

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Delaine Martins Costa

**O Programa de Transferência Renda Condicionada “Bolsa Família” e a Estratégia
Saúde da Família: dinâmica do cuidado numa perspectiva da avaliação realista**

Rio de Janeiro

2020

Delaine Martins Costa

**O Programa de Transferência Renda Condicionada “Bolsa Família” e a Estratégia
Saúde da Família: dinâmica do cuidado numa perspectiva da avaliação realista**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Dra. Rosana Magalhães

Rio de Janeiro

2020

Título em inglês: The conditional cash transfer “Bolsa Família” and the Family Health Strategy: dynamics of care from a perspective of realistic evaluation.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

C837p Costa, Delaine Martins.
O Programa de Transferência Renda Condicionada “Bolsa Família” e a Estratégia Saúde da Família: dinâmica do cuidado numa perspectiva da avaliação realista. / Delaine Martins Costa. -- 2019.
178 f. : il. color. ; graf. ; tab.
Orientadora: Rosana Magalhães
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.
1. Programas Sociais. 2. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 3. Pobreza. 4. Disparidades nos Níveis de Saúde. 5. Avaliação Realista. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.882

Delaine Martins Costa

O Programa de Transferência Renda Condicionada “Bolsa Família” e a Estratégia Saúde da Família: dinâmica do cuidado numa perspectiva da avaliação realista

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 10 de dezembro de 2019

Banca Examinadora

Prof. Dr. Frédéric Vandenberghe
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais

Profa. Dra. Monica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense - Centro de Estudos Sociais Aplicados

Profa. Dra. Marly Marques da Cruz
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profa. Dra. Tatiana Vargas
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profa. Dra. Rosana Magalhães (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2020

AGRADECIMENTOS

No momento de tornar visíveis aqueles que estiveram presentes, mesmo sem saber, ao longo do doutorado, apresentar uma lista de amigos, professores, colegas de trabalho e familiares seria extensa e, ainda assim, limitada. O percurso acadêmico começou bem antes e uma rede de reciprocidades foi sua base.

Para minha filha, Fernanda, minha gratidão pela compreensão do tempo de sua existência que lhe foi tomado e todo meu amor por tanto me ensinar. Para Luiz (*in memoriam*), Hilda, Luiz Mário, Marli e Bia por me fazerem crer que outras experiências de família são possíveis, ainda que absolutamente singulares. Para Nasser, por todo companheirismo amoroso e intelectual que torna a vida bem mais prazerosa e fácil. Para meus amigos que deixaram o dia a dia mais frouxo, leve e divertido: Maria Lucia Cardoso, pela parceria intelectual e cumplicidade; Tatiana Dahmer, por tudo que trocamos e trocaremos; Rosana Salles, pelos incentivos afetivos e investimentos afetuosos na saúde; Isabela Guimarães, pela força e cuidados compartilhados; Rosimere de Souza, pelos tão diversos momentos em que estivemos juntas; Helga Gahyva, porque não perdemos a piada; Paula Ribeiro, pelo apoio mútuo; Marcia Lucena, pela proteção que me proporciona; Marina Teixeira com quem tanto aprendi; Teresa Neves, pelos desabafos e “Kombuchás”.

Para minha orientadora, Rosana Magalhães, pela admiração, diálogo e estímulo em fazer crer que a vida acadêmica pode ser respeitosa e afetiva. Para Suely Deslandes, quando tudo começou, e pelo que ensina com sua postura. Aos membros da banca, por terem aceitado o convite e pelo respeito que guardo por um a um. Para os colegas do doutorado, pela amizade risonha que espero poder continuar usufruindo. Para os integrantes do Sociofilo, pelas leituras, debates e generosos comentários.

Para os professores, colegas de trabalho e alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela oportunidade de aprender na prática os sentidos do cuidado. Para Andrea, Luane, Giselle e Ulysses, pela curiosidade que fizeram despertar e pelo conhecimento que carinhosamente me disponibilizaram.

Para a gerência da Clínica, pela sensibilidade ao trabalho de pesquisa e pela confiança. Aos profissionais da Clínica e aos entrevistados, pelo precioso tempo que me dedicaram e minha admiração pelas escolhas que fizeram.

A todos, gratidão.

[283]

1-10-1917

O UNIVERSO não é ideia minha.
A minha ideia do Universo é que é uma ideia minha
A noite não anoitece pelos meus olhos,
A minha ideia de noite é que anoitece por meus olhos.
Fora de eu pensar e de haver quaisquer pensamentos
A noite anoitece concretamente
E o fulgor das estrelas existe como se tivesse peso

[284]

1-10-1917

ASSIM COMO falham as palavras quando querem exprimir qualquer
pensamento,
Assim falham os pensamentos quando querem exprimir qualquer
realidade,
Mas, como a realidade pensada não é a dita mas a pensada,
Assim a mesma realidade existe, não o ser pensada.
Assim tudo que existe, simplesmente existe.
O resto é uma espécie de sono que temos,
Uma velhice que nos acompanha, desde a infância da doença.

Poemas Inconjuntos, (1913-1915), Alberto Caeiro (*In:*
Poemas Completos de Alberto Caeiro, Rio de Janeiro:
Editora Nova Aguilar, 1986, pp. 172-173)

RESUMO

O estudo analisou os efeitos, os alcances e os limites da implementação do Programa Bolsa Família (PBF), no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), no que se refere ao cumprimento das condicionalidades de saúde e à dinâmica do cuidado. A pesquisa avaliativa foi desenvolvida em diálogo com a literatura sobre pobreza, desigualdades e vulnerabilidades associadas à saúde, e utilizou como principais referenciais teóricos a avaliação realista e a avaliação orientada pela teoria do programa. Buscou demonstrar a interface entre essas abordagens e o realismo crítico. O material empírico resultou em um estudo de caso, com base em métodos mistos, desenvolvido em uma Clínica de Saúde da Família, na zona norte do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019. Partindo do realismo crítico interroga o que é a realidade e como pode ser acessada pelos estudos em avaliação. Reconhece que a realidade é estratificada, multinível e diferenciada, e as avaliações estão relacionadas às distintas posturas ontológicas de como se analisam os programas sociais em saúde. A avaliação realista é considerada um teste da teoria do programa, cabendo investigar, no processo de implementação, as configurações Contexto-Mecanismo-Resultado. Busca compreender se os programas funcionam, para quem e em quais contextos. Assim, os programas são vistos como teorias sobre um determinado problema social e as mudanças pretendidas. No caso dos programas de transferência de renda condicionada, a teoria do programa informa que os recursos monetários – associados às contrapartidas das famílias beneficiárias (nas áreas de saúde, educação e assistência social) e aos programas complementares – são capazes de romper com os ciclos intergeracionais de reprodução da pobreza, das desigualdades e das vulnerabilidades. Contudo, há controvérsias. A análise sobre os diferentes mecanismos gerativos acionados pelo PBF, em sua interface com ESF, aponta que os objetivos são diferentemente interpretados pelos agentes sociais. Os mecanismos de mudança alcançam parcialmente as famílias beneficiárias e a dinâmica do cuidado transcende os recursos da saúde. Pobreza não é sinônimo de privação de renda, tampouco as desigualdades se reduzem às desigualdades de renda. Ambos conceitos são complexos e interdependentes. As conclusões reforçam a importância da transferência de renda condicionada para a redução da pobreza e da extrema pobreza, e reafirmam a importância da proteção social como um dos principais mecanismos para a redução das desigualdades e vulnerabilidades. Contudo, destaca que as interpretações quanto ao alcance das condicionalidades de saúde tendem a se limitar à prescrição normativa, ao mesmo tempo que o valor do benefício é tido como insuficiente para mudar as condições de vida dos beneficiários. Essas requerem ações que incidam estruturalmente sobre a reprodução da pobreza (monetária e não monetária). Apesar dos avanços da política de proteção social, garantida constitucionalmente, a heterogeneidade estrutural socioeconômica permanece gerando desigualdades duráveis. O modelo econômico adotado tende a mitigar os efeitos positivos da transferência de renda condicionada, haja vista financeirização das políticas sociais e a diminuição da oferta de serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: avaliação realista; transferência de renda; realismo crítico; pobreza e desigualdades em saúde.

