Aglomerados sub-normais de Manguinhos	22.475	72,36%

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

Segundo dados do IPP atualizados em 2004, a partir de informações fornecidas pela SMS/Rio, o índice de Mortalidade Infantil observado no bairro de Manguinhos (de 28,6 óbitos por mil nascidos vivos), superava em cerca de três vezes o índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (que é de dez óbitos infantis por mil nascidos vivos), conforme Tabela 06 abaixo.

Tabela 7: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos no bairro de Manguinhos – RJ, 2004

Mortalidade	Total de óbitos	Índice por mil nascidos vivos
Infantil (crianças menos de 1 ano)	14	28,6
Neonatal precoce (menos de 7 dias de vida)	4	8,2
Neonatal tardia (entre 7 e 28 dias de vida)	3	6,1
Pós-neonatal (do 28 ^o .dia ao 12 ^o . mês de vida)	7	14,3

Fonte: IPP - GIE/SVS/SMS-RJ.

Outros indicadores de saúde podem ser observados na Tabela 07 abaixo, que compara a situação de iniquidade em saúde de Manguinhos com as condições encontradas na X Região Administrativa e na cidade do Rio de Janeiro, a partir das taxas de mortalidade até 5 anos de idade, a esperança de vida ao nascer, e a taxa de fecundidade. A taxa de mortalidade até 5 anos – que mede a probabilidade de morrer entre o nascimento e a idade exata de 5 anos, por 1000 crianças nascidas vivas – em Manguinhos apresenta uma probabilidade de 13,78 pontos a mais do que na própria região administrativa onde se encontra o bairro, e de 12,1 pontos a mais em relação à cidade. Os moradores de Manguinhos apresentavam o número médio de 66,30 anos de vida a partir do nascimento, enquanto essa idade aumenta para 70,26 anos na cidade, e para 71,68 anos na região administrativa. A taxa de fecundidade, ou seja, o número médio de filhos que uma mulher teria durante seu período reprodutivo, em Manguinhos é maior do que nas outras duas referências consideradas.

Tabela 8: Taxas de mortalidade até 5 anos de idade; esperança de vida ao nascer; e taxa de fecundidade – na cidade do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa e no Bairro de Manguinhos – 2000

Região	Mortalidade até 5 anos de idade	Esperança de vida ao nascer	Taxa de fecundidade
Rio de Janeiro	22,21	70,26	1,87
X Região Administrativa	20,53	71,68	1,91
Manguinhos	34,31	66,30	3,05

Fonte: IPP - Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003), a partir do Censo Demográfico IBGE 2000 – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

A maternidade entre crianças de 10 a 14 anos, e entre adolescentes de 15 a 17 anos, apresenta maiores percentuais em Manguinhos quando comparado com a região administrativa e com a cidade, conforme pode-se observar na Tabela 08 abaixo. Entre as crianças de 10 a 14 anos do sexo feminino, em Manguinhos 0,63% (zero vírgula sessenta e três por cento) têm filhos. E entre jovens de 15 a 17 anos esse percentual cresce para 14,99% (quatorze vírgula noventa e nove por cento) em Manguinhos, o que corresponde a quase o dobro do percentual de 7,56% (sete vírgula cinquenta e seis por cento) encontrado na cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 9: Maternidade Precoce – 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	% crianças do sexo feminino entre 10 e 14 anos com filhos	% 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)

A média de anos de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes em Manguinhos era de 5,41 para os homens e de 4,51 para as mulheres, compondo a média de 5,14 anos de estudo. Essa média na cidade do Rio de Janeiro era de 8,29, e da X Região Administrativa era de 7,55, ou seja, a média da escolaridade dos responsáveis por domicílios em Manguinhos ficava bem abaixo das demais, segundo dados do IPP, a partir do censo demográfico de 2000 do IBGE, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 10: Média de anos de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes e por gênero em Manguinhos– 2000

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

Fonte: IPP – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico:
<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

A grande desigualdade encontrada em relação à escolaridade de moradores de Manguinhos pode ser observada na comparação do percentual de jovens de 18 a 24 anos com mais de onze anos de estudo. Segundo o censo de 2000 do IBGE, o percentual da cidade do Rio era de 14,67%, enquanto o do bairro de Manguinhos era de 2,22%. E,

entre os jovens desta faixa etária em Manguinhos, apenas 1,81% estavam no curso superior, contrastando com a média da cidade do Rio de Janeiro, na qual esse percentual sobe para 15,68%, conforme pode-se observar na tabela abaixo.

Tabela 11: Indicadores de Educação. Percentagem de jovens de 18 a 24 anos por nível educacional – 2000

Regiões	% de jovens de 18 a 24 anos com mais de 11 anos de estudo	% de jovens de 18 a 24 anos no curso superior	% de jovens de 18 a 24 com acesso ao curso superior
Rio de Janeiro	14,67	15,68	16,51
X RA Ramos	13,45	11,36	12,23
Manguinhos	2,22	1,81	1,81

Fonte: IPP - Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003), a partir do Censo Demográfico IBGE 2000 – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Em relação ao analfabetismo funcional, ou seja, menos de quatro anos de estudo, o percentual de crianças de 10 a 14 anos nessa situação no bairro de Manguinhos era de 56,84%. Entre os adolescentes de 15 a 17 anos, encontram-se nessa situação o percentual de 16,14%. E, entre os jovens na faixa etária de 18 a 24 anos, esse percentual apresentou uma pequena queda chegando a 15,63%. Em relação ao total das pessoas com 15 anos ou mais de idade, o percentual volta a aumentar, chegando a 27,54%. Isto é, mais de ¼ da população acima de 15 anos de idade tem menos de quatro anos de estudo, como pode ser observado na tabela 12.

Tabela 12: Indicadores de Educação - Analfabetismo Funcional. Percentual de analfabetos funcionais por faixas etárias, por Bairro, Região Administrativa e total da cidade do Rio de Janeiro – 2000

Regiões	Percentual de crianças de 10 a 14 anos com menos de 4 anos de estudo	Percentual de adolescentes de 15 a 17 anos com menos de 4 anos de estudo	Percentual de jovens de 18 a 24 anos com menos de 4 anos de estudo	Percentual de pessoas de 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: IPP - Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003), a partir do Censo Demográfico IBGE 2000 – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

O percentual de crianças e adolescentes entre 04 e 17 anos fora da escola no bairro de Manguinhos, em relação à cidade do Rio de Janeiro, em todas as divisões etárias, conforme demonstrado na Tabela 12 abaixo, demonstra o grau de vulnerabilidade dessa população em 2000, principalmente nas faixas de 04 à 06 anos (correspondentes à pré-escola) e nas faixas da adolescência entre 15 e 17 anos.

Tabela 13: Crianças e adolescentes de 4 a 17 anos, fora da escola - 2000

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

Fonte: IPP - Cálculos e tabulação: Fundação João Pinheiro-MG (Convênio IPP, IUPERJ, IPEA – 2003), a partir do Censo Demográfico IBGE 2000 – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico:

<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

A maioria, ou seja, 54,2% (cinquenta e quatro vírgula dois por cento) dos responsáveis por domicílios das comunidades do bairro de Manguinhos recebiam até dois salários mínimos. E a grande maioria desta população, ou seja, 73,3% (setenta e três vírgula três por cento) recebiam até três salários mínimos. Ganhando acima de 10 salários mínimos, encontramos somente 1,5% (um vírgula cinco por cento).

Tabela 14: Responsáveis pelos domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais de Manguinhos com renda nominal média em salários mínimos – 2000

Em salários mínimos	Até ½	De 1/2 a 1	De 1 a 2	De 2 a 3	De 3 a 5	De 5 a 10	De 10 a 15	De 15 a 20	Mais de 20	Total
Número de responsáveis	37	1.162	1.674	1.014	874	459	44	23	18	5.305
%	0,7%	21,9%	31,6%	19,1%	16,6%	8,6%	0,8%	0,4%	0,3%	100%

Fonte: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – IPP. ("Rendimentos" = soma de todos os rendimentos recebidos ou a receber em julho de 2000; "sem rendimento" = quem não possuía qualquer rendimento ou era remunerado somente em benefícios; "salário mínimo" = R\$151,00)

Em uma escala entre os bairros da cidade do Rio de Janeiro com 126 posições decrescentes de IDH – Índice de Desenvolvimento Humano³¹ o bairro de Manguinhos ficou entre os últimos, ocupando o lugar de número 122. Comparando o IDH desta posição (0,726) com o bairro da Gávea que teve o melhor desempenho (0,970) percebe-se uma diferença entre esses índices equivalente a 0,244. Já entre a posição de Manguinhos e o último colocado, o bairro do Complexo do Alemão (IDH de 0,711), a diferença é bem menor, equivalendo a 0,015. Ou seja, as condições de Manguinhos medidas pelo IDH demonstram a desigualdade em que se encontram regiões pobres da cidade, conforme pode-se observar na Tabela 14 abaixo, sobretudo em relação à renda e a longevidade.

Tabela 15: IDH – posição comparativa de Manguinhos na escala entre os bairros com o menor e o maior índice na cidade do Rio de Janeiro – 2000

Ordem segundo o IDH Municipal	Bairros Comparados	Índice de Longevidade de (IDH-L)	Índice de Educação (IDH-E)	Índice de Renda (IDH-R)	IDH - Municipal
1º. lugar	Gávea	0,924	0,987	1,000	0,970
122º. lugar	Manguinhos	0,688	0,842	0,648	0,726
126º. e último lugar	Complexo do Alemão	0,663	0,834	0,637	0,711

Fonte: IPP - Cálculos Convênio IPP, IUPERJ, IPEA e FJP-MG – encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

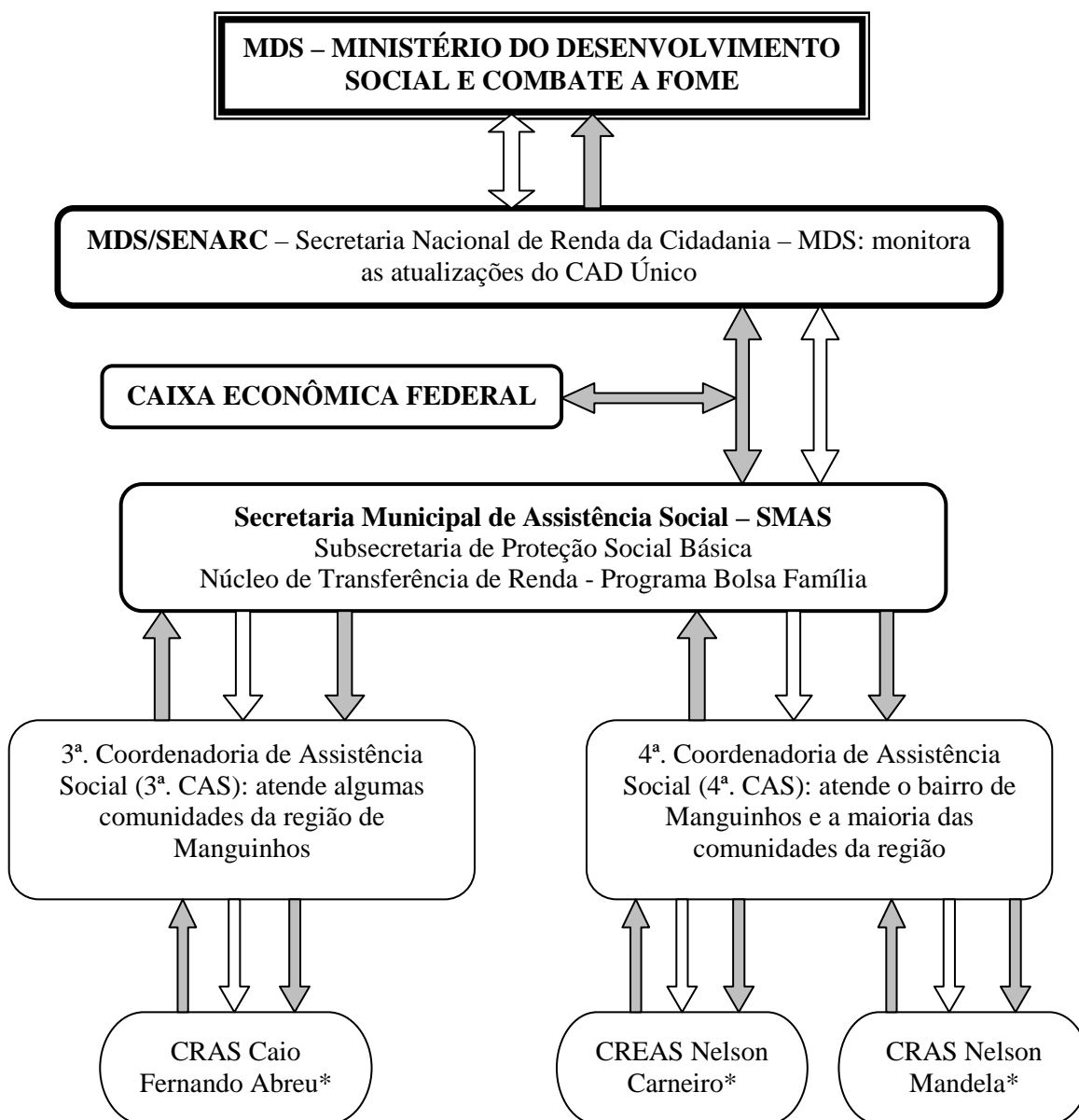
Na assinatura do Termo de Cooperação do Programa Bolsa Família (PBF) entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e o Governo Federal, em maio de 2004, foram priorizadas as famílias que residiam em comunidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³². Por estar incluído neste critério, Manguinhos foi um dos bairros contemplados no início da implantação do PBF nesta Cidade.

III.3. A Intersetorialidade na Implementação do Programa Bolsa Família em Manguinhos

Na busca por qualidade de vida, os problemas sociais precisam ser enfrentados a partir de uma visão integrada. A construção de redes sociais de cooperação num determinado território, propiciando a convergência de políticas sociais para o desenvolvimento de ações intersetoriais integradas e sistêmicas, pode trazer avanços qualitativos na resolução dos problemas sociais locais. Essa é uma concepção diferenciada em relação às práticas tradicionais e, que, portanto, deve instrumentalizar uma nova forma de planejamento, que envolva também a execução e o controle dos serviços prestados, para a garantia da equidade social. Tal proposta também significa mudança nas práticas e nas culturas institucionais da gestão dessas políticas, que podem gerar resistências, ao contrariar interesses pessoais e corporativos. A redistribuição do poder, a partir de uma nova lógica voltada para atender as necessidades dos cidadãos, estabelece novos compromissos de mudança nos quadros que fazem parte dessas estruturas, e que podem colaborar, ou não, neste processo^(77; 78).

Na região de Manguinhos foram encontrados serviços públicos municipais que estavam diretamente relacionados aos processos de cadastramento e acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação do PBF, e que poderiam trazer contribuições na construção de uma rede social voltada para atender as necessidades dos moradores. O cadastramento e o acompanhamento social das famílias eram feitos em três unidades de atendimento ao público da SMAS: um CREAS (Centro Especializado de Referência da Assistência Social) e dois CRAS (Centros de Referência da Assistência Social). Estes estavam vinculados a duas diferentes Coordenadorias da Assistência Social (CAS): CRAS Caio Fernando Abreu (na área da 3ª. CAS); CREAS Nelson Carneiro e o CRAS Nelson Mandela (ambos na área da 4ª. CAS). Estes equipamentos também eram responsáveis pela atualização das informações do CAD Único das famílias beneficiárias do PBF moradoras da região, conforme ilustra a figura Fluxo de informações sobre acompanhamento e atualização do PBF e do CAD Único na região de Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008.