ABSTRACT

The study analyzed the effects, scope and limits of the implementation of the cash transfer “Bolsa Família” Program (BFP), within the Family Health Strategy (FHS), regarding compliance with health conditionalities and care dynamics. The evaluative research was developed in dialogue with the literature on poverty, inequalities and health-related vulnerabilities. It used as main theoretical references the realistic and the theory-driven approaches and sought to demonstrate the interface between them and the critical realism. The empirical material resulted from a mixed method-based case study conducted at a Family Health Clinic in northern Rio de Janeiro, from 2018 to 2019. Based on critical realism, it questions what reality is and how can be accessed by evaluation studies. It recognizes that reality is stratified, multilevel and differentiated, and the evaluations are related to the different ontological postures of how social health programs are analyzed. Realistic evaluation emphasizes that evaluation process is a test of program theory. Then it is important to investigate the Context-Mechanism-Result configurations in the implementation process. The evaluation seeks to understand if programs work, for whom and in what contexts. Programs are theories about a particular social problem and the planned changes. In conditional cash transfer programs, the theory of the program states that the monetary resources associated with the counterparts of beneficiaries – in the areas of health, education and social assistance and supplementary programs – are capable of breaking intergenerational cycles of poverty, inequality and vulnerability. However, there are controversies. The different generative mechanisms triggered by the BFP, in its interface with the FHS, point out that the objectives are differently interpreted by social agents. The mechanisms of change partially reach the beneficiary families and the dynamics of care transcends health resources. Poverty does not mean income deprivation and inequalities cannot be reduced to income inequalities. Both concepts are complex and interdependent. The conclusions reinforce the importance of conditional cash transfer for the reduction of poverty and extreme poverty, as well as highlight social protection as one of the main mechanisms for reducing inequalities and vulnerabilities. However, it points out that interpretations of the scope of health conditionalities tend to be limited to normative prescribing. The value of the benefit is perceived as insufficient to change the living conditions of beneficiaries requiring actions that structurally affect the reproduction of poverty (monetary and non-monetary). Despite advances in the constitutionally guaranteed social protection policy, socioeconomic structural heterogeneity continues to generate durable inequalities. The economic model adopted tends to mitigate the positive effects of conditional cash transfers, given the financialisation of social politics and the diminishing supply of public health services.

Keywords: realist evaluation; cash transfer; critical realism; poverty and inequalities in health.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho da Pesquisa.....	32
Figura 2 - Teoria do Programa Bolsa Família	48
Figura 3 – Estudo de Caso.....	62
Figura 4 – Matriz Avaliativa	67
Figura 5 – Análise de Dados	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AR – Área de Planejamento
AP – Área Programática OU Área de Planejamento
APS – Atenção Primária em Saúde
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAP – Coordenação da Área Programática
CMR – Contexto-Mecanismo-Resultado
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DR – Diário Reflexivo
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDS – Índice de Desenvolvimento Social
IPP – Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos
MS – Ministério da Saúde
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PIB – Produto Interno Bruto
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RP – Região de Planejamento
SABREN - Sistema de Assentamentos de Baixa Renda
SAGI – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR – Transferência de Renda

TRC – Transferência de Renda Condicionada

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UPP – Unidade de Polícia Pacificadora

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. CONTEXTO DA POLÍTICA: O PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA BOLSA FAMÍLIA E O CUIDADO À SAÚDE	34
2.1. A Transferência de Renda Condicionada e o Debate sobre Pobreza: alcances e limites ..	34
2.2. O Programa Bolsa Família no contexto nacional	42
2.3. O Programa Bolsa Família e o Cuidado à Saúde.....	49
3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	54
3.1. Pesquisa avaliativa e avaliação realista	54
3.2. Estudo de caso	59
3.3. Coleta, sistematização e análise de dados	62
3.4. Considerações Éticas	72
4. RESULTADOS	74
4.1. ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O REALISMO CRÍTICO.....	74
4.2. ARTIGO 2 – REALISMO CRÍTICO E DESIGUALDADES SOCIAIS: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UMA PESQUISA AVALIATIVA.....	96
4.3. ARTIGO 3 FORMATADO - O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DINÂMICA DO CUIDADO NUMA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO REALISTA	114
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
6. REFERÊNCIAS	156
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Profissionais	
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Beneficiários	
Apêndice III – Roteiro das entrevistas com profissionais e beneficiários	
Apêndice IV – Quadro de entrevistados	
Apêndice V – Perfil das titulares e famílias beneficiárias entrevistadas	

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida durante os anos de 2016 a 2019 e, nesse curto período de tempo, importantes acontecimentos marcaram estruturalmente a política nacional. Muito além de enumerá-los, importa assinalar que as mudanças ocorridas, nacional e também internacionalmente, deslocam o país para um eixo mais conservador e as políticas públicas tendem a perder recursos, especialmente nas áreas de saúde e de educação, com implicações de curto, médio e longo prazos. Dado o objeto de estudo da tese (*os desafios para a melhoria das condições de saúde e a redução das vulnerabilidades sociais, por intermédio de uma política de transferência de renda condicionada*), os efeitos estruturais desse período merecem continuar sendo investigados. É possível que o cenário que se esboça recrudesça as desigualdades sociais e a pobreza de parte significativa da população *vis-à-vis* a fragilização das políticas de proteção social.

A ideia de pobreza vinculada à assistência é analisada por vários autores e adquire diferentes significados e expressões ao longo do tempo (HIMMELFARB, 1988; PAUGAM, 1993; POLANYI, 1980; VAN PARIJS; VANDERBORGHT, 2017). Sob esse aspecto, a iniciativa de assegurar uma renda mínima aos mais pobres, independente de seus proventos, não é uma novidade. Ainda assim, os programas de transferência de renda (TR), com ou sem condicionalidades ou contrapartidas sociais (TRC), podem ser identificados como uma nova tendência de política social que se difundiu, especialmente na América Latina, a partir de meados de 1990, e seu sucesso influenciou a expansão para outros países da região (BRITO, 2008; VAN PARIJS; VANDERBORGHT, 2017).

A concepção e a implementação de programas de transferência de renda, tal como hoje conhecemos, resultaram na acumulação de vasta experiência e há consenso de que tais programas constituem um dos mais importantes mecanismos de combate à pobreza (BARRIENTOS et al., 2008; DEVEREUX, 2002; LAVINAS, 2015; WORLD BANK, 2015). De acordo com o *World Bank's Atlas of Social Protection: Indicators of Resilience and Equity* (ASPIRE), dentre os países que compõem o banco de dados (2015), 130 contam com algum programa de transferência de renda sem condicionalidades e 63 com programas de TR com condicionalidades. Dentre os que dispõem de algum programa de TR, sem condicionalidades, 32% estão localizados na África, e cerca de 22% na América Latina e Caribe e, também, na Europa e Ásia Central. Dos 63 países que implementaram TRC, 14 (22%) foram classificados como de rendimento baixo (*low income*); 22 (35%) como rendimento médio baixo (*lower-middle income*). O número de países que adotaram a TR sem condicionalidades, se comparados

aos mesmos grupos de renda mais baixas, apresentam proporções similares ou próximas: respectivamente, 22% (28) e 32% (42) (WORLD BANK, 2015, p. 11 e 12). Cabe observar que o Brasil, na base de dados, estava classificado entre os 21 países de rendimento médio alto (*upper-middle income*) que implementaram a TRC.

Ainda que a transferência de renda seja reconhecida como fundamental para o combate à pobreza, também é consenso que o alcance “dos mais pobres entre os pobres” ainda permanece um desafio. O desafio está relacionado a diferentes aspectos, entre os quais se destacam: a insuficiência de mecanismos internos aos programas que garantam sua focalização (procedimentos institucionais e organizacionais ou “*capacity building*”); as redes de clientelismo e patronagem que se superpõem às políticas; a heterogeneidade da população que vive em situações econômicas precárias; e o próprio desenho dos programas que, muitas vezes, não se articula às múltiplas intervenções de proteção social. A existência de políticas de proteção social é vista como um distintivo entre os países e um fator preponderante para o êxito dos programas, como vem sendo destacado pela literatura (BARRIENTOS et al., 2008; DEVEREUX, 2002; LINDERT et al., 2007; LAVINAS, 2015). De acordo com dados do já citado *World Bank’s Atlas of Social Protection: Indicators of Resilience and Equity* (ASPIRE), 77 países tinham políticas de proteção social em curso, enquanto que 31 estavam planejando ou implementando-as em 2015 (WORLD BANK, 2015, p. 3).

O Brasil apresenta uma das maiores concentrações de renda do mundo o que traz implicações diretas sobre as condições desiguais de acesso e de oportunidades socioeconômicas, incluindo-se aí a segurança alimentar e nutricional (SAN) da população. Inserida na conjuntura de crises econômicas das décadas de 1980 e 1990, seguidas pelo ajuste estrutural na América Latina, a emergência da transferência de renda se desenhou como uma das principais estratégias, no país, de proteção social conforme analisado por Brito (2008). No contexto histórico de criação do Programa Bolsa Família (PBF), foi lançado o “Projeto Fome Zero: uma Proposta de Segurança Alimentar para o Brasil” (INSTITUTO CIDADANIA, 2001) que, entre outros aspectos, identificava que 27,8% da população estavam vivendo com US\$ 1,08, segundo critério da linha da pobreza adotado pelo Banco Mundial. Já o Instituto Brasileiro de Economia, da Fundação Getúlio Vargas, com base no Censo Demográfico de 2000, identificava um percentual maior da população (35%) vivendo abaixo da linha da pobreza, se definidos R\$60,00 per capita mensal (MARQUES, 2005).

No início da década de 2000, o Brasil figurava entre os países que constavam no Mapa da Fome, produzido pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), e nele permaneceu até 2014. Sob aquele contexto, foram implementadas iniciativas que configuraram o debate sobre pobreza monetária e políticas de transferência de renda, colocando em discussão o alcance de políticas universais em contraposição às políticas focalizadas, sendo a TRC uma proposta de estratégia de redução das desigualdades. Por serem políticas condicionadas e focalizadas (para as famílias pobres e extremamente pobres), previa-se uma possível ampliação do acesso aos serviços sociais – em especial educação, saúde e assistência social – e consequente redução da insegurança alimentar e nutricional.

O Programa Bolsa Família (PBF), criado no Brasil, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é considerado o maior programa de TRC do mundo. Segundo Souza e coautores (2019), iniciou com alcance de seis milhões de famílias beneficiárias e, em 2018, atingiu 14 milhões (1/5 da população brasileira). Instituído em 2003 (Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003) e transformado em lei (Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004), representou a unificação de quatro iniciativas de transferência monetária existentes: Bolsa Escola¹, Bolsa Alimentação², Auxílio Gás³ e Cartão Alimentação⁴. Estes programas previam a transferência, com condicionalidades ou “compromissos”, nas áreas de saúde (“promoção da saúde”/“ações dirigidas ao combate à fome e à promoção da segurança alimentar e nutricional”), educação (“ações educativas”) para famílias de “baixa renda”, como será visto mais adiante ao analisar o PBF.

Há um amplo conjunto de estudos produzidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) sobre o PBF. No que se refere à política de avaliação e monitoramento, foi instituída a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) e esta iniciativa fortaleceu a perspectiva avaliativa sobre os impactos e repercussões da transferência condicionada de renda na população beneficiária. Os principais resultados podem ser consultados no acervo digital do MDS, que também dispõe de avaliações específicas

¹ Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação – Bolsa Escola (Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001).

² Programa de Renda Mínima vinculada à Saúde - Bolsa Alimentação (Medida Provisória nº 2.206, de 6 de setembro de 2001).

³ Programa Auxílio-Gás (Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002). Trata-se de um subsídio para famílias beneficiárias do Bolsa Escola ou do Bolsa Alimentação os quais, por sua vez, preveem, respectivamente a exclusão do benefício em caso de frequência escolar inferior a 85%. e não cumprimento da “agenda de compromissos que assumem os responsáveis pelo recebimento dos benefícios, relativamente à participação em ações de saúde e nutrição” (cf. à normativa citada).

⁴ Programa Nacional de Acesso à Alimentação – PNAA (Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003).

(FERRAREZI; AREAS DA SILVA, 2016; SOUSA; VAITSMAN; BRAZIL, 2007)⁵. Além desses produzidos pela própria SAGI, outros estudos foram realizados (no âmbito acadêmico e não acadêmico)⁶ e produziram reflexões, que se somaram às aquelas do MDS, fornecendo insumos diversos para pensar não só a avaliação *tout court* mas, especialmente, os efeitos da TRC nos diversos contextos (local, estadual, nacional e internacional), tanto em suas especificidades com outras políticas (saúde, educação e assistência social), quanto articulados ao contexto macroestrutural e de proteção social (ALVES; ESCOREL, 2013; CAMPELLO; NERI, 2013; DRAIBE, 2009; SOUZA et al., 2019; FONSECA; D'ÁVILA VIANA, 2007; LAVINAS; SIMÕES, 2017; LINDERT et al., 2007; MAGALHÃES, 2014; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; SANTOS e MAGALHÃES, 2012; SILVA, 2018).

Estudos realizados por Lavinas e Simões (2017) e Lavinas (2013) chamam atenção para a expansão e considerável visibilidade dos programas de TRC na América Latina e para o fato que quase todos apresentam baixo custo e frágil apoio institucional, mas considerável visibilidade. Os autores acrescentam que o Brasil é um caso extremamente ilustrativo de estratégia de incentivo ao consumo por intermédio do acesso ao crédito. A política social é apropriada como mecanismo capaz de garantir o aumento da demanda interna a partir da perspectiva da monetarização e da comodificação, ao invés do fortalecimento e consolidação dos sistemas universais de proteção social ao que os autores nomeiam de “modelo de comodificação da proteção social” (LAVINAS; SIMÕES, 2017). Para os autores, a retomada do crescimento no Brasil, na década de 2000, foi viabilizada por um tipo de regulação que privilegiou algumas garantias de rendimento combinadas ao aumento real do salário mínimo e à eliminação de barreiras ao mercado financeiro. Estes e outros fatores não afetaram a heterogeneidade estrutural que permanece gerando profundas desigualdades, como, por exemplo, a incidência de vulnerabilidades devido ao déficit de serviços sociais, entre os quais os de saúde pública. Sob esse aspecto, a TRC teria um impacto menor sobre o crescimento e, sobretudo sobre a redução das desigualdades, em contraposição ao efeito distributivo positivo de serviços públicos, como saúde e educação, se houvesse aumento dos gastos públicos nesses

⁵ A coleção reúne, entre outros, livros, periódicos, sumários executivos e o “Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate” que conta com números dedicados às “Sínteses das pesquisas de avaliação e de programas sociais do MDS”. Ao longo dos 12 anos da SAGI foram produzidas pesquisas aplicadas e acadêmicas, em parceria com diferentes entidades nacionais e internacionais sobre diversos temas perfazendo, até 2016, 174 estudos e pesquisas avaliativas (FERRAREZI; AREAS DA SILVA, 2016).