Figura 3: Fluxo de informações sobre acompanhamento e atualização do PBF e do CAD Único na região de Manguinhos – Rio de Janeiro – 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:

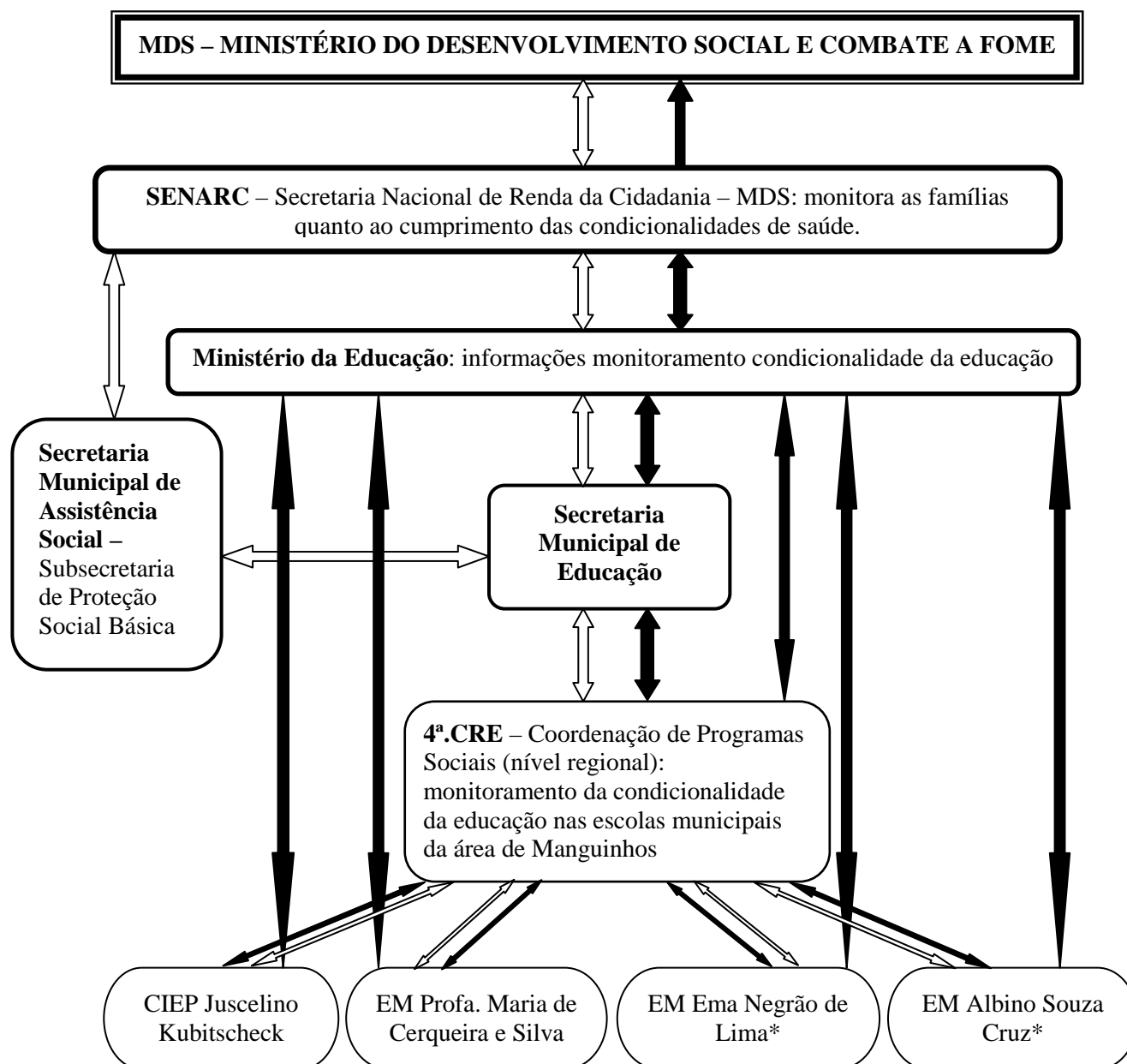
*Nível local que atende, faz o cadastramento e a atualização do Cad-Único na área de Manguinhos;

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

Para atender as exigências do programa Bolsa Escola, as quatro escolas municipais de ensino fundamental da região de Manguinhos já contavam com mecanismos de acompanhamento da frequência escolar de beneficiários. Seguindo orientação da SME para todas as escolas do município, essa estrutura pode ser adaptada para o monitoramento da condicionalidade do PBF, ainda que com diferenças em relação ao percentual da frequência (no Bolsa Escola era de 80% e no PBF era de 85%). Alterações importantes ocorreram em relação à possibilidade do envio dessas informações do PBF diretamente das escolas para o Ministério da Educação, através de sistemas de transmissão de dados “*on line*”. E, na possibilidade de ocorrer algum imprevisto ou falha, essa tarefa poderia ser realizada através dos computadores da CRE³³ (figura: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Educação em Manguinhos–Rio de Janeiro – RJ – 2007/2008).

O acompanhamento das condicionalidades de saúde em Manguinhos teve início no segundo semestre de 2005, junto com todo o território nacional. No início da implantação do monitoramento dessas ações, foi indicada na CAP 3.1 uma nutricionista e quatro assistentes sociais do Grupo de Apoio Técnico (GAT) de supervisão do PSF, para realizar o monitoramento dessas ações junto às unidades básicas de saúde área. No Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) foram envolvidos as assistentes sociais, uma nutricionista, residentes de nutrição e uma enfermeira, para o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias moradoras na região de Manguinhos, sem a participação direta das equipes do PSF local. Para realizar esse acompanhamento a equipe do CSEGSF procurou, num primeiro momento, o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) do PSF de Manguinhos, para convocarem as famílias beneficiárias a comparecer no Centro de Saúde. No entanto, como neste mesmo momento estava ocorrendo o processo de cadastramento do Bolsa Família, tal solicitação gerou uma grande confusão tanto para os beneficiários quanto para os ACS. A grande maioria acreditou que as famílias estavam sendo convocadas para um bloqueio do benefício, por isso, num primeiro momento, muitos não compareceram. Conforme começaram a comparecer no Centro de Saúde, as assistentes sociais foram esclarecendo sobre as condicionalidades do Programa. Essa provavelmente foi uma de muitas situações difíceis enfrentadas por funcionários e usuários, e influenciada pela falta de articulação e de informação entre todos os envolvidos no Programa³⁴.

Figura 4: Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Educação em Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008



Legenda:

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

OBS:

As próprias escolas fazem o acompanhamento das condicionalidade da educação que corresponde a 85% (oitenta e cinco por cento) da frequência mensal;

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.

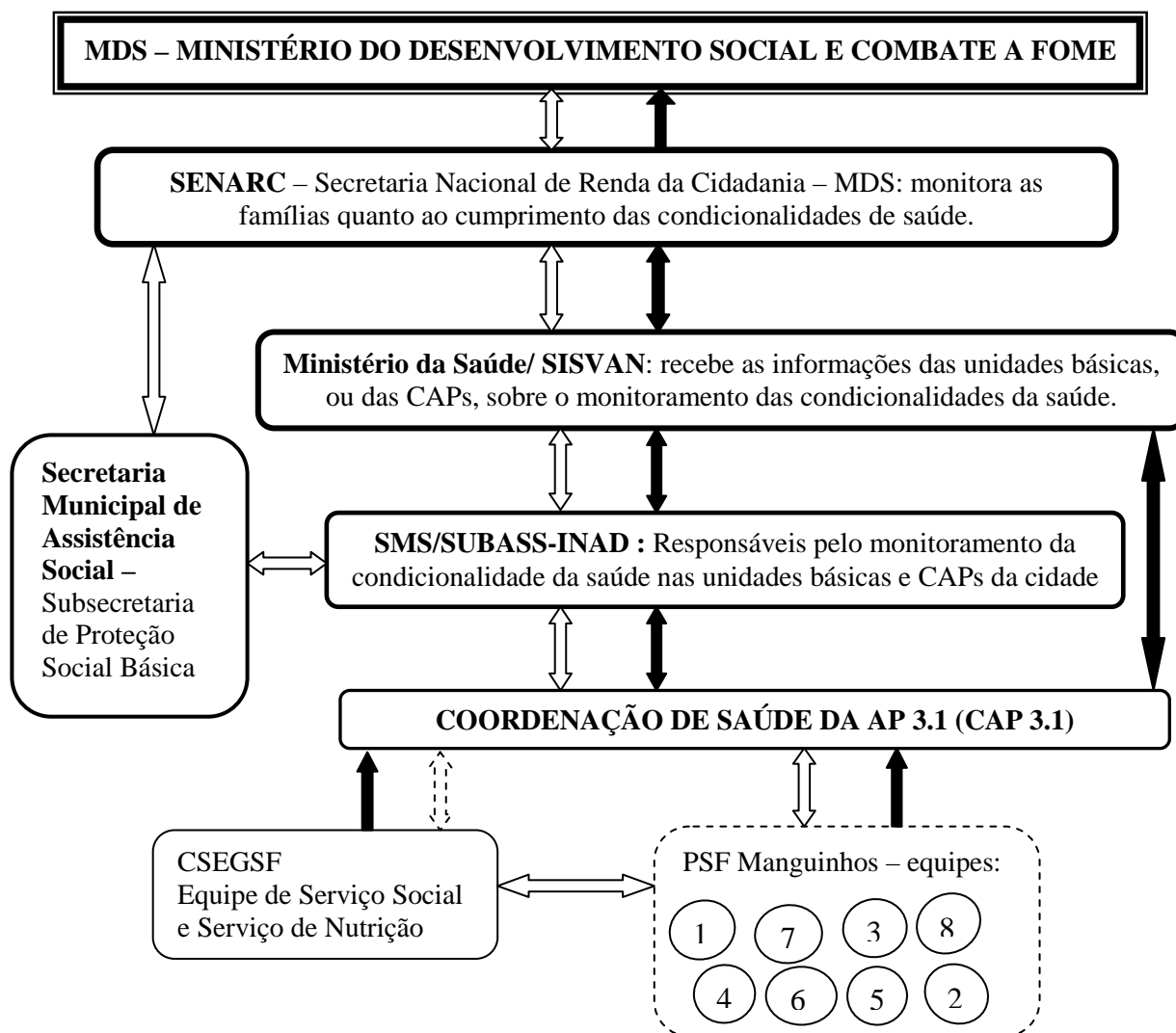
* escolas sob a responsabilidade da 4ª. CRE, mas no território correspondente à 3ª. CAS (Coordenadoria da Assistência Social).

Em 2006 – aproximadamente em abril – houve uma mudança na gestão do Programa, a partir do surgimento do *interlocutor* da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). Esse profissional, que ficava instalado na CAP, passou a estabelecer uma relação entre todos os programas coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e as unidades de saúde da SMS, através da supervisão dos profissionais de serviço social vinculados à SMAS lotados nestes locais. Neste mesmo ano de 2006, o acompanhamento das condicionalidades de saúde passou a ser semestral e o responsável pelo monitoramento destas ações na Coordenação de Saúde foi o *interlocutor* da SMAS. No início do ano de 2007, em um terceiro momento, foi definido pela SMS que em todas as dez CAPs deveria haver um assistente com a função de monitoramento desse acompanhamento. Nessa situação foi incluída, também, a CAP 3.1.

Apesar da SMS enviar semestralmente para a CAP 3.1 uma relação com o nome dos responsáveis pelas famílias beneficiárias que deveriam realizar o acompanhamento da saúde, os profissionais do CSEGSF desconheciam esse fluxo de informações. Essa interrupção na comunicação contribuiu para dificuldade que tinham na identificação e na localização dessas famílias, trazendo conseqüências para a atuação dos profissionais, para o atendimento da contrapartida da saúde pelas famílias e, conseqüentemente, para a efetividade do Programa.

Em junho de 2008 as equipes de Saúde da Família de Manguinhos passaram a acompanhar as condicionalidades de saúde dos moradores de sua área de abrangência. A figura “Fluxo das informações sobre o Acompanhamento e o Monitoramento das Condicionalidades de Saúde em Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ, 2007/2008” ilustra como as informações sobre essas atividades eram repassadas para os níveis acima e ao lado, na estrutura do PBF.

Figura 5: 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 recebia os dados das famílias acompanhadas nas unidades que não tinham o sistema instalado para o envio “on line” das informações ao SISVAN. Contava com a participação da Interlocutora da SMAS e com representantes do GAT/PSF;
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 do PSF;
3. As unidades básicas de saúde que implantaram o sistema de monitoramento do PBF no SISVAN acessavam e alimentavam o banco de dados sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde de forma direta, sem precisar enviar para a CAP 3.1. Essa situação não se aplicava ao CSEGSF, nem ao PSF Manguinhos.

Durante o processo de implementação de uma política, seu desenho original pode ser alterado. As diferenças de interesses, visão de mundo e objetivos dos implementadores no nível local, podem modificá-la, e chegar a comprometer, até mesmo, seu sucesso. Caso estes agentes não conheçam as regras do programa, tenderão a criar e usar outras. Por isso é importante a aceitação delas, entre os atores responsáveis pela implementação, e para estimular a adesão destes, estruturas de incentivos e condições institucionais devem ser contempladas⁽⁶⁷⁾.

Porém, na implantação do PBF em Manguinhos não foram oferecidos incentivos para sua adesão. Muito pelo contrário, o Programa foi identificado inicialmente como mais um trabalho com novas demandas, sem que tenham sido criadas condições para seu desenvolvimento³⁵. As orientações sobre o funcionamento do Programa e as atribuições de seus participantes foram descontínuas, uma vez que os profissionais do CSEGSF deixaram de ser convidados a participar das reuniões que ocorriam na CAP 3.1. Além dessa situação, o PSF Manguinhos, que tinha uma vinculação direta com a SMS através da supervisão do GAT da CAP 3.1, não participou deste início da implantação do Programa. Esse panorama contribuiu para que os profissionais do CSEGSF ficassem à margem das discussões e propostas locais, bem como em relação ao desenvolvimento de parcerias e ações conjuntas entre os setores de educação, assistência social e saúde na região.

A construção de uma proposta de trabalho intersetorial que envolvesse gestores, profissionais e usuários na implementação local do PBF, ao mesmo tempo em que auxiliasse a efetividade do Programa, poderia trazer contribuições na busca de respostas para os graves problemas encontrados na área. Os fluxos apresentados neste capítulo expressam, de alguma maneira, as instâncias mais formalizadas de diálogo e gestão intersetorial. Mas, como veremos no próximo capítulo, dados qualitativos obtidos através de entrevistas, assim como diferentes relatos sobre o mesmo evento, enriquecem a análise do Programa Bolsa Família em Manguinhos.

¹⁴ Conforme informações obtidas junto à representantes da SMAS concedidas através de entrevista realizada em outubro de 2007.

²³ Conforme informações colhidas em 09/10/2007 junto a representante do Núcleo de Transferência de Renda da Subsecretaria de Proteção Social Básica.

¹⁶ Conforme informações obtidas junto à representantes da SMAS concedidas através de entrevista realizada em outubro de 2007.

¹⁷ Colhidas em 14 de abril de 2007.

¹⁸ Conforme informações colhidas junto à Coordenação do PBF na Secretaria Municipal de Educação em 18/10/2007 e junto aos Coordenadores do PBF na Secretaria Municipal de Saúde em 25/10/2007 e em 04/12/2007.

¹⁹ Conforme as informações colhidas em 09/10/2007 junto à representante do Núcleo de Transferência de Renda da Subsecretaria de Proteção Social Básica da SMAS

²⁰ Conforme informações obtidas junto à representantes da SMAS concedidas através de entrevista realizada em outubro de 2007.

²¹ Conforme informações fornecidas durante entrevista realizada no dia 17/12/2008.

²² As comunidades de baixa renda, também chamadas de favelas, recebem a denominação de “*aglomerados sub-normais*” pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conforme informações demográficas encontradas no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/home/>

²³ Conforme informações fornecidas pela coordenação do PSF Manguinhos no CSEGSF em entrevista concedida em maio de 2008

²⁴ Fonte: IPP – Armazém de Dados – Portal Geo encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairrosariocas/>

²⁵ Conforme informações colhidas através de entrevistas de profissionais do CSEGSF e do PSF, realizadas durante o ano de 2008.

²⁶ Conforme informações fornecidas pela coordenação do PSF Manguinhos no CSEGSF em entrevista concedida em maio de 2008.

²⁷ Conforme pode ser observado no campo de pesquisa, em contato com o PSF de Manguinhos (profissionais, ACS e coordenação), bem como em contato com membros e supervisão do GAT.

²⁸ Média Complexidade: “A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS...” “Ata Complexidade: “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).” Conforme orientações do Ministério da Saúde obtidas no endereço eletrônico: <http://portal.saude.gov.br/saude>

²⁹ Informações obtidas no endereço eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br/> e complementado por informações fornecidas nas entrevistas em 2007.