⁶ Segundo publicação da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), foram produzidos 1000 estudos nacionais e internacionais sobre o Bolsa Família, compreendendo artigos científicos nacionais e internacionais, teses e dissertações. Ver Capítulos 1 e 2, respectivamente sobre a produção nacional e internacional (SILVA, 2018a)

setores (CASTRO, 2013 apud LAVINAS; SIMÕES, 2017, p. 29). Concluem que, entre outros fatores, o que diferencia os sistemas de proteção social, em sua forma clássica, é a maneira como combinam garantia de rendimentos com a universalização incondicional de direitos e de acesso.

A transferência monetária condicionada é um aspecto chave dos diferentes programas implementados na América Latina. A TR reposiciona o debate sobre as contrapartidas (ou corresponsabilidades) uma vez que estas devem ser cumpridas pelas famílias pobres que são beneficiárias, a partir de uma prescrição previamente determinada e circunscrita a determinadas políticas, como no caso da saúde (MAGALHÃES JUNIOR; CONSTANTE JAIME; LIMA, 2013).

Para Fonseca e D`Ávila Viana (2007), o fato do acesso aos serviços serem garantidos pelo tempo que as famílias permanecerem no programa rompe com a perspectiva de que tais serviços são um direito e, portanto, incondicionais. No caso da saúde, as autoras acrescentam que o acesso se restringe à atenção básica e ao grupo materno infantil e que mesmo nesses casos não implica, necessariamente, em uma seleção para o cuidado especializado em outros níveis de atenção (2007, p. 1509). Apesar das diferenças entre os países da América Latina (morbimortalidade materno infantil, enfermidades infecciosas de transmissão, enfermidades crônicas degenerativas), o Brasil se distingue dos demais dada a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa (Estratégia) Saúde da Família, criado em 1994. Cabe, contudo, conforme sugerido pelas autoras, aprofundar os estudos sobre o processo de interação entre o PBF e a Estratégia Saúde da Família (ESF), sobretudo em locais nos quais a cobertura é baixa (FONSECA; D`ÁVILA VIANA, 2007).

Pesquisa realizada por Moraes e Machado (2017) também aponta para importância dos estudos mais específicos sobre os efeitos das condicionalidades da saúde, dado que estes são escassos no país (2017, p. 140). Cohn (2013) chama atenção para o reconhecimento da saúde como um direito e que, para muitos, o recebimento da transferência de renda condicionada significa a possibilidade de adquirir medicamentos não disponíveis no SUS ou para ter acesso a procedimentos no âmbito da assistência médica, não existentes no município. Sob esse aspecto, reconhece-se uma fragilidade do sistema de saúde: por um lado, não dispõe de uma rede de serviços integrada nos diversos níveis de atenção à saúde e, por outro, onde existe a ESF aumenta-se o controle do Estado sobre os cidadãos. Com efeito, um dos aspectos centrais é a perspectiva de acesso a bens, enquanto consumo individual ou via mercado de bens que são coletivos (COHN, 2013).

Magalhães Junior e coautores (2013) elaboraram um estudo sobre o impacto do PBF nas condições de saúde dos beneficiários. Chegaram a evidências positivas: redução da prevalência da desnutrição; aumento da proporção de filhos amamentados de maneira exclusiva pelo menos durante os seis primeiros meses de vida; aumento do índice de massa corporal em crianças; aumento da cobertura vacinal; diminuição do baixo peso ao nascer; maior proporção de crianças menores de sete anos que fazem uso da unidade básica de saúde da área abrangência. Também foram incluídas, entre as evidências, os resultados obtidos no acompanhamento das condicionalidades, dentre eles o reconhecimento de que a atenção básica do SUS é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Contudo, destacam os autores, é necessário que estudos e pesquisas avaliem outros impactos do PBF nas condições de vida, saúde e nutrição das famílias beneficiárias (2013, p. 105).

Como destacado por Barbosa (2018), a complexidade e o caráter intersetorial da rede de proteção social no Brasil são reconhecidos e, segundo revisão da literatura, avalia-se que o PBF contribuiu para fortalecer a intersectorialidade. Diversos estudos apontam para a necessidade e a importância da intersectorialidade no âmbito das políticas públicas e ações governamentais, tendo, assim, colocado em evidência o termo e o tema.

De acordo com Potvin (2012), os modelos produzidos para explicar as desigualdades em saúde a partir da perspectiva dos determinantes sociais – no caso Dahlgren and Whitehead, 1991 e a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2008 –, reafirmaram que a saúde é produzida cotidianamente a partir de recursos e serviços que não se esgotam no setor saúde. Tal entendimento passou a ser disseminado internacionalmente em diferentes documentos, propagando a ideia de que o setor saúde deveria assumir a liderança e alcançar os demais setores das políticas públicas produzindo, portanto, ações intersectoriais. Segundo Potvin, tais ações podem ser definidas como: “o alinhamento de intervenções estratégicas e de recursos entre atores de um ou mais setores no âmbito da esfera pública de modo a atingir objetivos complementares que são relevantes e valorizados” (2012).

Apesar do conceito de intersectorialidade ter sido bastante utilizado nos últimos 30 anos e reatualizado pela ideia motriz “*health in all policies*” – difundida pela 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Helsinque (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2014) –, ainda apresenta fragilidades. Estudo (*scoping review*), realizado por Shankardass et al (2012), demonstrou incoerências na conceituação das ações então intituladas como intersectoriais. Segundo Shankardass et al (2012) e Potvin (2012) ainda existe uma escassez de estudos empíricos e acadêmicos sobre as práticas e estruturas envolvidas em ações

intersectoriais, ao mesmo tempo que os artigos analisados refletem um entendimento superficial sobre o que são processos complexos e, muitos deles, foram escritos a partir da perspectiva de um setor, geralmente o de saúde (SHANKARDASS et al., 2012).

No Brasil, estudos sobre ações intersectoriais no âmbito da saúde também apontam desafios na agenda de pesquisa (AKERMAN et al., 2014; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; MOYSÉS; FRANCO DE SÁ, 2014), mas vale destacar a incorporação do termo no âmbito das políticas sociais nas duas últimas décadas e, especialmente, no PBF (MACEDO; XEREZ; LOFRANO, 2016). A “intersectorialidade” é reconhecida como princípio organizador das iniciativas do PBF e da adoção de uma “nova postura estatal”, como enfatizado pelo então Secretário Nacional de Renda e Cidadania, no prefácio do “Cadernos de Estudos” dedicado ao tema (2016). Ademais, o “modelo de intersectorialidade do PBF” teria ganho, nas palavras do Secretário, novos contornos com a implementação do “Plano Brasil sem Miséria” (2011), organizado em três eixos (garantia de renda, acesso a serviços públicos e inclusão produtiva). Tais contornos, contudo, foram pensados de maneira positiva e sem levar em consideração possíveis concorrências entre o Programa e o Plano, como lembrado por Cohn (2013, p. 465).

Os programas de TRC foram concebidos com base no benefício associado às condicionalidades o que *per si* reafirma a importância da conjugação de diferentes políticas públicas, para além da transferência de renda, e amplia as possibilidades do seu alcance, bem como o desenvolvimento de capacidades. Contudo, no Brasil, num contexto pós década de 1980, de políticas de saúde que intervíram sobre um modelo de centralização e verticalização, a tensão e o desafio da intersectorialidade permanecem. Soma-se a este aspecto a distribuição desigual de equipamentos e a herança de modelo de atenção à saúde com predominância da lógica da assistência médica (COHN, 2013).

Estudo realizado por Lavinás (2015), sobre a financeirização da política social, problematiza outros aspectos relacionados à transferência de renda monetária, entre eles o PBF. Para a autora, o sistema de proteção social brasileiro é marcado pela prevalência de tais transferências o que restringe seu impacto redistributivo. Como analisado, 60% do gasto social se efetua mediante transferências monetárias em contraposição à provisão minoritária e aquém do previsto em lei de serviços desmercantilizados. O modelo adotado (no caso, o de consumo do social-desenvolvimentismo) negligencia, nas palavras da autora, “mecanismos de equalização social e redução das desigualdades, o que, por si só, é um fator que inibe a redistribuição” (2015, p. 4). Para além das dinâmicas internas da Seguridade Social – que, entre outros aspectos, impede às famílias pobres e extremamente pobres, com pessoas maiores de 65

anos e portadores de deficiência, de acumular BF com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) –, Lavinias argumenta que o maior impacto redistributivo advém do aumento do salário mínimo, que registrou um crescimento real de quase 100%, entre 2003 e 2014, em meio à criação de 20 milhões de postos de trabalho formais no período. O BF teria contribuído em 10% com o recuo dos índices de pobreza e 15% na queda da desigualdade, valores inferiores ao impacto das transferências contributivas (aposentadorias e pensões) e do salário mínimo (LAVINAS, 2015, p. 7).

Diversos aspectos são destacados por Lavinias (2015) cabendo enfatizar alguns, tais como: i) gasto maior das despesas privadas com saúde das famílias e medicamentos (5% do PIB) em relação ao gasto público com o SUS (3,8%), segundo o IBGE (2012); ii) o subfinanciamento do setor; iii) alcance de 50% da população pela atenção básica dado o baixo valor do gasto per capita com saúde no Brasil (US\$ 475 ao ano); iv) incentivo à medicina de mercado em função de desonerações tributárias. Como destacado pela autora, se de um lado os programas de TRC estenderam significativamente sua cobertura, tal como os benefícios previdenciários, por outro lado: “o SUS segue tributário do subfinanciamento que compromete sua efetividade, e acentua a contradição de o Brasil ter um sistema público, gratuito e universal que não consegue atender à demanda e precariza e sobrefocaliza o atendimento” (2015, p. 12).

Pode-se acrescentar que se a TRC se constitui num importante mecanismo de combate à pobreza, outros mecanismos atuam e podem anular ou minimizar seus efeitos. Esse parece ser o caso dos mecanismos de acesso ao crédito e ao consumo, analisado por Lavinias ao que denomina como “estratégia integrada política social-acesso ao mercado financeiro” (2015, p. 16). Em outras palavras, esta indução e a ampliação dos instrumentos de acesso ao mercado creditício alcançaram as classes mais pobres, viabilizando a abertura de contas bancárias simplificadas e a aquisição de bens de consumo duráveis repercutindo, muitas vezes, no endividamento das famílias. Como destacado pela autora, a renda da população foi, em muitos casos, comprometida e serviços que poderiam ser públicos e gratuitos (como educação e saúde) não foram ofertados gerando endividamentos. Lavinias conclui que: “o acesso ao mercado financeiro foi a grande novidade na explosão do consumo de massa e na busca de mais capital humano em uma sociedade que mantém suas debilidades estruturais e profundas desigualdades. Essa é a marca do que se convencionou chamar de social-desenvolvimentismo” (2015, p. 19).

Retornando ao tema da intersetorialidade, no caso da área da saúde pressupõe-se o funcionamento dos demais setores dos sistemas de proteção social (previdência e assistência), o que torna necessária uma abordagem voltada para gestão de processos sociais complexos, não

lineares, multisituados, menos hierarquizados. Processos sociais complexos requerem a formulação de perguntas incomuns, que ainda não foram feitas, capazes, portanto, de surpreender e fazer surgirem novas questões, visões e posições (BARNES; MATKA; SULLIVAN, 2003).

A avaliação de iniciativas complexas em políticas públicas assim se caracteriza, segundo Barnes e coautores (2003), porque buscam mudanças multiníveis, isto é, em termos individuais, familiares, comunitários e de sistemas, tal como observaram no âmbito das políticas públicas no Reino Unido e nos EUA. Apesar de contextos absolutamente distintos, também as políticas de proteção social, no Brasil, têm se caracterizado, nas últimas décadas, por constituírem-se em iniciativas complexas, como é o caso do PBF e da ESF. Não se trata apenas de conceber políticas cuja implementação ocorre de forma isolada, mas sim articulada e em diferentes níveis – pessoal (mudanças de comportamento), comunitário (fortalecimento dos vínculos no território), populacional (redução de riscos de saúde segundo conjunto de características epidemiológicas), dos serviços (mais atentos às necessidades dos usuários) e dos sistemas (diferentes setores interagindo em conjunto).

Trata-se, portanto, não só da complexidade em termos de iniciativas das políticas públicas, mas, especialmente, do reconhecimento dos múltiplos mecanismos que incidem sobre contextos complexos. Logo, faz menos sentido avaliar uma política isoladamente (como no caso do PBF e da ESF) dado que seus efeitos sobre a população não podem ser artificialmente separados. Por outro lado, considerando que as ações se pretendem intersetoriais, torna-se um desafio teórico e metodológico a análise de sua implementação, como destacado por Magalhães et al. (2014).

Os caminhos da pesquisa: a avaliação com base na teoria dos programas

Considerando que políticas públicas voltadas para a redução da pobreza e das desigualdades sociais são iniciativas complexas, a pesquisa privilegiou a relação entre dois programas (o PBF e ESF) no que se refere à implementação das condicionalidades de saúde a serem cumpridas pelas famílias beneficiárias. Parte-se da premissa de que não é possível isolar os efeitos da totalidade das políticas, uma vez que esses se mesclam, fundem, entrelaçam e adquirem características singulares em face da diversidade de situações e condições sociais em

que se encontra cada um dos beneficiários. Os efeitos, muitas vezes pensados setorialmente ou isoladamente, na prática se entrecruzam e são apropriados de infinitas maneiras.

O objetivo da pesquisa foi analisar o processo de implementação do PBF, com foco sobre as condicionalidades de saúde, a partir de um caso empírico (em uma Unidade Básica de Saúde, em uma favela, no Rio de Janeiro) identificando alcances, limites e efeitos das intervenções, no período de 2018 a 2019. Com esta finalidade, foram identificados os objetivos, recursos e principais componentes previstos no âmbito do PBF, bem como o acesso à Estratégia Saúde da Família e a transferência condicionada de renda como mecanismos que podem contribuir para a redução de desigualdades sociais e iniquidades, em saúde, junto às famílias estudadas. Ao mesmo tempo, identificou-se, no contexto local, as expectativas (de gestores, usuários, profissionais de saúde e demais agentes envolvidos na dinâmica de implementação dos programas) e suas possíveis repercussões sobre a pobreza e a melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde.

Refletir sobre ações intersetoriais que constituem programas multiestratégicos, em contextos complexos, requer teorias de avaliação que permitam análises não só da implementação da intervenção e sua efetividade, mas também dos mecanismos e fatores contextuais subjacentes às mudanças, como proposto por Chen (1990).