³⁰ Conforme informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Educação, e obtidas em julho de 2007, e em setembro de 2008 no endereço eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br/sme>

³¹ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dos Indicadores utilizados no Atlas do Desenvolvimento Humano utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). É obtido pela média aritmética simples de três sub-índices, referentes às dimensões Longevidade (IDH-

Longevidade), Educação (IDH-Educação) e Renda (IDH-Renda) e varia entre 0 e 1. O sub-índice do IDH relativo à dimensão Longevidade é obtido a partir do indicador esperança de vida ao nascer. O sub-índice do IDH relativo à Educação é obtido a partir da *taxa de alfabetização* e da *taxa bruta de frequência à escola*. E, o sub-índice do IDH relativo à dimensão Renda é calculado através da relação entre *renda per capita média* mensal, (em reais, no Brasil) e o PIB *per capita* anual (em dólares) – informações encontradas em 29/02/2008, no endereço eletrônico: [http://www.pnud.org.br/atlas/dl/Lista-indicadores do Atlas.htm](http://www.pnud.org.br/atlas/dl/Lista-indicadores_do_Atlas.htm)

³² Conforme informações colhidas no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro do dia 04 de maio de 2004, disponível no endereço eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br/dorio/>

³³ Conforme informações fornecidas pela Coordenação do PBF na Secretaria Municipal de Educação, em 18/10/2007.

³⁴ Conforme informações obtidas nos meses de abril e maio de 2007, junto às assistentes sociais do CSEGSF e aos ACS.

³⁵ Conforme informações obtidas junto aos profissionais do CSEGSF, responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF em Manguinhos.

CAPÍTULO IV – DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A INTERSETORIALIDADE – A EXPERIÊNCIA DE MANGUINHOS

Compreendendo que cada realidade tem suas características culturais, históricas, econômicas e sociais, que interferem na maneira como as questões são abordadas e nos recursos utilizados, os principais construtores da intersectorialidade serão os atores políticos e a sociedade civil que fazem parte desse contexto⁽⁶⁹⁾. Outros fatores importantes para a intersectorialidade, conforme destacado pela OMS⁽¹³⁾, são: o desenvolvimento de recursos humanos comprometidos com a proposta política e social; o trabalho sinérgico, participativo e igualitário; compatibilidade entre o ritmo de trabalho e as necessidades definidas; e a otimização dos recursos. Mérito semelhante tem o financiamento e a regulação, a partir de pressupostos de responsabilidade, compromisso e transparência, que serão acompanhados pelo monitoramento e a avaliação.

Nesta pesquisa baseamos nossa análise em três eixos principais, a partir dos quais desenvolvemos nossa reflexão: 1) Em que medida a estrutura institucional do PBF colabora para construção da intersectorialidade no âmbito das ações locais? 2) Se existem e quais são os mecanismos de incentivo à intersectorialidade no PBF? 3) Como é elaborada, enquanto concepção e prática, a intersectorialidade entre os atores-chave do processo de implementação do BF em Manguinhos? Consideramos como relevantes: o contexto local; os atores chaves e suas divergências e consensos; os mecanismos de incentivo e adesão ao Programa; os intervenientes internos e as parcerias estabelecidas. Entendemos como intervenientes internos a infra-estrutura técnica e administrativa das agências governamentais diretamente envolvidas. Em relação às parcerias desenvolvidas, procuramos compreender as relações que estes órgãos mantêm com as entidades civis de Manguinhos em torno do Programa.

IV.1 As Estruturas Técnico-Administrativas e seus Processos

A gestora do PBF no município do Rio de Janeiro, conforme já informamos anteriormente, era a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) através da Subsecretaria de Proteção Social Básica. Esta era responsável por todos os Programas sociais de atenção básica da Assistência. No nível logo abaixo, na estrutura desta

Subsecretaria, ficava o Núcleo de Transferência de Renda, que respondia especificamente pelo Programa Bolsa Família (PBF).

Para o desenvolvimento e monitoramento de ações relativas às condicionalidades da saúde foram definidos dois responsáveis na estrutura da SMS, desde a migração do Bolsa Alimentação. Os coordenadores deste antigo Programa eram os representantes do INAD, que permaneceram com um representante no novo Programa, além de um suplente que fazia parte da coordenação central do Saúde da Família na Superintendência de Saúde Coletiva. Depois, com a estruturação da Subsecretaria³⁶ que passou a Superintendência para a Coordenação de Atenção Básica, os mesmos profissionais tornaram-se os responsáveis pelo Programa na SMS. O que, na avaliação dos entrevistados, trouxe mais densidade e legitimidade ao processo de implantação dessas ações nas unidades de saúde. E reforçando este processo, buscaram trabalhar junto com os representantes das CAPs (indicados pelos coordenadores de área), avaliando ações e estratégias para melhoria no acompanhamento das condicionalidades, em freqüentes reuniões.

Segundo a avaliação de um desses representantes: *“... o entendimento da Saúde é que a coordenação do programa não tem que ficar só com a área técnica de nutrição. Tem que incorporar uma outra instância, que aqui é a Coordenação de Atenção Básica.”*

Na SME, o Departamento Geral de Educação (DGE), responsável pela freqüência dos beneficiários do PBF matriculados em todas as escolas da cidade, fazia reunião mensal sobre o Programa com os representantes das CREs orientando, inclusive, em relação aos assuntos que deveriam ser abordados junto aos pais. A estrutura administrativa, no entanto, não passou por mudanças, pois a que já existia anteriormente ligada aos Programas sociais, inclusive ao Bolsa Escola, teve apenas que fazer algumas adaptações. Segundo o representante da CRE entrevistado, as ações desenvolvidas por essas Coordenações relacionadas ao PBF seguiam as orientações e determinações da SME. Estas eram repassadas para os diretores das escolas mensalmente, através de reuniões. Os Conselhos Escola Comunidade (CECs), compareciam em encontros na CRE para saber das ações, inclusive, em relação ao Bolsa Família, mas não participavam de qualquer processo relativo ao Programa. Estes existiam em todas as escolas, e eram compostos por representantes do segmento aluno, do segmento professor, do funcionário e do responsável.

Em janeiro de 2006 todas as assistentes sociais servidoras municipais puderam optar em se desvincular das Secretarias Municipais de origem, sendo transferidas para a SMAS e integrando o quadro do SIMAS – Sistema Matricial da Assistência Social. A partir desse período, todos os novos técnicos concursados passaram a ser automaticamente empossados nesta Secretaria e neste Sistema. No nível central, abaixo das subsecretarias, foram criadas duas gerências: “Gerência da Saúde” e “Gerência da Educação”. Estas ficaram encarregadas de acompanhar as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais da SMAS, que atuavam respectivamente nas secretarias de Saúde e de Educação, visando a especificidade do trabalho do serviço social na promoção, na prevenção, e no cuidado, nestas políticas setoriais.

No nível das Coordenações regionais da Saúde foi criado o cargo de “Interlocutor da Saúde”. Estes ficavam lotados respectivamente em cada uma das dez CAPs (Coordenações de Saúde da Área Programática) com a função de “*prestar supervisão técnica aos assistentes sociais lotados nas unidades de saúde municipais do Rio de Janeiro.*” Dessa forma, as unidades de saúde do município ficavam ligadas à CAP, também, por intermédio dessa relação entre os profissionais do serviço social e a Interlocutora. Como o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) era uma unidade federal, ligada à ENSP/FIOCRUZ, não foi envolvido neste processo.

As Coordenadorias da Assistência Social (CAS) estavam divididas por dez áreas que agregam diferentes bairros da cidade, correspondendo às mesmas regiões das Coordenadorias Regionais da Educação (CRE), desde 2006. Cada uma tinha sob sua coordenação os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especial da Assistência Social (CREAS). Nos CRAS, se desenvolviam os Programas de Proteção Básica, e funcionavam os serviços do PBF relacionados a inclusão, exclusão, atualização de cadastro, duplicidades, e toda a parte de acompanhamento sócio-familiar, além de outros projetos e acompanhamentos sociais. Com relação à atuação da SMAS na Educação, não foram criados cargos de interlocutores, deixando os técnicos da Assistência que trabalham junto à SME, diretamente vinculados às CAS, e lotados nos CRAS. Estavam incluídos nesta situação todos que atuavam na Rede de Proteção ao Estudante (RPE), criada em 2007.

No ano de 2007 ocorreu uma mudança na estrutura do Governo Estadual em relação ao Programa, que aumentava sua efetividade no acompanhamento da frequência escolar. Foi criado um cargo de Gerente do PBF na Secretaria de Estado de Educação

do Rio de Janeiro, que passou a auxiliar o Departamento Geral de Educação da SME, dando maior suporte na resolução de problemas. E, no âmbito das ações implementadas pela Secretaria de Saúde, as unidades realizavam o acompanhamento com diferentes graus de proximidade da proposta. Cada uma com suas características próprias desenvolviam seu trabalho, considerando, também, a fragilidade do próprio sistema municipal, conforme sinalizado por uma das responsáveis pelo Programa:

“Eu tenho dificuldade da própria cobertura de atenção básica. Eu tenho dificuldade porque eu tenho grande número de famílias vinculadas à unidade. 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.”

Em relação ao PSF de Manguinhos, um dos problemas identificados pelos técnicos do GAT/PSF que acompanharam o início da implantação do Programa na área, foi a falta de espaço físico, pois não tinham um módulo próprio e dependiam dos consultórios e dependências do CSEGSF para a realização de seus atendimentos e reuniões. Em abril de 2007, com o CSEGSF sendo reformado e incluindo salas próprias para cada uma das oito equipes, o PSF de Manguinhos encontrava-se num processo de contratação de novos profissionais para a recomposição das equipes que estavam incompletas. A instabilidade na manutenção destas, com o conseqüente risco da descontinuidade do trabalho, foi outro ponto frágil destacado pelas entrevistadas, em relação ao acompanhamento das condicionalidades pelo PSF. Avaliaram que essas foram as principais razões para a manutenção desse acompanhamento sob os cuidados do serviço social do Centro de Saúde por todo aquele tempo.

Com a nova estrutura da saúde em 2007, deveria haver um diretor (antigo coordenador) do PBF na CAP. Este seria o responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde realizados, no âmbito regional do Bolsa Família, incluindo o CSEGSF. Teria como principal função atuar em parceria com a Interlocutora da SMAS, para planejar e desenvolver as ações relacionadas ao Programa, além de participar das reuniões realizadas pelos responsáveis do Programa na Secretaria de Saúde. Na época em que realizamos as entrevistas (outubro de 2007) os encontros eram mais esparsos e costumavam ocorrer no início e no final dos períodos das vigências das condicionalidades, mas geralmente em função de demandas específicas identificadas.

A CAP 3.1 chegou a ter um profissional com essas funções em 2007, mas em 2008 ficou vago (ao menos até agosto, quando da realização de nossa última entrevista naquela Coordenação). Com a ausência desde diretor, a interlocutora teve como parceira durante esse tempo uma assistente social do GAT/PSF, com a qual planejava as ações do Programa em relação às unidades da SMAS, onde se encontram os profissionais sob sua supervisão, e em relação ao PSF. Como as condicionalidades de saúde do PBF em Manguinhos ficaram sob a responsabilidade do serviço social do CSEGSF e sem a participação do PSF até maio de 2008, a comunicação em torno do Programa não dispunha de um fluxo sistemático de atualização e troca.

Conforme profissionais do CSEGSF entrevistados por esta pesquisa, estes não participavam e desconheciam a realização de reuniões sobre o Programa na CAP. O contato com aquela Coordenação era, na maioria das vezes, por telefone e através da representante do GAT/PSF, ou de agentes de saúde. Quando identificavam uma família com perfil para cadastramento no Bolsa Família, faziam um encaminhamento por escrito para o CRAS. Caso a família morasse no lado da FIOCRUZ na Av. Leopoldo Bulhões, encaminhavam para o Centro de Referência da 4ª. CAS que atendia aquela área. Se fosse moradora do outro lado da mesma avenida, encaminhavam para o CRAS da 3ª. CAS que acolhia essa outra região de Manguinhos.

A equipe de nutrição do CSEGSF que foi parceira do serviço social na implantação do acompanhamento das condicionalidades de saúde para as famílias de Manguinhos, da mesma forma participou da proposta de integrar o PSF Manguinhos neste processo, em 2008. Algumas equipes, principalmente através dos ACS, desenvolveram trabalhos junto às escolas e à CRE em comunidades da área (como o CHP-II e o Parque Carlos Chagas), com questões relacionadas à da Educação e à Saúde, mas sem qualquer relação com o PBF. O envolvimento dessas equipes no acompanhamento da saúde contou também com o apoio da coordenação do Saúde da Família no Centro de Saúde:

“...a gente sabe que em outros lugares que têm as equipes de Saúde da Família e que não têm um Serviço de Saúde por trás, que somente funcionam nos módulos das equipes de saúde da família, eles assumem o Bolsa Família, e parece que funciona muito bem. Eu acredito que aqui também não vá ter nenhum tipo de problema.”

IV.1.a Grupo Intergestor

Em outubro de 2004, por iniciativa do governo municipal do Rio de Janeiro, foram criados os Grupos Intergestor e Descentralizado³⁷ (anexo 3). Ambos estavam sob a coordenação do gestor municipal do Programa, ou seja, a SMAS, e voltados para a integração de ações relacionadas às condicionalidades do Programa. Segundo consta na Legislação, o primeiro fora criado para elaborar e aperfeiçoar instrumentos de monitoramento e avaliação no nível das secretarias municipais.

O Grupo Intergestor era coordenado pela Subsecretaria de Proteção Básica da SMAS, e composto por outras secretarias municipais como Fazenda e Esporte e Lazer, além da Saúde e da Educação. Reunia-se de três em três meses para discutir estratégias relacionadas ao monitoramento das condicionalidades do Programa. Além da Subsecretaria, a responsável pelo Núcleo de Transferência de Renda participava como representante da SMAS. A partir de 2006 passaram a integrá-lo, também, as gerentes de Saúde e de Educação daquela Secretaria. Nessas reuniões eram repassadas as ações desenvolvidas nas dez regiões das coordenações das secretarias de Assistência Social, Educação e Saúde. Esses encontros deveriam ser periódicos, e foram muito ativos até 2006, mas no ano de 2007 não aconteceram com tanta frequência.

A SMS tinha duas representantes, que se alternavam na participação do mesmo: uma fazia parte da SUBASS e outra do INAD. Ambas eram responsáveis pela coordenação do monitoramento das condicionalidades da saúde naquela Secretaria. O representante da SME era uma assessora da subsecretária de educação, que repassava as informações. O DGE da SME – órgão responsável pelo monitoramento da condicionalidade da educação em toda a rede pública e particular da cidade – não participava das reuniões.

Nesses encontros eram definidas algumas ações, algumas estratégias, como o Dia B: o que deveria ser feito e o que seria operacionalizado. Uma das representantes da SMS neste Grupo informou que havia outros parceiros no Decreto municipal: fazenda, habitação, cultura, mas, quem estava diretamente vinculada ao Grupo além da Assistência Social era a Saúde e a Educação. Em final de outubro de 2007 nos informou: *“Grupo Intergestor, esse último ano, nós não tivemos reunião. Antes era quase que bimensal, mas normalmente é convocado pela SMAS...”*

Em entrevista, outra representante da SMS nos informou que no ano de 2007 teria ocorrido apenas uma reunião em meados daquele mês: “... *no começo da implementação ele se reunia sempre, e os grupos descentralizados também. Esse último ano eu acho que foi um ano de desinvestimento em relação a esse grupo Intergestor... Mas a gente fez uma última reunião e um pouco com essa fala de que temos que voltar a ficar mais próximos.*”

As interlocutoras da SMAS nas CAPs participavam somente quando convidadas, mas como tinham reuniões semanais com a Gerente da Saúde, eram constantemente atualizadas, conforme informou uma Interlocutora entrevistada em agosto de 2008: “*Nós temos reunião toda terça-feira com a nossa gerente. Então, tudo que acontece lá no nível central, com relação ao Núcleo de Transferência, com relação ao Programa, a nossa informação chega mais rápido do que qualquer.... Até da própria CAP.*”

Essas informações foram complementadas pelos profissionais do GAT/PSF que acompanharam a implantação na área de Manguinhos, para os quais estes Grupos (Intergestor e Descentralizados) foram criados durante a implantação do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Quanto aos profissionais que faziam o acompanhamento das condicionalidades de saúde em Manguinhos, e a própria Coordenação do PSF de Manguinhos no CSEGSF, estes desconheciam a estrutura municipal do Programa, incluindo a existência e a função do Grupo Intergestor e dos Grupos Descentralizados.