As diversas abordagens no campo da avaliação trouxeram contribuições importantes para o exame das políticas públicas, contudo, alguns limites podem ser encontrados, pois muitas prescindem de estudos e pesquisas e do diálogo com teorias sociais, ao mesmo tempo que dão menos valor ao entendimento das condições e contextos complexos nos quais os resultados foram alcançados. No âmbito das ciências sociais, múltiplos insumos teóricos- metodológicos foram produzidos no sentido de fornecer subsídios para o campo da avaliação os quais foram em grande escala incorporados por autores que, na década de 1980, lançaram críticas aos enfoques que se limitavam a estudar o antes e depois/insumos e resultados dos programas (MARCHAL et al., 2012, p. 193). A emergência da “avaliação orientada pela teoria do programa” ou “avaliação orientada pela teoria” pode ser entendida neste contexto, bem como sua incorporação pelo campo da avaliação (MARCHAL et al., 2012).

A avaliação orientada pela teoria reúne diferentes autores e abordagens que trazem em comum a concepção de que os programas não são monolíticos, as pessoas não são recipientes passivos das oportunidades oferecidas pelas diferentes iniciativas e o contexto é fundamental para o entendimento da relação entre programas e efeitos (BLAMEY; MACKENZIE, 2007). A partir dessa perspectiva, três enfoques principais podem ser identificados na literatura, de

acordo com Marchal e coautores (2012): *i*) avaliação dirigida pela teoria, *ii*) teoria da mudança e *iii*) avaliação realista. A partir do trabalho pioneiro de Chen e Rossi (década de 1980) estas “escolas” passam ser localizadas sob a denominação de “*theory-based evaluation*”. Marchal e coautores, em revisão de estudos empíricos publicados no campo das pesquisas sobre sistemas de saúde, preferem utilizar o termo “*theory-driven inquiry*” por considerar que há diferenças significativas entre os enfoques ainda que os estudos por eles analisados façam uso do termo de maneira intercambiável (MARCHAL et al., 2012, p. 193). Coryn et al. (2011, p. 200) informam, em revisão sistemática, que apesar de um vocabulário comum, definições e conceitos compartilhados, uma operacionalização do entendimento sobre a avaliação orientada pela teoria tem sido largamente evasiva. Ainda assim, tem se difundido como o método preferido para a prática da avaliação.

A escolha da avaliação orientada pela teoria do programa, com base na sua vertente realista, se justifica por vários aspectos, entre os quais se destacam dois elencados por Pawson (2003, p. 472): a avaliação pretende descobrir se os programas funcionam e os programas são teorias (teorias encarnadas). Por conseguinte, a avaliação é um teste da teoria (cf. Rein apud WEISS, 1988)⁷. Ou, como informado por Pawson e Tilley (1997, p. 217): “os padrões de resultado são um teste da teoria”. Em outras palavras, todo programa traz em si uma teoria de como mudanças podem ser produzidas, teorias estas subjacentes às ideias dos planejadores de políticas públicas: “se nós providenciarmos os recursos para essas pessoas isso poderá mudar o comportamento delas?” (PAWSON, 2003, p. 472). Esses recursos podem ser materiais, sociais, cognitivos ou até mesmo emocionais, como lembra o autor.

As políticas públicas inserem-se em contextos complexos de intervenção que requerem pesquisas, entre elas aquelas de cunho avaliativo. Isto porque avaliar também é uma oportunidade de produção de conhecimento e de capacidade reflexiva sobre as práticas, os programas e as políticas (DE SALAZAR; UNIVERSIDAD DEL VALLE, 2011). Nem toda avaliação se desenvolve por meio de pesquisas e coexistem diferentes abordagens na história da avaliação.

Com base na pesquisa avaliativa, ressalta-se a importância de aproximar o debate para o contexto latino-americano marcado por instabilidade política, descontinuidades nas políticas públicas, pobreza urbana, aumento da concentração de renda e conflitos armados o que corrobora a pertinência de investigações que busquem subsidiar a tomada de decisões. Sob esta

⁷ Rein: “*A program is a theory and an evaluation is its test*” (1981, p. 141 apud Weiss, 1988, p. 55).

perspectiva, amplia-se a necessidade de realizar avaliações que partem das problematizações acerca das evidências a serem geradas, bem como gerem conhecimento (DE SALAZAR, 2011).

O estudo insere-se, portanto, num campo relativamente novo. ao mesmo tempo que fez uso da pesquisa avaliativa, com base na vertente realista, para examinar iniciativas em áreas distintas, sendo uma delas fora da área da saúde. Pretende contribuir para o acúmulo de pesquisas que estudam a relação e a interação entre o PBF e a ESF uma vez que essas ainda são escassas (AKERMAN et al., 2014; COHN, 2013; MOYSÉS; FRANCO DE SÁ, 2014; TREVISANI, 2012). Parte do princípio de que a complexidade dos problemas associados ao perfil das desigualdades sociais requer uma visão mais ampla capaz de articular múltiplas iniciativas e ações em uma perspectiva intersetorial. Reconhece os limites da transferência condicionada de renda que, entre outros aspectos, promove a inserção por intermédio do consumo de bens disponibilizados pelo mercado sem, ao mesmo tempo, possibilitar a inserção social via trabalho, o que caracteriza o programa como uma medida de alívio imediato da pobreza ao invés de sua superação (COHN, 2013). Ao refletir sobre a saúde e a assistência social e sua tradução em políticas de proteção social, o estudo busca também fornecer insumos para o debate acerca dos direitos sociais e sua universalização com base na matriz de seguridade social. Por fim, dialoga com questões que vêm sendo elaboradas, no âmbito das ciências sociais, com ênfase na avaliação e no realismo crítico, o que impacta diretamente as possibilidades de pesquisas e análises na saúde.

Para investigar a implementação de ambas as políticas e seus efeitos sobre a redução das desigualdades sociais e vulnerabilidades em saúde, dialoga-se com autores que se incluem em uma abordagem da “avaliação pluralista ou compreensiva” tal como definido por Pawson e Tilley (1997). Por adotar como principal referencial teórico a avaliação realista ou realística, a pesquisa também faz o uso de referenciais teóricos do realismo crítico (BHASKAR, 1998; DANERMARK et al., 2001; SAYER, 1992).

O realismo crítico não é uma abordagem ou movimento homogêneo nas ciências sociais e na filosofia da ciência e coexistem diferentes perspectivas conforme destacado, entre outros, por Campbell e Overman (1988); Collier (1994); Danermark et al. (2001); Clark (2008); Maxwell (2012); Maxwell e Mittapalli, (2010); Vandenberghe (2010). Pode-se afirmar, conforme verbete de Clark (2008), que o realismo crítico oferece uma ontologia que torna possível conceituar a realidade, ao mesmo tempo que sustenta a teorização sobre esta possibilidade e guia trabalhos empíricos nas ciências naturais e humanas (2008, p. 166). Situado entre as abordagens pós-positivistas, na *Sage Encyclopedia*, localiza-se entre o

positivismo/objetivismo e o construtivismo/relativismo. É crítico ao positivismo por questionar que a realidade possa ser reduzida ao observável e por também fazer a distinção entre o mundo real e o conceitual, isto é, as entre as descrições que se faz do mundo e a realidade de fato (DANERMARK et al., 2001, p. 5).

Com base no realismo crítico, cabe sintetizar alguns aspectos destacados por Danermark et al. (2001), no sentido de explicitar que o tema central da ciência seria, então, a relação entre ciência, realidade e conceitos. Por este motivo, a relação entre o mundo real e os conceitos que se forma a seu respeito é o foco do processo de pesquisa (2001, p. 7). Se a realidade tem uma existência objetiva, o conhecimento que se tem sobre essa é mediado: “*facts are theory-dependent but they are not theory determined*” (2001, p.16). Sob esse aspecto, a ciência é uma prática (falível) entre outras, o que leva os cientistas a examinar de perto a relação entre práticas/significado/conceito e linguagem. Assim, a linguagem é um dos mais importantes instrumentos da pesquisa científica: os fatos são conceitualmente mediados (tanto nas ciências naturais, quanto nas sociais), porém há entre eles diferenças importantes. Os objetos das ciências naturais são naturalmente produzidos, mas socialmente definidos, ao passo que os objetos dos cientistas sociais são socialmente produzidos e definidos. Além do mais, os objetos das ciências sociais incluem outras pessoas as quais são participantes ativos e interessados na produção de conhecimento (dupla hermenêutica). Como enfatizado por Danermark et al., os participantes elaboram suas próprias definições e conceitos que constituem o mundo social a ser estudado e o qual deve ser integrado aos conceitos formados pelos cientistas sociais (2001, p.17).

Se os conceitos do dia a dia competem com os conceitos dos cientistas, como conhecer a realidade? Os autores argumentam que “o que existe” está relacionado às questões ontológicas e o “como conhecer o que conhecemos” às questões epistemológicas. Segundo a perspectiva dos autores já citados, e a partir de Bhaskar, uma propriedade fundamental da realidade é que esta não é transparente e tem poderes e mecanismos que não são observáveis, mas são experimentados indiretamente pela habilidade de fazer as coisas acontecerem no mundo (o que pode ser entendido por causação ou causalidade). Caberia aos cientistas, descobrir, detectar, revelar e pesquisar. E se a realidade é diferenciada isso ocorre porque consiste de objetos, com poderes qualitativamente diferentes, e de mecanismos que raramente são observados como tal (DANERMARK et al, 2001, p. 21). Com base em Collier (1994), os autores enfatizam que as teorias sobre a realidade (e não a realidade) constituem a matéria bruta da ciência. Assim, o que a ciência usa no seu trabalho e o que continuamente tenta fazer é transformar as teorias num

conhecimento mais profundo da realidade. As teorias seriam então a dimensão que indiretamente conecta a ciência com a realidade (DANERMARK et al, 2001, p. 220).

Como argumentado por Danermark e coautores, importa assinalar as implicações metodológicas da abordagem do realismo crítico para as ciências sociais (e, acrescenta-se, também para a saúde coletiva). Entre elas destacam-se, que teoria e método não podem ser vistos como duas entidades separadas, motivo pelo qual teorizar é uma parte inerente e vital do método de pesquisa em si mesmo. Nas palavras dos autores: *"social scientific workmanship is basically about analysing and developing language, about developing theoretical starting points for empirical analysis, and about linking, in various ways, theory with empirical research"* (2001, p. 3). Complementam que os objetos de estudo são teoricamente definidos, razão pela qual os objetos determinam quais métodos são compatíveis ou incompatíveis. É sob esse aspecto que enfatizam que uma relação regulatória tripartite deveria permanecer nas ciências sociais, qual seja, ontologia/metodologia/teoria social e pesquisa. Dado que a metateoria é tida, no âmbito do realismo crítico, como central no planejamento do estudo a ser desenvolvido, as conexões entre os aspectos ontológicos e epistemológicos também precisam ser estabelecidas no trabalho de pesquisa. Dito de outro modo pelos autores, as metateorias lidam com assuntos ontológicos e epistemológicos, isto é, com questões sobre a natureza da realidade e como produzir conhecimento sobre esta e, por este motivo, o realismo crítico é apresentado como uma metateoria que articula uma ontologia e uma epistemologia específicas (2001, pp. 3, 73).

Para a abordagem do realismo crítico é importante estabelecer explicações generalizantes e, nesse sentido, as explicações dos fenômenos sociais deveriam revelar os mecanismos causais que os produzem. Como destacado por Danermark et al. (2001), com base no realismo crítico de Bhaskar, o ponto de partida é que o mundo é estruturado, estratificado e em permanente transformação. Assim, a mudança dos eventos para os mecanismos significa voltar a atenção para "o que produz os eventos" ao invés de se fixar nos eventos em si mesmos. A realidade é assumida como consistindo de vários domínios e um deles é aquele dos mecanismos: *"these mechanisms sometimes generate an event. When they are experienced they become an empirical fact. If we are to attain knowledge about underlying causal mechanisms we must focus on these mechanisms, not only on the empirically observable events"* (DANERMARK et al, 2001). Sob esse aspecto, é fundamental conhecer os mecanismos que produzem os eventos empíricos e estes são raramente observáveis. Conforme sintetizado por Danermark et al (2001), a ciência realista reconhece que a realidade e as coisas têm uma

existência objetiva mas discorda da natureza desta realidade e, por conseguinte, de como conhecer esta realidade. Já o método científico, no realismo crítico, necessariamente envolve a observação dos eventos, mas, dada a dimensão profunda da realidade, esta não pode ser reduzida à observação dos fenômenos no nível empírico (2001, p. 22).

Para estudar os fenômenos sociais, diversos recursos metodológicos podem ser utilizados e, sob a perspectiva do realismo crítico, os métodos mistos são absolutamente possíveis e, mais do que isso, são desejáveis na perspectiva do “pluralismo crítico metodológico”. Danermark e coautores chamam a atenção para as diversas possibilidades de seu uso e para as dicotomias produzidas no âmbito da metodologia das ciências sociais (positivismo *versus* hermenêutica; quantitativo *versus* qualitativo; universalismo *versus* particularismo). Essas dicotomias podem ser dissolvidas se, ao invés de optar por um ou outra, ambas forem adotadas (“*both-and approach*”). É fundamental lembrar que o realismo crítico não é um método (DANERMARK et al, 2001, p. 150), mas opera com vários métodos científicos de inferência, com ênfase sobre a indução, dedução, abdução e retrodução (2001, pp. 74-82), os quais são imprescindíveis para o desenho da pesquisa explicativa baseada no realismo crítico.

Dado que esta pesquisa é orientada pela perspectiva da avaliação baseada na teoria do programa e adota como um dos principais referenciais teóricos a avaliação realista, as perguntas de cunho ontológico acerca da realidade e de como esta se conecta aos programas e as possibilidades de gerar mudanças são centrais. Se avaliação é um teste da teoria do programa, conforme afirmado por Pawson e Tilley, torna-se necessário proceder a investigação sobre esta ontologia da realidade em diálogo com o realismo crítico. Isso significa que os programas trazem concepções sobre a realidade e sobre as mudanças que pretendem empreender, como no caso da redução da pobreza.

A teoria do programa está relacionada a determinados contextos históricos e se expressa em normativas e prescrições que informam sobre uma dada realidade. Tornar as concepções (ou teoria) do programa como uma verdade seria um caminho a ser evitado. Na pesquisa avaliativa, torna-se mais pertinente tomar como objeto a “relação entre o mundo real e os conceitos que se forma a seu respeito”. Esta relação, como destacado por Potvin e coautores (2006), refere-se às posturas ontológicas concernentes aos programas e trazem implicações para avaliação. As teorias então passam a conectar a ciência com a realidade, motivo pelo qual a avaliação, na perspectiva realista, é vista como uma atividade científica e produtora de conhecimento.

Maxwell (2012) e Maxwell e Mittapalli (2010) adotam o realismo crítico em uma perspectiva que combina o realismo ontológico e o construcionismo epistemológico (com base em Campbell, 1988), bem como fazem uso de outros autores além do próprio Bhaskar e de Pawson e Tilley. Para os primeiros, o uso de métodos mistos em pesquisas é intrínseco à produção de conhecimento científico, embora os usos de métodos quantitativos e qualitativo possam ser vistos como excludentes em outras abordagens de produção de conhecimento.