IV.1.b Grupo Descentralizado

Os Grupos Descentralizados eram responsáveis pelas ações relacionadas ao monitoramento das condicionalidades no nível das coordenações regionais. Deveriam se reunir de quinze em quinze dias nos três primeiros meses de sua criação, e depois mensalmente, envolvendo as coordenadorias das mesmas secretarias participantes do Grupo Intergestor, com exceção da Administração. Na região de Manguinhos, este Grupo era formado por representantes da Assistência Social, Saúde e Educação, respectivamente, 4^a. CAS, CAP 3.1, e 4^a. CRE. No seu início participavam como representantes da CAP: a responsável pelo monitoramento das ações de saúde e uma assistente social representante do GAT/PSF. A CRE era representada através do

responsável pelos programas sociais, e a CAS participava por meio da assistente da Proteção Social Básica que acompanhava o Programa na área.

A partir de 2006, com a mudança da estrutura da SMAS e a estruturação da função de interlocutores desta Secretaria nas CAPs, estes passaram a integrar os Grupos Descentralizados. E, em 2007, com a criação da função de responsável pelo monitoramento do acompanhamento das contrapartidas de saúde na CAP, este também passou a participar. A partir dessa mudança, a inserção do GAT neste Grupo passou a ser através de um representante responsável pelas ações do PBF desenvolvidas pelas equipes do PSF da área. Esta função permaneceu vazia por alguns meses na CAP 3.1 em 2008, portanto, sem representação no Grupo Descentralizado da região até o mês de agosto, no qual realizamos a última entrevista naquela Coordenação.

A periodicidade dessas reuniões sofreu mudanças, conforme depoimento de uma das participantes: “... a demanda de cada Secretaria é tão grande que as reuniões estão se espaçando. Então, têm sido mensal, mas a gente no último encontro não foi nem mensal. Está sendo agora bimestral. Mas a gente depende também do nível central para estar marcando alguma coisa.”

As reuniões eram realizadas na CAP, na CRE, ou na CAS. Nesses encontros era definido o desenvolvimento e a operacionalização de ações relacionadas ao PBF como no atendimento das condicionalidades, e capacitações dirigidas aos funcionários das unidades municipais. Era considerado o principal fórum de discussão dos problemas que as Coordenações Regionais enfrentavam no Programa, a construção de estratégias para enfrentá-los, e onde era repassado o que se fazia para o acompanhamento dessas famílias. Algumas vezes os participantes deste Grupo foram convidados para participar do Grupo Intergestor e apresentar os resultados, as dificuldades e as estratégias encontradas nas áreas. Em outras vezes, principalmente quando ocorreram mudanças no Programa relacionadas ao atendimento da população, eram convidados profissionais das unidades municipais de saúde, e dos CRAS.

A definição da participação dos órgãos governamentais neste Grupo seguia a lógica da divisão por bairros de abrangência das CASs que os coordenavam. Caso a lógica fosse a integração de territórios e, considerando toda região de Manguinhos, haveria a necessidade de um fórum desses que congregasse representantes de coordenadorias diferentes (3ª. e 4ª. CAS). Dessa forma, ainda que um CRAS da 3ª. CAS estivesse numa das vias limítrofes do bairro de Manguinhos e, inclusive por essa

proximidade, fosse utilizado pelos moradores desta região, este não participava das discussões do Grupo Descentralizado que atendia esses usuários.

O Grupo Descentralizado não mantinha nenhum contato com profissionais que faziam o acompanhamento em Manguinhos, nem com outros profissionais do CSEGSF. O contato era feito através do representante do GAT/PSF, apesar das equipes do PSF Manguinhos somente terem sido inseridas neste processo em junho de 2008. Para sanar dúvidas relacionadas ao preenchimento das planilhas das condicionalidades de saúde, as assistentes sociais do CSEGSF entravam em contato com esse profissional do Grupo de Apoio Técnico. Conforme informado pela interlocutora:

Além do Grupo Descentralizado no âmbito regional, também eram realizadas reuniões ampliadas, chamadas de Comissão Local, mas que não tinham uma vinculação direta nem faziam parte da estrutura municipal do PBF, conforme descrição de assistentes de um CRAS entrevistadas em julho de 2008:

Entrevistada 1: *“A Comissão Local ela é formada por elementos governamentais e da sociedade civil, com as instituições da área. E isso é feito assim mensalmente. Tem a Comissão Local que vai passar agora a uma reunião com as instituições da área de cada CRAS...”*

Entrevistada 2: *“... Porque eu não entendo essa Comissão Local. Pra mim ela é figurativa, para cumprir o exigido. Ela pode ser um espaço fantástico, mas não é. Até hoje não é.”*

Essas situações, identificadas a partir das informações fornecidas nas entrevistas, esclarecem que, independente dos objetivos propostos pelo Decreto, suas orientações com relação às reuniões e aos participantes foram parcialmente seguidas e modificadas no processo de implementação, tanto no nível municipal, quanto no regional. Com relação ao Grupo Descentralizado da área que atende Manguinhos a maior e mais freqüente participação era dos representantes das coordenações de Assistência Social, Saúde e Educação, além da interlocutora da SMAS na CAP, e da representante do GAT/PSF. Suas reuniões foram avaliadas como um importante fórum de desenvolvimento de ações convergentes e complementares, pelos participantes entrevistados.

Tais informações, entretanto, não chegaram ao conhecimento dos profissionais que faziam o acompanhamento das contrapartidas de saúde no CSEGSF, nem do

coordenador do PSF de Manguinhos deste Centro de Saúde. Estes profissionais desconheciam a existência dessa forma de organização na estrutura municipal governamental do PBF no Rio de Janeiro. Pois, não receberam informações sobre o Programa, sua implantação na cidade e na região. E avaliaram que a interlocução com a CAP, com a CRE, e com a CRAS precisava ser melhorada.

IV.1.c Os Sistemas de Informação

Segundo informação do responsável pelo DGE, os critérios do PBF em relação à frequência escolar eram diferentes das exigências da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação, também de âmbito federal. O Programa cobrava 85% (oitenta e cinco por cento) de frequência para manter o recebimento do benefício, enquanto que para o aluno ser aprovado deveria apresentar 75% (setenta e cinco por cento) de frequência. O Bolsa Família solicitava o controle mensal, enquanto que para a LDB deveria ser bimestral, possibilitando o cálculo por média ou seja, a frequência de um mês poderia compensar alguma ausência do mês seguinte. Essas diferenças, no dia-a-dia, provocaram estranhamento entre os pais e responsáveis pelos alunos, assim como entre os professores. Os pais ficavam espantados quando três faltas significam já menos de 85% de frequência (num mês de 20 dias letivos, por exemplo). E os responsáveis pela frequência passaram a ter duas tarefas a desenvolver, conforme sinalizado pela entrevistada: *“Você tem o controle bimestral, e o mensal. Com certeza, é mais trabalho!”*.

Em relação ao sistema *“on line”* do Ministério de Educação não havia reclamação daquele Departamento. A grande dificuldade estava relacionada com a desatualização e lentidão dos computadores da SME utilizados para desempenhar tal tarefa. Mas, na observação da CRE, apesar deste Sistema estar mais ágil, ele dificultava o acompanhamento das informações registradas pela escola, na medida em que esta não tinha acesso ao consolidado desses dados. Somente no nível da CRE era possível obter informações sobre quais e quantos alunos foram lançados no Sistema, através de um relatório gerencial. Essas informações não retornavam para a escola, dificultando a identificação de situações-problema, a avaliação contextual das mesmas, e o desenvolvimento de estratégias para resolvê-las.

O nível central a SME tinha acesso às informações do CAD Único, do qual não participava do processo de preenchimento, nem da atualização, apesar das constantes mudanças ocorridas entre as pessoas cadastradas (de endereço, de escola, de composição e estrutura familiar, etc.). Mas utilizava as informações, na maioria das vezes, para localizar escolares com infrequência, através de seus endereços. A responsável pela CRE desconhecia o acesso a este Cadastro e, portanto, não utilizada àquelas informações sobre seus usuários cadastrados.

No âmbito da Secretaria de Assistência Social fomos informadas por uma assistente da CAS que era difícil de precisar a quantidade de famílias inscritas no CAD Único, bem como a quantidade das beneficiárias do PBF, na região de Manguinhos. O cadastro muitas vezes tinha sido feito a partir de comprovantes residenciais incompletos, que informavam somente parte do endereço, e o restante foi informado pelo morador. O bairro informado poderia não corresponder com a divisão regional municipal, e/ou o nome da comunidade não fora informado. Desta forma, ficava difícil obter precisão em relação ao cadastro das famílias residentes na área estudada por esta pesquisa.

O CAD Único, que foi passando por atualizações durante a implementação do Programa ainda apresentava muitos problemas, conforme relatos de profissionais de um CRAS:

Profissional 2: “Você faz uma atualização de um cadastro, ele fica fechado, ou seja, fechou o sistema aceitou aquelas informações que você deu. Aí ele é extraído para mandar para o MDS, para voltar, para ir para a base da Caixa para reformular pagamento, seja o que for. Quando ele volta para os CRAS, ele volta com um defeito, vamos dizer assim, ele volta aberto... Ele volta inconsistente.”

Profissional 1: “No Bolsa Família, o Cadastro Único, ele é um cadastro da Caixa Econômica, só que essa leitura entre a base da Prefeitura e a base da Caixa Econômica, e a base de Brasília, às vezes ocorre, em determinadas versões do sistema, algumas inconsistências de cadastros. Então você tem cadastros que ficam abertos, cadastros que voltam rejeitados...”

O acesso às informações era obtido na medida em que se ia subindo na hierarquia do Programa, chegando à intervenção e ao controle de critérios. Portanto, os profissionais que estavam na ponta, no atendimento direto da população, não

compreendiam o que ocorria e nem tinham como explicar essas situações para os usuários. O nível acima, da responsável pelo Programa na Coordenadoria da Assistência, também não tinha acesso e não sabia como muitas situações aconteciam e, dessa forma, pouco poderia apoiar os técnicos dos CRAS.

Profissional 2: *“Uma outra coisa assim, os cadastros novos... Por exemplo, você faz um cadastro novo, a média são quatro meses para ele se converter realmente, entrar no sistema e repassarem o pagamento. Tem gente que fica um ano, tem gente que fica um mês. Essas pessoas que são vizinhas circulam e tem relações entre si... Gente minha vizinha recebeu! Você vai ver, a vizinha em um mês recebeu. Ela já está há cinco meses, e não recebeu. Nós não temos o controle disso.”*

Os cadastros novos e as atualizações não eram feitos “on line”. Os computadores não estavam ligados na rede da internet, e nem ligados entre si. Dessa forma, um cadastro realizado numa máquina, não podia ser acessado por outra. Geralmente uma vez no mês passava um técnico do IPLAN (Instituto de Planejamento da Gestão Governamental) no CRAS, que fazia a extração dos cadastros realizados nos computadores daquela unidade no último período, e instalava os dados mais atualizados da base da Prefeitura. Assim, os profissionais passavam a ter acesso aos cadastros que foram realizados naquele último mês, em todos os CRAS da cidade.

No início do Programa o sistema do CAD Único não conseguia identificar se a pessoa que estava sendo registrada já possuía um cadastro. As distorções existentes eram antigas e, com a atualização destes cadastros, eram corrigidas. Em 2008 essas duplicidades já não ocorriam, pois o sistema não permitia e avisava: “Essa pessoa já está no domicílio da cidade do Rio de Janeiro” e, mostrando o endereço, não permitia que o cadastro fosse concluído. Porém, ainda assim, gerava inconsistências.

Ficava disponível na CAS o Sistema de Benefício ao Cidadão (SIBEC)³⁸, que também era da Caixa Econômica Federal, e era acessado através de senha pela gerente do Bolsa Família na área. Nele era possível obter informações sobre a data de concessão e do pagamento do benefício, bem como se havia algum problema em relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde e de educação, da incompatibilidade de renda e outros. Ele permitia a consulta somente em relação aos novos cadastros realizados no município do Rio de Janeiro, mas possibilitava identificar se o motivo da rejeição daquela família estava relacionado, por exemplo, a um outro cadastro realizado anteriormente em outra cidade do Brasil. Essa situação de permitir a realização de um

cadastro novo, de uma família já cadastrada em outro município, era uma das inconsistências apresentadas pelo CAD Único. Mas que, através da consulta no SIBEC, a Gerente do Programa na Coordenação regional, tinha como identificar e esclarecer o motivo que levou a manutenção deste cadastro em aberto. Para isso era preenchido um formulário no CRAS, com todos os dados da família, incluindo o número do NIS (caso já houvesse) e era encaminhado para o CAS. Esse processo centralizado, contudo, gerava uma fila de espera por esclarecimentos e soluções.

Muitos procuravam o CRAS reclamando que os benefícios haviam sido bloqueados. E, segundo esses profissionais, as razões para que isso tivesse ocorrido poderiam ser muitas. Poderia estar relacionada ao cadastro desatualizado há mais de dois anos, mudança de escola, na situação da renda ou de empregabilidade. Neste caso, as alterações eram obtidas através do há cruzamento de dados, do banco do Bolsa Família com bancos da RAIS, cadastros do PIS, Ministério do Trabalho, o Ministério da Fazenda, levando ao bloqueio de muitos benefícios.

Os dados disponibilizados pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde) estavam frequentemente desatualizados em relação ao CAD Único, com uma defasagem entre seis meses e um ano. Essa diferença dificultava a identificação das pessoas que tinham seus cadastros aprovados no Programa, e que deveriam fazer o acompanhamento das condicionalidades de saúde pois, neste Sistema, só constava o nome daqueles que já tinham comparecido em vigências anteriores. Tinha, também, um outro relatório, das famílias que nunca compareceram em uma unidade de saúde para a realização das ações do Programa, e que tinham que cumpri-las desde o início.

Esse Sistema ficava aberto durante o período da vigência do acompanhamento dessas contrapartidas, para digitação das informações colhidas sobre vacinação, crescimento e desenvolvimento das crianças de até 07 anos, e acompanhamento do pré-natal, referente às famílias beneficiárias. No último dia do período ele fechava, não permitindo a continuidade de sua alimentação, que era prejudicada em função do volume de fichas que eram encaminhadas das unidades de saúde para a serem digitadas na CAP. Teve uma proposta de descentralização dessa digitação, que envolveu treinamento de funcionários da CAP junto ao setor de informática da SMS, num primeiro momento, com o treinamento de funcionários das unidades na CAP, num segundo momento. Porém, muitas unidades alegaram falta de condições para essa

descentralização, permanecendo o encaminhamento das fichas para a CAP. Estas eram digitadas, em sua maioria, pelo funcionário administrativo da SMAS que atuava junto à Interlocutora. Dessa forma, quando o Sistema fechava, invariavelmente, ficavam fichas para serem digitadas posterior ao prazo, após a reabertura, gerando dados incorretos sobre o acompanhamento. Ou seja, ainda que a família tivesse comparecido para o cumprimento das contrapartidas, em virtude de outros problemas alheios à questões que a envolviam, essas informações poderiam não ser repassadas no prazo, gerando a identificação desta família como “não acompanhada”. Essa situação aconteceu com cerca de mil famílias, na primeira vigência de 2008.

Outra situação em relação aos sistemas de informações era a incompatibilidade e a desintegração entre os existentes. A SMS acompanhava o SISVAN, a SMAS atualizava e se baseava no CAD Único, e a SME lançava as informações no sistema do Ministério da Educação. E nenhum desses sistemas se comunicava entre si. Essa situação era agravada pela realidade de falta de informatização das unidades de saúde. Dessa forma, o mapa de acompanhamento que a unidade recebia já poderia estar desatualizado, com a situação de algumas famílias modificadas, ou, ao contrário, com defasagem em relação à situação atual que se apresentava na frente do profissional de saúde. Esses “gaps” eram suficientes para que aquela família fosse considerada pelo Sistema como “parcialmente acompanhada”, o que poderia significar o recebimento de cartinhas de advertência do MDS, ou bilhetinhos entregues para as crianças nas escolas, cobrando o cumprimento das condicionalidades.

A partir das atualizações do Sistema, passou a ser possível vincular a família à unidade onde havia realizados as ações do Programa na última vigência, através do número do CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Porém, não bastava que as unidades possuíssem este Cadastro. A inclusão das unidades como prestadoras deste serviço vinculadas ao PBF teve de ser feita através de ações da SMS. Até que essa situação se esclarecesse, o CSEGSF ficou cerca de dois anos ausente da relação de unidades incluídas no SISVAN. Todo o seu trabalho de acompanhamento da famílias no PBF era computado como ação de outra unidade, pelo menos até a segunda vigência de 2007. Quando realizamos nossa última entrevista junto à SMS, em outubro de 2007, fomos informadas de que a partir da vigência seguinte (1^a./2008) o CSEGSF, provavelmente, já estaria contido neste cadastro.

Por outro lado, após a inclusão da unidade, e caso ela tivesse conexão à internet, ela passava a ter acesso direto ao Sistema, e podia lançar os dados do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias de forma direta, sem precisar encaminhar as planilhas para a CAP. E, ao mesmo tempo, já tinha como identificar quais famílias deveria acompanhar, descontando a defasagem existente entre os cadastros, conforme expliquei anteriormente. Tal situação também reduziria a dificuldade de acesso que a SMS encontrava para “baixar o banco do Rio de Janeiro” e que os obrigava em cada início de vigência, pegar as informações diretamente do DATASUS. Desse primeiro banco a assessoria de informática da Saúde selecionava as famílias pelo endereço residencial e separava pela área de abrangência das CAPs, produzindo um CD para cada uma delas, com suas respectivas famílias para acompanhamento. Devido à dificuldade na identificação de alguns endereços, foi construído um banco dos “sem CAP” que era disponibilizado para todas as Coordenações. A proposta da SUBASS, segundo sua representante, é que nas áreas em que havia PSF as equipes fossem inseridas no acompanhamento do PBF, e auxiliassem na localização e identificação dessas famílias, definindo suas respectivas CAPs, e vinculando-as à unidade de saúde que lhes atendia.

Em virtude de problemas relacionados a configuração de máquinas a SMS teve certas dificuldades de instalar o CAD Único em todas as CAPs, mas na de abrangência de Manguinhos ele estava disponível para consulta de algumas informações, como NIS inválidos. Os representantes da SMS informaram que não encontravam dificuldade junto à SMAS para ter acesso ao CAD Único, mas que ainda não haviam desenvolvido qualquer trabalho de consulta e avaliação de dados disponíveis no mesmo.

No CSEGSF os prontuários dos pacientes beneficiários do PBF recebiam um carimbo com o número do Número de Identificação Social (NIS) do responsável pela família. Tal procedimento foi adotado pelos profissionais do serviço social daquela unidade, atendendo solicitação conjunta da direção e do GAT/PSF, junto com o início do acompanhamento das condicionalidades. Esses profissionais destacaram que no início, na planilha que recebiam da CAP, o número do NIS era atribuído à família, como se todos tivessem o mesmo número. E que, com a distribuição da caderneta social pelo CRAS, observaram que cada membro da família possuía um número diferente, e que a composição familiar muitas vezes estava incompleta, ou melhor, diferente da informada pelo CAD Único.

A “Caderneta Social” era normalmente preenchida na CRAS, com os nomes de todos os membros da família, quando era feito o CAD Único. Mas, nem todas aquelas pessoas tinham de fazer o acompanhamento da saúde. Por isso aqueles nomes não constavam na tela do SISVAN que podia, inclusive, também não ter o nome de uma das crianças beneficiárias que deveria ser acompanhada. Dessa forma, como o profissional não fazia o atendimento baseado diretamente no que constava na tela do SISVAN, quando a planilha que ele preenchia chegava na CAP a família ficava como “parcialmente acompanhada”, caso houvesse diferença entre as pessoas acompanhadas e as que estavam no Sistema. Essa família, mesmo tendo comparecido na unidade de saúde, poderia vir a receber uma carta ou lembrete da Prefeitura, solicitando que comparecesse para fazer o acompanhamento da condicionalidade, como se o problema apresentado tivesse relacionado a alguma falha sua. Quando, na realidade, o problema era estrutural. Os Sistemas não se correspondiam, as informações estavam desconstruídas, e os profissionais não se comunicavam. Mas, quem poderia ser lesado era o beneficiário, que poderia chegar a receber uma advertência, suspensão, cancelamento e até bloqueio do benefício. Entretanto, com as famílias que nunca compareciam, nada acontecia, pois não corriam o perigo de serem vitimizadas por essa estrutura. Não havia busca ativa dessas famílias nas unidades, inclusive no CSEGSF e, portanto, eram lançadas no Sistema como “não localizadas”.

As planilhas para acompanhamento das condicionalidades eram preenchidas e re-preenchidas com os dados das famílias em todas as vigências, segundo os profissionais do CSEGSF, pois estavam sempre em branco. Essa situação gerava um retrabalho para o serviço social e poderia criar alguma inconsistência na hora de lançar as informações no SISVAN, na CAP, uma vez que fosse registrado algum dado diferente ou além dos existentes no cadastro da família na vigência anterior. Essas fichas de acompanhamento das condicionalidades encaminhadas para digitação na CAP, por muito tempo não retornaram para o Centro de Saúde. Depois de cerca de um ano, algumas retornaram informando que as famílias não haviam sido localizadas no SISVAN. Depois se descobriu que era para ser preenchido somente com os dados familiares fornecidos quando foi feito o cadastramento no Programa. Mas muitos responsáveis não se lembravam exatamente dessas informações, o que acabava gerando a situação da família no Sistema como “parcialmente atendida”, ou “não atendida”, ou ainda “não localizada” no monitoramento da condicionalidade da saúde.

O desconhecimento desses sistemas de informação pelos profissionais que lidavam diretamente com ele no atendimento da população, criou muitas dificuldades no processo de cadastramento, atualização e acompanhamento. A ausência de treinamento, e de espaços institucionais que possibilitassem o esclarecimento de dúvidas e a otimização do uso dos recursos, por aqueles que lidavam diretamente com as dificuldades, ajudou a criar incertezas de como agir, e a produzir mais inconsistências. E, ainda, a existência de bancos de dados que não se comunicavam, dificultava a composição de situações nas quais as informações de cada um poderiam qualificar melhor as ações conjuntas das políticas setoriais.

IV.2 Mecanismos de incentivo à intersectorialidade no PBF

O Índice de Gestão Descentralizado (IGD)³⁹ foi criado em 2006 como um incentivo à gestão do PBF e do CAD Único⁽⁵⁷⁾. O convênio era assinado diretamente entre o Governo Federal e os municípios, e dentre os recursos financeiros repassados pela União não havia relação direta com a adesão aos objetivos do Programa. Na cidade do Rio de Janeiro a gestora do PBF era a SMAS, sendo também a responsável pela articulação com as demais secretarias relacionadas ao Programa, e pela utilização dos recursos do IGD. Através da Resolução SMAS N.º 47 de 2006 (anexo 3) o secretário municipal de assistência social regulou o uso desse recurso, mas novamente nenhum percentual foi destinando ao desenvolvimento de ações complementares ou incentivo à intersectorialidade⁽⁷⁵⁾.

Considerando este Índice como um recurso público que pode incentivar o desenvolvimento do Programa, recordamos Mazmanian^(4 - p.25) ao explicar que através de “estímulos disponíveis para uma estrutura coerente do processo de implementação” os políticos poderiam intervir na efetivação dos objetivos estruturais de uma política, o que chamava de “capacidade de decisão política para estruturar a implementação”.

Entretanto, entrevistando alguns gestores localizados em níveis abaixo das subsecretarias pudemos perceber, no entanto, que muitos desconheciam este Índice. Como quando perguntamos para o representante da CRE, se no Grupo Descentralizado, ou no Grupo Intergestor, já tivesse ocorrido alguma discussão sobre este Índice. Obtivemos como resposta: “*Não, o que é o IGD? Primeiro você me diz o que é...*” E

justificou que, esse assunto deveria ficar no nível da Secretaria de Educação. Porém, no nível acima da CRE, com um representante da DGE da SME, as informações sobre esses recursos também não chegavam. Durante nossa entrevista ocorreu o seguinte diálogo:

Entrevistador: *“Você sabe sobre o Índice de Gestão Descentralizada, o IGD?”*

Entrevistado: *“Não. Não tenho nenhuma informação.”*

Entrevistador: *“Você não sabe de onde vêm os recursos? Quanto é? Onde é gasto?”*

Entrevistado: *“Não isso aí a Assistência Social é que manuseia isso tudo. Ela que detém essa informação.”*

Entrevistador: *“E em relação ao repasse para a Secretaria (de Educação) implementar o Bolsa Família, tem algum incentivo?”*

Entrevistado (a): *“Não. Da Prefeitura não.”*

A representante do Núcleo de Transferência de Renda da SMAS nos informou sobre a Resolução do Secretário de Assistência que definia a destinação dos recursos que recebia, esclarecendo que 50% (cinquenta por cento) para os programas complementares destinados a créditos sociais, como a proposta de formar uma cooperativa ligada ao Núcleo de Inclusão Produtiva da SMAS. Não soube informar com certeza quais os percentuais destinados à educação e à saúde, sugerindo que talvez fossem divididos igualmente entre as duas, mas esclareceu que estes recursos eram repassados para as Gerências da Educação e da Saúde pertencentes à estrutura da SMAS, e não para as Secretarias Municipais. Segundo essa entrevistada, as responsáveis por essas gerências é que definiam como utilizá-los (combustível, material gráfico, etc...). Informou, também, que através desses foi viabilizado a compra e a manutenção de uma “Kombi” para cada CRAS, e para os Interlocutores da SMAS lotados nas CAPs, com a proposta de dar maior mobilidade a os técnicos para fazer visitas. E que esses recursos também eram utilizados para realizar capacitações, produzir as “Cadernetas Sociais”, cartilhas sobre o PBF, as cartas que eram enviar aos beneficiários para comparecem as escolas e postos de saúde, além de todo o material de consumo utilizado no “Dia B”. Durante essa mesma entrevista, ao perguntarmos sobre o

IGD para a assistente da CAS, que estava ao lado, a mesma nos respondeu: “*Não sei o que é IGD*”.

Os profissionais do CRAS sabiam que esses recursos estavam relacionados aos cadastros que eram feitos e atualizados por eles e outros técnicos nos Centro de atendimento da cidade, ainda que desconhecessem o valor, como o repasse era feito, e como era aplicado. Cada município tinha uma meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação, e de cadastros novos e atualizados que, se fosse cumprida, aumentaria o IGD. No município do Rio essa meta era definida pelo Secretário de Assistência, junto com o Núcleo de Transferência de Renda. A utilização dos recursos era definida pela Secretaria Municipal de Assistência, a partir de prioridades tais como os programas sociais. Em relação à incentivos recebidos pela Secretaria de Saúde, o acompanhamento das condicionalidades de saúde era computado como produtividade da unidade.

Tais recursos foram utilizados, também, para a confecção de cartazes de divulgação do acompanhamento das condicionalidades de saúde, do Dia B, e para a confecção da “Caderneta Social”. Mas a discussão sobre o destino e a utilização desses recursos, não era aberta para a participação de outra secretaria além da Assistência Social, nem no Grupo Intergestor. Dessa forma, até onde pudemos acompanhar, o Índice de Gestão Descentralizada não chegou a ser utilizado como um mecanismo direto de incentivo à adesão e à participação dos envolvidos na estrutura do Programa, ficando concentrado na SMAS. No entanto, identificamos alguns mecanismos de convencimento utilizados durante os processos internos da implementação do Programa, que envolveram seus participantes em acordos em torno de ações diretas.

Uma dessas situações foram identificadas em relação a um dos mecanismos que a DGE da Secretaria de Educação lançava frente às dificuldades que encontravam para que as escolas particulares enviassem as frequências dos seus alunos que eram beneficiários. Eles telefonavam para as escolas que mostravam essa resistência e informavam para a diretora do estabelecimento: “Estamos avisando ao MEC que a senhora está se recusando...” Depois desse comunicado, frequentemente recebiam rapidamente a frequência que estava faltando.

Porém, não identificamos mecanismos de incentivo utilizados pelo Programa, apesar de todo volume de trabalho gerado, principalmente para os profissionais que lidam com outras atribuições relacionadas a outros projetos e atividades, conforme

relata uma representante de CRE entrevistada: “... os diretores acabam ficando loucos de tantas atribuições, e uma delas é a questão da frequência. Por isso quando você me perguntou se houve algum estímulo, eu acho que poderia ter algum benefício sim... acabou sendo mais uma atribuição para as escolas, e para a CRE e para a Educação. Mas isso tudo estabelecido pela Prefeitura, então você acaba acatando uma ordem, uma deliberação que vem. Cumpra-se!”

Na CAP, a chegada da Interlocutora auxiliou na sensibilização da Coordenação quanto à importância de ter um representante do PBF. Depois que essa função passou a ser desempenhada, foram percebidos avanços no acompanhamento das condicionalidades de saúde na área. Com o trabalho desenvolvido entre esses profissionais na CAP e a representante do GAT/PSF envolveu os diretores das Unidades de saúde, contribuindo para maior disseminação da informação e de sensibilização de profissionais e usuários. As ações desenvolvidas foram consideradas fundamentais para o aumento na captação do programa e no acompanhamento das condicionalidades.

IV.3 A Intersetorialidade entre os atores-chave no processo de implementação do BF em Manguinhos

IV.3.a Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde

Esse acompanhamento iniciou em 2005 na região de Manguinhos, como em toda a área da CAP 3.1. Segundo a Portaria Interministerial nº 2.509⁽⁷⁶⁾ competia às Secretarias Municipais de Saúde indicar um profissional como responsável técnico para coordenar o monitoramento dessas ações, sendo recomendado preferencialmente um nutricionista. Dessa forma, naquela Coordenação foi indicada uma nutricionista que fazia parte da equipe do GAT do PSF que dividia essas responsabilidades com mais quatro assistenciais também do GAT.

A Direção do CSEGSF definiu que o acompanhamento das famílias beneficiárias residentes em Manguinhos seria desenvolvida pelo setores de serviço social e nutrição, além de um profissional da enfermagem. Foram, então, envolvidos neste processo inicialmente quatro assistentes sociais, uma nutricionista, residentes de

nutrição e uma enfermeira. Dando início a esse acompanhamento, a equipe da CAP enviou ao Centro de Saúde uma listagem da Caixa Econômica Federal, com dados de 300 (trezentas) famílias inscritas no CAD Único moradoras de Manguinhos. Descobriu-se posteriormente que naquela relação constavam famílias beneficiárias, e outras que haviam feito o cadastramento, mas não tinham sido incluídas no Programa.

Após receberem essa listagem, a equipe do CSEGSF procurou o auxílio de agentes comunitários de saúde (ACS) do PSF de Manguinhos, a fim de que estes pudessem contatar essas famílias e convocá-las para a realização das condicionalidades no Centro de Saúde. No entanto, conforme informações de alguns desses agentes, naquele momento estava ocorrendo o processo de recadastramento do Bolsa Família, com o desligamento de algumas famílias beneficiárias de programas anteriores que não se encontravam nos critérios do Programa. Esta situação gerou uma grande confusão para as famílias e para os próprios agentes, que se viram questionados quanto à utilidade e reais motivos para esse comparecimento na unidade (poderiam vir a ser desligados?). A grande maioria das famílias e dos agentes acreditou na possibilidade de que essas famílias estavam sendo convocadas para regularizar seu cadastro e poderiam sofrer o bloqueio do benefício e, sendo assim, muitas famílias não compareceram. O acompanhamento das condicionalidades foi se expandindo lentamente, conforme o esclarecimento dos assistentes sociais às famílias beneficiárias que espontaneamente compareciam no Centro de Saúde.

No ano de 2006 houve uma mudança na gestão do Programa, a partir da criação da função de interlocutor da Secretaria Municipal de Assistência Social junto às Coordenações de Saúde. Em relação ao Bolsa Família este profissional passou a ser o responsável pelo monitoramento da saúde naquela área programática. A partir desta alteração a equipe do GAT, que até então monitorava o cumprimento da condicionalidades da saúde em todas as unidades da área, passou a ser responsável somente pelo acompanhamento realizado através das equipes de Saúde da Família daquela Coordenação. Com mudanças ocorridas na estrutura da SMAS em 2007, a CAP passou a ter o cargo de diretor do PBF encarregado em realizar o monitoramento das condicionalidades junto às unidades de saúde da sua área adstrita.

No início de cada vigência de acompanhamento a SMS baixava do DATASUS as informações sobre as famílias que deveriam ser acompanhadas, dividia por CAP, a partir do endereço delas, e encaminhava um CD com os respectivos dados para cada

Coordenação. Mas essas informações não chegavam aos profissionais do CSEGSF que faziam o acompanhamento das famílias de Manguinhos. Até maio de 2008, quando realizamos a última entrevista com estes profissionais, os mesmos não recebiam nenhuma listagem com o nome das famílias que deviam ser acompanhadas, e preenchiam manualmente as planilhas em branco em todas as vigências. Esses formulários eram encaminhadas mensalmente para a CAP, onde eram digitadas no SISVAN.

Por muito tempo as famílias beneficiárias procuraram o Centro de Saúde para cumprir com as condicionalidades por demanda espontânea. No atendimento destas, as assistentes sociais faziam um parecer social orientadas, inicialmente, pelo processo de acreditação que estava ocorrendo na unidade. Posteriormente essa prática foi incorporada à rotina do atendimento, junto com o agendamento para retorno dessas famílias para acompanhamento semestral. Caso fosse identificado algum problema social ou nutricional, essas famílias recebiam outras orientações e eram remarcadas para um novo atendimento mais qualificado. Esse acompanhamento ocorria toda 5ª feira numa sala externa do Centro de Saúde, devido o acúmulo de pessoas que provocava.

O registro das famílias que compareciam para atender as condicionalidade no Centro de Saúde era feito pelas assistentes sociais em um livro Ata. Neste livro constavam como informações de cada família: o n° do prontuário, o nome de cada beneficiário que comparecia; a data daquele atendimento e a data agendada para o retorno (geralmente semestral). Com a continuidade do monitoramento dessas ações e as informações que chegavam à SMS através da CAP e do SISVAN, muitas famílias passaram a procurar a unidade após receberem uma “carta” da Prefeitura, orientando-as a comparecer na Unidade de Saúde, para que o benefício não fosse bloqueado.

No ano de 2007 iniciou um processo de transferência do acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família de Manguinhos das famílias moradoras da área adstrita, e que esta pesquisa pode acompanhar de perto, inclusive assistindo algumas reuniões entre os profissionais, a coordenação do PSF e a direção do Centro de Saúde. Mas este processo foi dificultado com a situação sanitária desenvolvida em função do aumento de casos de Dengue na cidade e na região. No ano seguinte, em 2008, após o verão, as conversas foram retomadas. E, em maio, os profissionais do serviço social junto com a nutricionista iniciaram um processo de treinamento das Equipes de Saúde da Família. Ficou acertado que, a partir de junho daquele ano, o PSF iria passar a fazer o

acompanhamento das condicionalidades de saúde de todas as famílias beneficiárias cadastradas moradoras em sua área de abrangência. Esse processo também foi acompanhado de perto pela Interlocutora da CAP e pela representante do GAT responsável pelo monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de PSF que, a partir dessas mudanças, também acompanhará o PBF em Manguinhos. Estes profissionais passaram a ficar como referência para a orientação das equipes em relação às dúvidas sobre o Programa. O acompanhamento das famílias de Manguinhos que são atendidas pelo CSEGSF, mas que moram fora da área de cobertura do Saúde da Família, ficou sob a responsabilidade da equipe de serviço social e incorporado ao atendimento de rotina.

IV.3.b Parcerias, e participação em espaços e ações coletivas

As parcerias desenvolvidas entre as secretarias de Saúde, Assistência Social, e Educação no nível das Coordenações Regionais, e até no nível das subsecretarias e departamentos centrais, apareceu como consenso entre todos os entrevistados. Entre a Assistência e a Saúde elas ocorreram inicialmente em função da transferência, para a primeira, dos cadastros do CAD Único realizados na unidades de saúde com os pacientes beneficiários de programas anteriores. Com a Educação e a Assistência aconteceu um outro processo, relacionado à transferência de informações sobre as famílias do Bolsa Escola, e depois com o recadastramento dessas famílias no PBF e a localização destas para o cumprimento das condicionalidades de saúde. Essas parcerias foram se construindo no dia-a-dia a partir de demandas surgidas no próprio processo de trabalho de implantação do Programa na cidade e na região.

No processo de recadastramento as escolas da região enviavam os dados das famílias para a CRE, que repassava para a CAS, que fazia o agendamento destas, e estas informações retornavam até chegar às famílias, via Educação. As escolas também cederam espaço e equipamento (computadores) para o atendimento das famílias e o cadastramento delas no CAD Único. E serviram como veículo de comunicação às famílias, em todas as situações em que estas eram convocadas a participar de alguma atividade dentro do Programa, incluindo os lembretes da Prefeitura que entregavam através das crianças para o cumprimento das condicionalidades de saúde. Essas Coordenações desenvolveram juntas, também, reuniões com profissionais de saúde na CAP, informando sobre o Programa, no início de sua implantação na área.

Com a proposta inicial de envolvimento de todas as secretarias relacionadas ao PBF, no nível das Coordenações e das unidades de atendimento da população, foi criado o “Dia B” pelo Secretário Municipal de Assistência, como o dia do Bolsa Família. Segundo a Interlocutora este era um dia voltado para a divulgação do Programa e um envolvimento maior dos beneficiários com o cumprimento das condicionalidades. Algumas unidades de saúde, escolas e vilas olímpicas da prefeitura eram envolvidas nesse promovendo eventos. Mas o material encaminhado pelo nível central muitas vezes chegou em cima da hora, e em quantidade insuficiente, para distribuição por todos esses locais, inclusive para o CSEGSF.

Na avaliação de uma representante da CRE o diálogo entre as Secretarias Municipais diretamente envolvidas com o PBF tornou-se mais próximo, em função das próprias demandas criadas na sua implementação: *“A gente tinha determinações um pouco diferentes das Secretarias e aí havia um conflito de informações, e que acabava gerando um atrito; assim, não um atrito de briga, mas de diretriz mesmo... Então hoje a gente tem um estreitamento mesmo de vínculo com elas, por conta do Bolsa Família. Acho que ele favoreceu nesse sentido.”*

O Programa Bolsa Família trouxe um grande avanço no envolvimento das Secretarias de Educação, Assistência e Saúde, conforme confirmado pela entrevista com uma Interlocutora: *“Até então a gente não tinha isso, né? Eu acho que o bolsa família ele trouxe, não só pro nível central, ele trouxe pra área essa possibilidade de articulação.”*

Entre a SME e a SMA foi desenvolvido um vínculo maior, a partir de 2007, após a criação da Rede de Proteção ao Educando (RPE), que não fazia parte da estrutura formal e administrativa do PBF. Quando uma criança ultrapassava o limite de 12,5% (doze e meio por cento) de ausência a escola acionava a família e o Conselho Tutelar, seguindo orientação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Com a criação dessa Rede, a Educação passou a contar com profissionais (assistentes sociais e psicólogos) vinculados à SMA para acompanhar essas famílias e crianças.

Os profissionais da ponta, que atendem a população em um dos CRAS que atende a região de Manguinhos informaram, por outro lado, que a articulação com a Secretaria de Educação, assim como a parceria com as escolas, e a saúde não é sistemática. Em relação ao PBF identificaram olhares diferenciados da Escola, da Assistência, e da Saúde que, sem que houvesse um esforço conjunto para a aproximação

do trabalho nesse nível, levava a atropelos e descontinuidades. A CRAS, por outro lado, seguindo orientações da SMAS, realizou reuniões informativas sobre o PBF nas associações de moradores, visando à captação de novas famílias, nas fases em que era ampliado o número de benefícios. Para a realização desses encontros, entravam em contato com as associações e solicitavam a seção do espaço e a convocação das pessoas.

Em Manguinhos, especificamente no CSEGSF, o PBF chegou através do início do acompanhamento das condicionalidades (em 2005). Também ocorreu um “Dia B” na unidade por uma única vez, entre o final de 2005 e início de 2006. Os profissionais do serviço social receberam um telefonema da CAP numa quinta-feira de tarde e foram informadas de que seria realizado um evento no dia seguinte. Participaram desta atividade três assistentes sociais da Unidade. As famílias compareceram a partir de divulgação realizada através do rádio e das escolas. A maioria dessas que já fazia o acompanhamento no Centro de Saúde, e algumas que estavam com bloqueio no cadastro foram orientadas a procurar o CRAS, já que não haviam representantes da SMAS no evento.

O contato esporádico e pontual com representantes da Saúde na região não despertou o desenvolvimento de parcerias com estes e outros atores do Programa, conforme informado pelos profissionais até maio de 2008. Internamente, o serviço de Nutrição desenvolvia projetos para atendimento no Centro de Saúde de pessoas de diversas idades com baixo-peso e com sobrepeso, em parceria com o CECAN (Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste) do CSEGSF/ENSP. Atendia também beneficiários do PBF com essas ações, mas estas não eram voltadas especificamente para eles, nem tinham qualquer vinculação com o Programa. A expectativa dos profissionais entrevistados era que, com o envolvimento das equipes do Saúde da Família no acompanhamento das condicionalidades de saúde, o diálogo em torno do Programa fosse ocorrer de forma mais dinâmica. Principalmente porque o acordo com o PSF envolvia a assessoria do serviço de nutrição e a participação do serviço social da unidade, além dos técnicos da CAP.

Como podemos observar, a estrutura institucional do PBF pouco colaborou na construção da intersectorialidade no âmbito das ações locais. A orientação do Programa quanto à intersectorialidade nas ações públicas, ficou como uma direção difícil de ser seguida, na medida em que não foram criados mecanismos que orientassem, ou que deixassem essas ações atreladas no nível local seja no planejamento, na execução ou na

avaliação. As estruturas de incentivo à intersectorialidade no PBF identificados foram os grupos Descentralizados e Intergestor, criados no âmbito do governo municipal, destacando-se a efetividade e a continuidade das reuniões do primeiro na região de Manguinhos. No nível dos profissionais encontramos uma proposta tímida de parceria com lideranças comunitárias incentivada pelo gestor local da SMAS. Entretanto, não achamos qualquer proposta que envolvesse ou incentivasse a intersectorialidade entre os profissionais das diferentes políticas participantes do Programa. Também não encontramos indicação de incentivo financeiro direto, e nem indireto através de treinamento e qualificação profissional, que incentivasse o desenvolvimento de ações conjuntas ou complementares em nenhum dos níveis da estrutura organizacional de implementação do Programa na cidade.

No processo de implementação do BF em Manguinhos a intersectorialidade ocorreu no nível das coordenações, através das parcerias que se formaram em torno de ações que envolveram a população no cadastramento, ou no acompanhamento das condicionalidades. E neste sentido, a participação da CRE e das escolas se mostrou fundamental, para viabilizar que as informações chegassem até as famílias, e até mesmo que essas pudessem ser localizadas, no momento da migração do Bolsa Escola para o PBF. Os cartazes afixados nas escolas sobre cadastramento, recadastramento e orientação quanto ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, assim como os bilhetes entregues às crianças com lembretes e informações para as famílias, foram os resultados dessa parceria na prática. Mas não encontramos correspondência dessas ações nas rotinas da saúde, nem da assistência social. Ou seja, as coordenações contavam com as unidades escolares para captar e orientar as famílias quanto às ações da assistência e da saúde no Programa, mas as unidades de atendimento ao público dessas secretarias não se comunicavam entre si e nem desenvolviam propostas conjuntas ou de complementariedade.

³⁶ SUBASS – Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde, que foi reestruturada em janeiro de 2005, conforme informações colhidas no endereço eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br/dorio>

³⁷ Os Grupos Intergestor e Descentralizados foram criados através do Decreto Municipal 24.702, de 08 de outubro de 2004. O primeiro com a finalidade de “elaboração e aperfeiçoamento de instrumentos adequados ao monitoramento e avaliação das condicionalidades do Programa Bolsa Família”. O segundo para “melhor desenvolver o acompanhamento e controle das agendas de cumprimento das condicionalidades”. Ambos sob a coordenação da Secretaria Municipal de Assistência Social.

³⁸ “Para a operacionalização das atividades de gestão de benefícios pelos municípios, a CAIXA desenvolveu o Sistema de Gestão de Benefícios (SGB), um sistema informatizado, com acesso via internet, também conhecido como Sistema de Benefícios ao Cidadão (Sibec).” Informações obtidas no endereço eletrônico: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/gestao-de-beneficios/sistema-de-gestao-de-beneficios-e-sibec>

³⁹ O IGD foi criado através da Portaria MDS N° 148, de 27 de Abril de 2006, que estabelecia “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”

V – CONCLUSÃO

O Programa Bolsa Família é uma estratégia de transferência condicionada de renda do governo federal, cujo foco é a redução da pobreza, sendo um de seus objetivos básicos promover a intersetorialidade e a sinergia entre as ações sociais do poder público. Entendemos, pois, a intersetorialidade como um objetivo estratégico para a implementação de condições favoráveis ao alcance de metas e impactos positivos do próprio Programa, considerando que o PBF se estrutura nos três níveis de governo e entre diferentes políticas sociais. Dessa forma, a colaboração entre diferentes setores da política pública trabalhando em direção a metas comuns, pode ser complementada pela colaboração interna entre os diversos níveis decisórios da estrutura institucional, ampliando a perspectiva do desenvolvimento de ações integradas e sinérgicas.

No desenvolvimento desse estudo optamos por levar em consideração possibilidades de compreensão e estruturação da intersetorialidade a partir de ações que se associam e se complementam, apontando para o desenvolvimento e a criação de redes sociais. Dessa forma, valoriza-se a troca de experiência e de conhecimento na construção de ações sinérgicas entre atores relevantes e grupos de interesse, envolvidos num mesmo processo para alcançar objetivos sociais pactuados coletivamente. A intersetorialidade é compreendida aqui como uma nova forma de organização governamental, que busca superar a fragmentação entre os serviços setorializados, influenciando no planejamento, na execução e na avaliação dos resultados alcançados. Este é considerado um processo difícil e contínuo, para o qual é importante haver empenho e focalização, principalmente ao lidar com conflitos de interesses, disputas, contradições e divergências internas. No entanto pode contribuir para a inclusão social, principalmente através da participação e do controle social, na convergência de políticas sociais que visem atender as necessidades dos cidadãos de forma mais integrada.

As possibilidades de avanços das políticas sociais no processo de implementação local do PBF através da criação de redes sociais, que pudemos perceber com esta pesquisa, em um primeiro momento estavam relacionadas à necessidade de responder afirmativamente às exigências colocadas pela gestão do Programa. Conforme os laços iniciais foram sendo consolidados, a confiança nas parcerias se fortaleceu através das pequenas trocas e apoios mútuos em situações problemáticas. Os atores envolvidos quando mantiveram espaços de articulação, encontros e agendas conjuntas, passaram a

contar com a presença dos parceiros em situações mais amplas, surgidas em torno dos objetivos do Programa. Por outro lado, quando não havia orientação da gestão para o desenvolvimento de parcerias, como ocorreu com os atores no nível local dos serviços, as ações ali desenvolvidas eram orientadas por metas, prazos e resultados setoriais.

Os espaços existentes ficavam no nível de coordenações regionais, reunindo representantes de segmentos e que, na opinião dos profissionais da ponta, não trazia mudanças significativas no dia-a-dia do Programa, e pouco contribuía para resolver os nós e os problemas. Mas para os participantes dessas reuniões, a necessidade de planejar e avaliar atividades conjuntas no âmbito do Programa os fez se aproximar, tornando o Grupo Descentralizado uma referência entre eles. Por outro lado, o desenvolvimento de tarefas burocráticas resultantes de metas estabelecidas internamente criou um volume de demandas, responsabilidades e prazos que dificultava a fluidez da comunicação.

Em relação ao nível local, não identificamos a existência de mecanismos de incentivo ao desenvolvimento de ações intersetoriais e de redes sociais solidárias. Muito pelo contrário, a inexistência de espaços coletivos que envolvesse os profissionais que trabalhavam diretamente com o público, criou um vazio entre eles. Este “gap” dificultou a troca de informações, o planejamento de ações conjuntas, e o entendimento de como cada setor entendia o Programa, suas atribuições e a dos demais parceiros no interior dele. A dificuldade de profissionais participarem de reuniões das equipes dos demais setores, muitas vezes em função do acúmulo de tarefas burocráticas, e da ausência de estímulo e de planejamento no processo de trabalho, também colaborou para o isolamento, inibindo a intersetorialidade.

Apesar do foco do Grupo Intergestor ter ficado limitado em torno do monitoramento das condicionalidades de saúde e educação, as reuniões que ocorreram até o ano de 2006 para avaliação e planejamento de ações e estratégias conjuntas, proporcionaram a integração das secretarias de assistência social, saúde e educação. No terceiro ano de sua existência (em 2007) essas reuniões deixaram de ocorrer, e sua ausência foi percebida e ressentida pelos parceiros. Estes, no entanto, identificavam a centralidade dessas reuniões na SMAS, que as coordenava e era a responsável pela convocação das mesmas.

Os recursos financeiros de incentivo existentes no Programa (o IGD) estavam voltados para a atualização do cadastro e o alcance de metas em relação ao acompanhamento das condicionalidades. Com a atualização das informações familiares

passou a ser possível, inclusive, a revisão da condição de renda e o bloqueio de beneficiários que saíram dos critérios do Programa. Como não havia uma vinculação direta desses recursos aos parceiros na implementação do Programa, foi possível a centralização no gestor municipal das decisões em relação à sua utilização. Por essa centralidade e por não apresentar qualquer relação com o desenvolvimento de ações conjuntas ou complementares entre as políticas setoriais envolvidas, entendemos que o IGD não foi utilizado como um incentivo à intersetorialidade.

Analisando casos de inovação em governança Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A ^(60 - p.i156) identificaram duas categorias: “reinvenção de governo” e “reinvenção de governança”. Na primeira categoria estavam os casos em que o estado buscou novas formas criativas de desenvolver suas ações de forma mais efetiva, muitas vezes desenvolvendo parcerias com atores não governamentais. Na segunda categoria as inovações em governança estavam voltadas para uma gestão mais igualitária, e estimularam o desenvolvimento de novas organizações e de novos instrumentos, ampliando o acesso ao processo decisório de pessoas, instituições, governos e comunidades com fraca expressão de poder. Dessa forma, em torno de interesses e metas comuns, redes de governança desenvolvidas entre os parceiros podem colaborar para seu fortalecimento, para a otimização dos recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) e para o apoio mútuo.

No PBF os sistemas de informação foram criados para atender objetivos e metas independentes de cada setor e não se comunicavam entre si. Também se baseavam em temporalidade e categorização diferentes, atendendo suas próprias especificidades. Dificultavam, assim, uma avaliação na qual os dados pudessem estar integrados, de forma a se complementarem num cenário mais complexo e amplo dos objetivos do Programa. A ausência de fluxos internos de circulação de informações entre os diferentes níveis, que chegasse principalmente até os profissionais que atendiam os beneficiários, colaborou para a criação de incompreensões em relação ao funcionamento do Programa, e suas estruturas técnico-administrativas.

No documento “Crossing Sectors”^(69 - p.7) da Public Health Agency of Canadá encontramos a discussão de que as ações intersetoriais são mais efetivas e consistentes quando ocorre a colaboração vertical (entre diferentes níveis do mesmo setor) bem como a horizontal (entre setores diferentes). Quando essas duas dimensões de

colaboração são consideradas a intersetorialidade fica fortalecida e mais presente entre os parceiros:

Tecer estes elementos juntos torna um produto final resiliente e durável, e prevê um escudo contra a inércia (falta de ação), sinalizando interesse, ou desintegração. Ao mesmo tempo, devido à grande variedade de Interesses envolvidos, esforço adicional e negociação podem ser necessários para se chegar a um entendimento compartilhado dos objetivos, métodos, respectivos papéis, e responsabilização pelos resultados.

No entanto, as dificuldades em relação à colaboração vertical interna dos setores envolvidos com o BF no município do Rio, comprometeram o desenvolvimento de ações intersetoriais, na medida em que criaram zonas de desconhecimento e de incertezas, gerando insegurança, falta de apoio e estímulo para trocas e parcerias horizontais com outros setores. Um programa como o PBF, que tem como eixo o combate à pobreza, pode contribuir no desenvolvimento de ações integradas para o alcance de suas metas no nível local, na medida em que haja essa orientação na própria política, e mecanismos de incentivo ao desenvolvimento dessas parcerias.

Na medida em que não foram contemplados na formulação do Programa, esses estímulos podem ser implementados pelos setores envolvidos na implementação. Conforme descrito no Relatório da Conferência Internacional da OMS em Halifax^(13 - p.4) que, para uma ação Intersetorial adequada, é necessário que os setores envolvidos:

Identifiquem a necessidade de trabalho conjunto para que a meta seja alcançada; criem oportunidades de ação no âmbito dos seus ambientes de trabalho; desenvolvam a capacidade de empreender a ação; desenvolvam um relacionamento para habilitá-los a empreender a ação; planejem, implementem e avaliem a ação à satisfação de cada um; e obtenham resultados sustentáveis.

Sendo assim, na medida em que um serviço precisa do outro para atingir suas metas, ou se for beneficiado diretamente com essa parceria, atores chave serão incentivados a discutirem suas agendas, construindo o programa de forma conjunta no dia-dia. Mas, para que isso se efetive, é necessário que a estrutura organizacional possibilite e estimule a criação de espaços de troca e comunicação entre os profissionais desses serviços no planejamento, na execução e na avaliação das ações da política.

Uma rede social é em si mesma um fato social, ao mesmo tempo em que guarda grande potencial na ampliação da reflexão sobre as questões sociais, através da troca de conhecimentos proporcionada pela intersectorialidade e pela inclusão da participação dos usuários. Podem, dessa forma, criar conhecimentos próprios, a partir das relações internas e externas que estabelecem, ampliando a compreensão sobre a realidade social em que está inserida ^(77,78). Uma rede social se define, portanto, durante seu próprio processo de construção, no qual estão envolvidos acordos de cooperação, reciprocidade e alianças entre organizações e pessoas para intervenção em uma realidade social complexa.

Processos decisórios mais efetivos tendem a ser forjados através da mobilização em redes que se conectam. Devido ao poder com que tais espaços e fluxos envolvem o cotidiano das intervenções públicas, pode fazer muita diferença participar das redes que definem as políticas e programas nos quais se está inserido direta ou indiretamente, movido por necessidade, interesses ou vínculos profissionais. Neste sentido Castells⁽⁷⁹⁾ destaca a importância dos fluxos existentes nas redes que estruturam as sociedades atuais e modificam os processos produtivos, culturais e de poder das estruturas sociais.

Em uma análise de experiências exitosas de ações intersectoriais em saúde coordenada pela OMS⁽¹³⁾, foi identificada uma característica comum entre aquelas experiências: o desenvolvimento de redes de organizações trabalhando de forma conectada. Estas formavam verdadeiras “comunidades” em torno de soluções inovadoras, relacionadas direta ou indiretamente com o objetivo maior de se alcançar qualidade em saúde humana, de forma igualitária e equitativa.

As possibilidades de construção de ações sinérgicas, através da convergência de políticas públicas no enfrentamento das questões sociais em áreas pobres de grandes metrópoles como o Rio de Janeiro, passam necessariamente também por respeitar a própria capacidade de associação existente no interior das comunidades. Envolver e incluir as iniciativas e as lideranças comunitárias no processo de implementação de um programa significa reconhecê-los como atores que sofrem interferência e interferem na execução da política. E que, portanto, são estratégicos para o sucesso de ações intersectoriais, e o alcance das metas no contexto local. A reorientação do Programa neste sentido estaria se inscrevendo na categoria de “reinvenção de governança” ⁽⁶⁰⁾, ampliando o acesso dessas comunidades aos processos decisórios.

A busca da intersetorialidade impõe o envolvimento da sociedade civil, de voluntariado e de outras organizações para além das agências governamentais, pois o contexto e a cultura local são essenciais para o êxito dessa proposta⁽⁶⁹⁾. Esse movimento em relação à comunidade pode ser observado na resposta que apresentaram, quando as lideranças locais possibilitaram o encontro de técnicos do CRAS e moradores, em torno de informações sobre os programas assistenciais existentes na SMAS.

A convergência com políticas como a Estratégia de Saúde da Família – que também buscam envolvimento com a comunidade – na implementação de programas sociais, pode trazer ganhos em relação à aproximação deste processo com o contexto e com as iniciativas sociais locais. Neste sentido, a inclusão das equipes do PSF Manguinhos no acompanhamento das condicionalidades de saúde, e na orientação em relação ao PBF para os moradores de seu território pode ampliar as possibilidades de acesso ao Programa e contribuir para uma participação social mais efetiva.

Entendemos que a discussão sobre as possibilidades de intersetorialidade no PBF não se esgota nessa análise, mas esperamos contribuir para a reflexão sobre os limites e possibilidades desenhados pela estrutura, pelo contexto e pelo processo numa implementação local do Programa. Considerando que toda Política é recriada no dia-a-dia e que a avaliação desses passos pode apontar novos caminhos, concluímos que a criação de mecanismos de incentivo e de adesão à intersetorialidade entre os profissionais dos serviços pode colaborar para ampliar a sinergia entre as ações desenvolvidas no PBF. Ampliar esse processo, envolvendo a participação social no planejamento, e avaliação de metas e resultados contribuirá para maior efetividade dessas ações.

Referências Bibliográficas

- 1 Junqueira LAP. Descentralização e inter-setorialidade na gestão pública municipal. In: CLAD 97. São Paulo: FUNDAP-Textos Técnicos 1997. Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/TextosTecnicos/textec4.htm>
- 2 Inojosa RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. São Paulo: Cadernos FUNDAP 2001; 22 (1): p.102-110. Disponível em: http://www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=publicacoes/cadernos/cadernos_texto.asp&linktitfigtxt=publicacoes/publicacoesfiguratxt.asp&linknoticia=publicacoes/publicacoesnoticias.asp&linktitfig=publicacoes/publicacoesfigura.asp
- 3 Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB (org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP 2001. p. 15-42.
- 4 Mazmanian DA, Sabatier PA. A framework for Implementation Analysis. In: Implementation and Public Policy with a New Postscript. 2ªEd. Lanham, Maryland: University Press of America; 1989. p. 18-44.
- 5 Vellozzo V. Comunidade Solidária: Há Algo de Novo no Reino das Políticas Sociais? Rio de Janeiro: IMS-Physis-Revista de Saúde Coletiva; 1998; 8 (2): p. 49-70.
- 6 Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM, Mercado FJ (org.) Avaliação qualitativa de programas de saúde. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p. 65-86.
- 7 Yin RK. Tradução: Daniel Grassi. Estudo de Caso – planejamento e métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

- 8 Denis JL, Champagne F. Análise da Implementação. In: Hartz ZMA (org.) Avaliação em Saúde – dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 49-88.
- 9 Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. São Paulo: Saúde e Sociedade 2004; 13 (1): p. 25-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>
- 10 Burlandy L. Segurança alimentar e nutricional: intersetorialidade e ações de nutrição. Piracicaba (SP): Saúde em Revista 2004; 6 (13): p. 9-16. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art01.pdf>
- 11 Rede Unida. Intersetorialidade na Rede Unida. Saúde em Debate 2000; 24: 55. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp
- 12 Draibe SM. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo: SEADE/São Paulo em Perspectiva 1997; 11 (4). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/index.php?men=res>
- 13 Organização Mundial da Saúde. Ação Intersetorial para a Saúde: Pilar do Saúde para Todos no Século XXI. Halifax, Nova Escócia, Canadá: Relatório da Conferência Internacional; 1997.
- 14 Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil. BRASIL, Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: www.saude.gov.br/svs
- 15 Westphal MF, Mendes R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rio de Janeiro: FGV-Revista de Administração Pública 2000; 34 (6): p. 47-61. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/index.asp>
- 16 Draibe SM. Ciclos de reformas de políticas públicas em ambiente de consolidação da democracia: a experiência brasileira recente de reforma dos programas sociais. Campinas: NEPP-UNICAMP, Cadernos de Pesquisa 63; 2005. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=20>

- 17 Silva MOS. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO-Ciência & Saúde Coletiva; 2007; 12 (6): p. 1429-1439.
- 18 Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal do Brasil: a experiência de Fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD El Transito de la Cultura Burocrática al Modelo de Gerencia Pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones. Caracas; 1997. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/>
- 19 Arretche MTS. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. São Paulo: Revista Brasileira de Ciências Sociais; 1999; 14 (40): p. 111-141 . Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
- 20 Senna MCM, Burlandy L, Monnerat GL, Schottz V, Magalhães R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? Florianópolis: Revista Katál; 2007; 10 (1): p. 86-94.
- 21 Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS 1993. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Lei Nº 8.742). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm
- 22 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Assistência Social e Segurança Alimentar. Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise 2007; no. 13, edição especial. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>
- 23 Draibe SM. A construção institucional da política brasileira de combate à pobreza: perfis, processos e agenda. Campinas: NEPP-UNICAMP, Cadernos de Pesquisa 34; 1998. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=51>
- 24 Peliano AMTM, Resende LFL, Beghin N. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à fome e à pobreza. Brasília: IPEA-Planejamento e Políticas Públicas; 1995; 12: p. 19-37.
- 25 Portal do Voluntário. Informações colhidas em fevereiro de 2009: <http://arquivo.portaldovoluntario.org.br/>

- 26 Burlandy L. Comunidade Solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ; 2003. Tese de doutorado em Saúde Pública.
- 27 Draibe SM. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. São Paulo: Tempo Social; 2003; 15 (2).
- 28 Silveira CM. Miradas, métodos, redes: o desenvolvimento local em curso. In: Silveira CM, Reis LC (org.). Desenvolvimento local: dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: Comunidade Solidária-Rits; 2001
- 29 Comunidade Ativa, 2002. BRASIL. Informações colhidas em: http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_prog/268/prog268.htm
- 30 COMUNITAS. Informações colhidas em fevereiro de 2009 no endereço eletrônico: <http://www.comunitas.org.br/>
- 31 Projeto Alvorada. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2002. Disponível em <http://www.mds.gov.br/relocrys/alvorada/apresentacao.htm#1>
- 32 Projeto Alvorada. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação; 2002. Disponível em, http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=projeto_alvorada.html
- 33 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Acompanhamento de Políticas e Programas Governamentais, Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise 2001; no. 3: p. 17-109. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_03/acompanhamento_s.pdf
- 34 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Acompanhamento de Políticas e Programas Governamentais, Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise 2001; no. 2: p. 15-98. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_02/acompanhamento.pdf

- 35 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Conjuntura e Política Social, Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise 2001; no. 3: p. 7-13. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_03/CONJUNTURA.pdf
- 36 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Conjuntura e Política Social, Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise 2001; no. 2: p. 7-12. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_02/conjuntura.pdf
- 37 Projeto Alvorada: ação onde o Brasil é mais pobre. In Brasil, 1994-2002, A Era do Real. PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira; 2002: p. 63-70. Disponível em: https://www2.psdb.org.br/biblioteca/era_do_real/04.pdf
- 38 Projeto Alvorada. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura – MEC; 2002. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/seb/index.php?option=content&task=view&id=410&Itemid=397>
- 39 Rede de Proteção Social: fazer mais para quem precisa mais. In Brasil, 1994-2002, A Era do Real. PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira; 2002: p. 43-51. Disponível em: https://www2.psdb.org.br/biblioteca/era_do_real/02.pdf
- 40 Rocha S. Impacto sobre a pobreza dos novos programas federais de transferência de renda. Rio de Janeiro: UFRJ-Revista Economia Contemporânea; 2004: 9 (1): p. 153-185.
- 41 Belik W, Grossi MD. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais no Brasil. Juiz de Fora: XLI Congresso da SOBER-Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, painel Políticas de Combate à Pobreza: Segurança Alimentar, Nutrição, Renda Mínima e Ganhos de Produtividade na Agricultura; 2003. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=Fome+Zero+no+contexto+das+politic+as+sociais+&meta=>

- 42 Fome Zero. BRASIL, Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome; 2003. Disponível em:
<https://www15.bb.com.br/site/fz/mapa/DocPrefeitos.htm#OQueE>
- 43 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Conjuntura e Política Social, Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise 2003; (7): p. 7-13. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_07/CONJUNTURA.pdf
- 44 Programa Fome Zero. BRASIL, Presidência da República; 2003. Disponível em:
<http://www.fomezero.gov.br/>
- 45 Sistema Único de Assistência Social – SUAS/Norma Operacional Básica – NOB. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/suas/legislacao-1/nob>
- 46 Sistema Nacional de Segurança Alimentar – SISAN. BRASIL, Presidência da República. Conselho Nacional de Segurança Alimentar; 2006 (Lei nº 11.346). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm>
- 47 Programa Mais Saúde: Direito de Todos. BRASIL, Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>
- 48 Lavinias L, Versano R. Programas de Garantia de Renda Mínima e ação coordenada de combate à pobreza. Brasília: IPEA-Textos para Discussão; 1997; 534. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0534.pdf>
- 49 IPEA. – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Conjuntura e Política Social, Brasília: Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise. Anexo: Acompanhamento da Legislação em Políticas Sociais 2002, (4): p. 133-145. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_04/acompanhamento2.pdf

- 50 Programa Bolsa Família. BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Sub-chefia de Assuntos Jurídicos; 2004 (Decreto 5.209). Disponível em:
<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>
- 51 Draibe SM. Brasil: Bolsa-Escola y Bolsa-Familia. Campinas: NEPP-UNICAMP, Cadrenos de Pesquisa 76; 2006. Disponível em:
<http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=13>
- 52 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, BRASIL. Sobre a Recente queda da Desigualdade de Renda no Brasil, Brasília, Nota Técnica 2006; (8). Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/notastecnicas/notastecnicas9.pdf>
- 53 Programa Bolsa Família. BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Sub-chefia de Assuntos Jurídicos; 2004 (Lei No. 10.836). Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm
- 54 Instrução Operacional Conjunta SENARC/MDS – SECAD/MEC N° 01. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2007. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/legislacao_e_instrucoes/instrucoes-operacionais-1
- 55 BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005. Portaria N.666. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/legislacao_e_instrucoes/portarias-1
- 56 BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005. Portaria N° 360. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>
- 57 BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria N° 148, em 27 de Abril de 2006. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>
- 58 BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Sub-chefia de Assuntos Jurídicos; 2007 (Decreto No. 6135). Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm

- 59 BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008 (Portaria N° 76). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>
- 60 Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emerging Strategies for Healthy Urban Governance. New York: The New York Academy of Medicine; Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine; 2007; 84 (1): p. i154-i163. Disponível em: [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1891653&log\\$=activity](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1891653&log$=activity)
- 61 As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil, Relatório Final. BRASIL, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>
- 62 Pawson R, Tilley N. A history of evaluation in 28 ½ pages. In: Realistic Evaluation. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications; 2007. p.1-29.
- 63 Weiss CH. Nothing As Practical As Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families. In: Connell JI, Kubisch AC, Schorr LB, Weiss CH (edit.). New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods, and contexts. Washington: The Aspen Institute; 1995. p. 65-92.
- 64 Pawson R. Nothing as practical as a good theory. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications; 2003; Evaluation 9 (4): p. 471-490.
- 65 Pawson R. Evidence-based policy: in search of method. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications; 2002; Evaluation 8 (2): p. 157-181.
- 66 Chen HT. Intervening Mechanism Evaluation. In: Chen HT. Theory-driven Evaluations. Newbury Park: SAGE Publications; 1990. p. 197-213.
- 67 Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN e Carvalho MCB (org.), Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP; 2001. p. 45-56.
- 68 Lindblom CH, Woodhouse EJ. The Policy-Making Process. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

- 69 Public Health Agency of Canada. Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy And Health - Prepared in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), Canada; 2007. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-eng.php>
- 70 RIO DE JANEIRO; Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2004 (Decreto No. 24.702).
- 71 Bodstein R, Zancan L, Estrada D D (org). Guia de equipamentos e iniciativas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Manguinhos; 2001. p. 127.
- 72 Plano de Desenvolvimento Urbanístico do Complexo de Manguinhos. RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Habitação. Consórcio PAA AGRAR; 2005.
- 73 Diagnóstico Rápido Participativo da comunidade de PARQUE OSWALDO CRUZ. Fundação Centro de Defesa dos Direitos Humanos Bento Rubião – FCDDHBR. Rio de Janeiro; 2000.
- 74 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.
- 75 RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Assistência Social; 2006 (Resolução N.º 47).
- 76 BRASIL, Ministério da Saúde; 2004 (Portaria No. 2509). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/2509.htm>
- 77 Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais de saúde. Rio de Janeiro: FGV-RAP; 2000; 6: p. 35-45. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/index.asp>
- 78 Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. São Paulo: Saúde e Sociedade; 1997; 6 (2): p. 31-46. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/boletim.php?lang=pt&homepage=true&style=homepage>

- 79 Castells M. *A Sociedade em Rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura. Volume 1.* Tradução: Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

Anexo 1

Eixos dos Roteiros das Entrevistas e dos Grupos Focais:

Em todos os roteiros de entrevistas realizadas utilizamos quatro eixos comuns: Identificação do Entrevistado; Gestão do PBF; Intersetorialidade; Acompanhamento das condicionalidades; Avaliação.

I Na entrevista de um representante da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDC) especificamos dois deles: Gestão Estadual do PBF; e Acompanhamento das condicionalidades da Saúde.

II Com os Gestores Municipais das Secretarias de Assistência Social (SMAS), de Saúde (SMS) e de Educação (SME); e profissionais da SMAS (CRAS, e interlocutora da CAP) especificamos o que se referia à Gestão e acrescentamos outros quatro: Gestão municipal do PBF; Programas de Transferência de Renda no Município; Cadastramento do PBF; Participação Social; Relações com outros níveis de governo.

III No Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSGSF) acrescentamos outros cinco eixos de questões com os profissionais do Serviço de Nutrição e do Serviço Social: Caracterização do Serviço; Conhecimento sobre Funcionamento do PBF; Cadastramento; Promoção da Saúde; e Participação Social da Comunidade. Para a entrevista da Coordenadora do PSF – Manguinhos utilizamos os mesmos eixos acrescidos de outros dois: Identificação de Manguinhos; Caracterização do CSEGSF.

Eixos do Roteiro dos Grupos Focais com titulares do PBF em Manguinhos:

Contrato inicial; Experiência geral com o Programa (Cadastramento e critérios de inclusão); Intersetorialidade/Programas Complementares (outros programas sociais, serviços e atividades); Condicionalidade do PBF; Avaliação do PBF.

Anexo 2

Questões presentes nos questionários, relacionadas à Intersetorialidade

Gestores SME, SMS e SMAS

- 1 Específica SMAS: Existem formas de alocação de recursos pactuadas entre os diferentes setores e secretarias?
- 2 Existem áreas do governo municipal trabalhando intersetorialmente com a SME no PBF? De que forma? Como se dá o diálogo entre essas áreas? Existe agenda comum?
- 3 Existem instâncias integradas de coordenação, avaliação e monitoramento do PBF? Quais? Com que frequência se encontram? Quais são os atores? Como se organizam? O que desenvolvem juntos?
- 4 Existem critérios comuns de acompanhamento das ações voltadas às famílias?
- 5 Existem mecanismos de incentivo para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltados para os beneficiários do PBF?
- 6 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? Como participa?
- 7 Foi desenvolvida alguma atividade (educacional, cultural ou social) para os usuários e/ou seus familiares em parceria com outras instâncias governamentais e/ou secretarias municipais? Quais atividades foram criadas? Qual a frequência e a periodicidade? Quais foram os parceiros? Como participam?
- 8 E para os funcionários (das escolas, da SMS seja no nível da secretaria, das CAPs, e/ou das unidades de saúde) já foi desenvolvida alguma atividade? Para quais funcionários? Que atividade? Onde? Quando? Quais os níveis de governo e secretarias participaram dessas atividades? De que forma participaram?
- 9 Há registro dessas informações? Onde? Como ter acesso a elas?

SMAS – CRAS e INTERLOCUTORA

- 1 Como vem se desdobrando, no PBF, as ações que envolvem outros parceiros na cidade e na área de Manguinhos? Quais as secretarias, serviços públicos e atores envolvidos?
- 2 Quais capacitações e/ou treinamentos sobre o PBF foram oferecidos a este parceiros, na implementação do Programa? Quando e quem participou?
- 3 Existem formas de alocação de recursos pactuadas entre os diferentes setores e secretarias?

- 4 Existem instâncias integradas de coordenação, avaliação e monitoramento do Bolsa Família? Com que frequência se reúnem? Existem critérios comuns de acompanhamento das ações voltadas às famílias?
- 5 Quais ações têm sido desenvolvidas para os beneficiários do PBF em parceria com outras secretarias ou instituições públicas? Quais os parceiros envolvidos nestas ações? Com que frequência ocorrem? Existe algum incentivo para o desenvolvimento destas ações? Qual?
- 6 Em sua opinião quais seriam os parceiros estratégicos para otimizar o Programa?

CSEGSF – Nutrição, Serviço Social e coordenação PSF

- 1 Específica para o SS: 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?
- 2 Como se dá o diálogo entre os profissionais do CSGSF, profissionais do PSF, 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? (Quem participa? Existe alguma agenda comum? Com que frequência se encontram? Existe alguma proposta voltada para o PBF?)
- 3 Quais desses atores (governamentais e não-governamentais) participam das ações de coordenação, avaliação e monitoramento do PBF em Manguinhos? De que forma participam?
- 4 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? Há registro dessas informações? Onde? Como ter acesso a elas?
- 5 Existe alguma atividade desenvolvida com os beneficiários do PBF? Quais? Estas atividades já existiam ou foram criadas a partir do programa Bolsa Família?
- 6 Quais foram os parceiros locais? Como participaram?
- 7 Como se dá o diálogo entre o Serviço de Nutrição do CSGSF a CAP 3.1, o INAD, 3ª. e 4ª. CRASS, e 4ª. CRE em torno do PBF?
- 8 Na sua opinião o que tem favorecido ou dificultado as ações em conjunto com outros profissionais em torno do PBF?

Gestor Estadual - GESTÃO DO PROGRAMA E INTERSETORIALIDADE

- 1 Como se dá a gestão do PBF e qual é a participação do Estado no processo de implementação do PBF?
- 2 Comitê estadual do PBF – quando foi criado, quais as atribuições do comitê e como está organizado?

- 3 Como se dá o diálogo entre as Secretarias envolvidas no acompanhamento do PBF? (Existe alguma agenda comum? Com que frequência se encontram? Existe alguma proposta voltada para o PBF?)
- 4 Como o Estado se articula com os municípios na implementação do PBF?
- 5 Quais atores (governamentais e não-governamentais) participam das ações de coordenação, avaliação e monitoramento do PBF? De que forma participam?
- 6 Foi desenvolvida alguma atividade de treinamento, ou capacitação, com relação ao PBF para os municípios? Como e quando ocorreu (ocorreram) a(s) atividade(s)? Quem participou? Há registro dessas informações? Onde? Como ter acesso a elas?
- 7 Existem formas de alocação de recursos pactuadas entre os diferentes setores e secretarias?
- 8 Na sua opinião o que tem favorecido ou dificultado as ações em conjunto com outras secretarias em torno do PBF?

Anexo 3: Criação dos Grupos Intergestor e Descentralizado

DECRETO n.º 24.702, de 08 de outubro de 2004

Cria Grupo Intergestor para os fins que menciona e dá outras providências.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO a Lei Federal n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que trata da unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de TRNASFERÊNCIA DE RENDA do Governo Federal;

CONSIDERANDO o aprimoramento no atendimento biopsicosocial às famílias em situação de extrema pobreza e em situação de pobreza de acordo com a Lei Federal n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004;

CONSIDERANDO a relevância de estabelecimento de diretrizes para o processo de acompanhamento e controle das condicionalidades do Programa Bolsa Família, que diz respeito à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, exame pré-natal, acompanhamento nutricional, de acordo com o art. 30 da Lei Federal n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e Portaria Federal n.º 1, de 3 setembro de 2004;

CONSIDERANDO o Termo de Pactuação n.º 02/2004, Processo 71000.002521/2004-81/MDS, firmado pela União e Prefeitura em 04 de maio de 2004,

D E C R E T A:

Art. 1.º Fica criado **Grupo Intergestor** para elaboração e aperfeiçoamento de instrumentos adequados ao monitoramento e avaliação das condicionalidades do Programa Bolsa Família, sob coordenação da Secretaria Municipal de Assistência Social e as seguintes secretarias municipais:

- I - Secretaria Municipal de Educação;
- II - Secretaria Municipal de Saúde;
- III - Secretaria Municipal de Habitação;
- IV - Secretaria Municipal de Esporte e Lazer; e,
- V - Secretaria Municipal de Fazenda.

Art. 2.º O Grupo Intergestor tem como objetivos:

- I - garantir a permanência, acompanhamento e monitoramento das condicionalidades dos beneficiários do Programa Bolsa Família, nos devidos Programas de Inclusão Social e sobretudo em programas de Escolarização com estabelecimento de metas;
- II - desenvolver de forma articulada uma agenda de cumprimento das condicionalidades, buscando a intersetorialidade das ações;
- III - criar dispositivos de controle de entrada e permanência nas agendas de cumprimento das condicionalidades;

IV - elaborar instrumento de controle de frequência para as agendas de cumprimento das condicionalidades, de modo que todas as secretarias envolvidas acompanhem as etapas das ações desenvolvidas;

V - estruturar sistema de avaliação da metodologia adotada para cumprimento das condicionalidades.

Art. 3.º Fica criado um Grupo descentralizado, integrando todas as Secretarias supracitadas, exceto a Secretaria Municipal de Fazenda, a fim de melhor desenvolver o acompanhamento e controle das agendas de cumprimento das condicionalidades.

Art. 4.º O Grupo descentralizado tem como objetivos:

I - viabilizar o acesso dos beneficiários do Programa Bolsa Família às metas estabelecidas nos Programas das secretarias envolvidas neste processo;

II - realizar o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades de forma articulada com as secretarias envolvidas;

III - realizar o controle de frequência de cumprimento das condicionalidades;

IV - avaliar, a partir de relatório da equipe técnica, quando necessário, a exclusão de famílias beneficiárias do Programa, tendo em vista o não cumprimento das condicionalidades ou dos critérios previstos na Lei Federal n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004.

Art. 5.º O Grupo Intergestor deverá reunir-se, mensalmente, a fim de aprimorar o desenvolvimento do acompanhamento e controle do cumprimento das condicionalidades.

Art. 6.º O Grupo descentralizado deverá reunir-se, quinzenalmente, nos três primeiros meses, podendo este período ser prorrogado, de acordo com a necessidade do Grupo e, após esta escala de tempo, mensalmente, a fim de consolidar o acompanhamento e controle das agendas de cumprimento das condicionalidades.

Art. 7.º O Grupo Intergestor deverá reunir-se, trimestralmente, com o Grupo descentralizado, podendo haver a participação do Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social, a fim de avaliar a metodologia adotada para o desenvolvimento do acompanhamento e controle de cumprimento das condicionalidades.

Art. 8.º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 08 de outubro de 2004 - 440.º de Fundação da Cidade

CESAR MAIA

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2004.

Anexo 4: Utilização dos recursos do IGD

Resolução SMAS N.º 47 de 15 de maio de 2006

A Secretaria Municipal de Assistência Social em Exercício e no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor e

Considerando a Portaria MDS n.º 148, de 27 de Abril de 2006 que 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;

Considerando que o Município do Rio de Janeiro aderiu ao Programa Bolsa Família conforme Portaria GM/MDS n.º 246, de 20 de Maio de 2005;

Considerando que o MDS transferirá recursos financeiros mensalmente ao Rio de Janeiro, a fim de que este seja remunerado pela execução prévia de modalidades de atividades, de acordo com o disposto na Portaria GM/MDS n.º 360, de 12 de Julho de 2005.

Considerando a Tecnologia Porta de Saída

RESOLVE:

Art 1º - O desembolso dos recursos recebidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS deverão se dar da seguinte forma:

I – O percentual de 20% para gestão das Condicionalidades e gestão dos benefícios;

II- O percentual de 10% para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF e dos Programas Remanescentes, em especial aquelas em situação de maior vulnerabilidade social;

III- O percentual de 7,5% para aquisição de Equipamentos de informática para ampliar e consolidar o Sistema de Acompanhamento das Famílias.

IV- O percentual de 50% para implementação de programas complementares ao PBF atuando com as famílias nas áreas de capacitação profissional, geração de trabalho e renda, crédito social e desenvolvimento comunitário.

V – O percentual de 5% para demandas de fiscalização do PBF e do CadÚnico, formulados pelo MDS.

VI – O percentual de 5,5% para ações de Documentação Civil das Famílias através do Projeto Carioca com Nome e Sobrenome.

VII – O percentual de 2% para encontros periódicos de trocas de experiências bem como, capacitações dos técnicos envolvidos no desenvolvimento do Programa Bolsa Família, organizados pelo Núcleo de Programas de Transferência de Renda e pela Escola Carioca de Gestores da Assistência Social.

Art 2º - O Núcleo de Programas de Transferência de Renda informará ao AS/SUBG/ADS/AOR – Assessoria de Orçamento, mensalmente, o valor recebido pelo Fundo Nacional de Assistência Social, definindo os valores que cada ação terá naquele

mês para que o Núcleo de Inclusão Produtiva e a Subsecretária de Gestão possa planejar a execução.

Art 3º - Fica criado o Grupo de Trabalho - GT de Gestão dos Recursos Tratados nesta Resolução que será Composto pela Subsecretária de Proteção Básica, pela Subsecretaria de Gestão, pela Coordenação Geral de Vigilância da Exclusão, pelo Núcleo de Inclusão Produtiva e por um Assessor do Gabinete do Secretário.

§1º - O GT será presidido pela Subsecretária de Proteção Básica;

§2º -O GT organizará regimento de trabalho e definirá procedimentos e cronograma a serem publicados posteriormente;

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – Expediente de 16/05/2006