O estudo de determinados fenômenos (especialmente naturais) são mais propensos a um ou a outro método, mas nas ciências sociais a combinação de ambos os métodos é constitutiva do próprio campo, se considerar que o termo em si (métodos mistos) não era ainda utilizado. Por exemplo, Malinowski, nos “Argonautas” ([1921]1984), é um dos etnógrafos que faz uso de métodos quantitativos e qualitativos, ainda que prevaleça a observação participante (por ele assim denominada). Para a antropologia “sair da varanda” privilegiaram-se os métodos qualitativos, mas nem por isso com exclusividade, uma vez que é sabido que os métodos fazem parte de um processo inteiro de pesquisa. Em outras palavras, ainda que os métodos mistos em pesquisa (*Mixed Methods Research*, MMR) se configurem como algo novo, há o reconhecimento, por diferentes autores, que são empregados muito antes de sua denominação e que o “ecletismo metodológico” é compatível com a produção de conhecimento (TASHAKKORI; TEDDLIE, 2010)⁸.

Mesmo considerando a existência de uma literatura sobre os métodos mistos, acumulada ao longo dos últimos 20 anos (CRESWELL, 2009), importa assinalar os aspectos convergentes ou que emergem do realismo crítico e que são relevantes para o desenvolvimento da pesquisa em saúde coletiva (em especial, a que foi realizada para a tese). Entre eles, destacam-se a importância de compreender o contexto para o desenvolvimento das explicações causais – como no caso da avaliação realista. Como observado por Maxwell e Mittapalli (2010), nas ciências sociais os contextos sociais e culturais são fundamentais para a compreensão de como operam os mecanismos causais (2010, p. 156). Nesse sentido, a teoria dos processos sociais é relevante uma vez que lida com eventos e os processos que os conectam, isto é, como alguns eventos influenciam outros. Esse aspecto é fundamental para a diferença entre os desenhos de pesquisa

⁸Com base em estudo que analisou o termo a partir de 19 definições de especialistas, assim foi definido pelo *Handbook of Mixed Methods*: “Mixed methods research is the type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g., use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration” (JOHNSON et al., 2007, p. 123 apud TASHAKKORI; TEDDLIE, 2010, p. 19).

intensiva (como os processos operam em circunstâncias particulares) e extensiva (regularidades, padrões comuns e distribuição de determinadas características na população), segundo nomenclatura de Sayer (1992).

Dado que os fenômenos sociais são “conceitos dependentes” (SAYER, 1992), as práticas, instituições, relações sociais, emoções, crenças, valores estão atrelados aos conceitos que lhes são atribuídos. Maxwell e Mittapalli (2010) dão destaque a este entendimento, bem como acrescentam, com base em Putnam (1990), que há meios mentais e físicos de dar sentido ao mundo. Por conseguinte, o entendimento dos significados se constitui num aspecto fundamental que imprime uma dimensão interpretativa aos fenômenos sociais. As “razões” podem ser entendidas como eventos reais que produzem nexos causais para as ações. Para Maxwell e Mittapalli (2010), o realismo crítico trata as perspectivas individuais e as situações como fenômenos reais que, por sua vez, causalmente interagem um com o outro (2010, p. 157).

Dois outros aspectos podem ser acrescentados, e referem-se à validade e à inferência na pesquisa que faz uso de métodos mistos. Maxwell e Mittapalli lembram que o conceito de validade, na perspectiva realista, não se restringe aos procedimentos científicos empregados. Trata-se da relação entre a asserção e o fenômeno sobre o qual se desenvolve a assertiva. Nesse sentido, a abordagem realista não reivindica que os conceitos, as teorias ou as asserções reflitam ou correspondam à realidade, mas sim que este “encaixe” dependa da relação com a realidade independente das construções que se faz sobre a mesma. Nas palavras dos autores: “... [critical realism] *does not abandon the possibility of testing these claims against evidence about the nature of the phenomena*” (2010, p.158, grifos dos autores). Contudo, segundo eles, os tipos de evidências que são relevantes para uma asserção dependem da natureza da assertiva. Dito de outro modo, uma abordagem realista sobre evidências requer que as explicações, descrições ou interpretações sejam sustentadas não só pelas evidências, mas também por explicações, descrições ou interpretações alternativas e plausíveis aos fenômenos. Assim, as evidências não são determinadas pelos procedimentos, mas devem ser acessadas em contextos específicos de um estudo em particular. Esse aspecto explicaria porque, no realismo, a causalidade é inerentemente local ao invés de geral (2010, p.159).

Tal como enfatizado por Maxwell e Mittapalli (2010) a diversidade é em si mesma um fenômeno real. Muito além do debate, nas ciências sociais e humanas, sobre as variações individuais e sobre o que se pode ou não generalizar, nos métodos mistos esse assunto vem sendo negligenciado como apontam os autores (2010, p. 160). Também por este motivo, os “MMR” são pertinentes, pois contribuem na formulação de evidências sistemáticas sobre a

diversidade de experiências, contextos e significados e permitem examiná-las mais de perto. Este seria o caso dos estudos em avaliação de programas que, segundo os autores, tem adotado amplamente os “*MMR*” e produzidos modos alternativos de conceituar os programas.

O realismo crítico, como uma abordagem na filosofia da ciência, auxilia a compreender, na pesquisa avaliativa, que os programas sociais expressam teorias sobre uma dada realidade e são conceito-dependentes. Contudo, o trabalho de pesquisa não se encerra na teoria do programa, pois esta teoria é interpretada e colocada em prática. Os participantes do programa (e também da pesquisa) elaboram suas próprias definições e conceitos. Não se trata de tomar essas definições e conceitos como absolutos, mas sim de integrá-las aos conceitos formados pelos pesquisadores. Nesse sentido, a análise sobre a implementação de um programa, especialmente a partir do estudo de contextos locais, é imprescindível e exige entender a diversidade dos pontos de vista dos agentes sociais, confrontar o desenho normativo com o contexto, assim como perceber e lidar com conflitos e controvérsias envolvendo atores e instituições locais.

A pergunta avaliativa e as estratégias adotadas

A pesquisa avaliativa, sobre a implementação das condicionalidades em saúde do PBF, foi desenvolvida num território marcado pela pobreza urbana. Parte do reconhecimento da falta de acesso das famílias pobres aos serviços de saúde, seja pela baixa capacidade instalada e insuficiência de profissionais, seja pelos obstáculos de ordem econômica, simbólica e cultural ligados à saúde. Sob esse aspecto, a pobreza (em suas múltiplas concepções) apresenta consequências diretas sobre as desigualdades sociais e produz implicações para a implementação das políticas sociais.

Interligado ao problema da ausência ou precariedade de acesso aos serviços de saúde, soma-se o desafio de aumentar a autonomia das famílias pobres se considerado que a pobreza monetária não é suficiente para entender as desigualdades, motivo pelo qual se faz necessária uma articulação entre as políticas sociais (saúde, educação e assistência social). Outro aspecto relevante para o entendimento das condições de pobreza é a reprodução intergeracional dessas condições as quais inibem e mitigam as possibilidades de mobilidade social. Sob esse aspecto, os esforços para vincular os cuidados e serviços de saúde à atenção primária, por intermédio da ESF, no âmbito de uma política condicionada de transferência de renda, legitimam a construção

de uma estratégia para as famílias pobres e extremamente pobres, ao mesmo tempo que potencializam o alcance da transferência de renda.

A pobreza, a vulnerabilidade e as desigualdades sociais constituem objetos de interesse na literatura nacional e internacional, envolvendo o aporte de diferentes disciplinas. No caso da saúde coletiva, cabe uma compreensão abrangente que busque estabelecer diferentes conexões, a partir de uma abordagem multidisciplinar, sobre as desigualdades sociais. O presente estudo se insere neste esforço de diálogo multidisciplinar sobre as desigualdades sociais, no contexto atual, e propõe uma pergunta avaliativa: *em que medida a TRC contribui para a redução da pobreza monetária e melhoria do cuidado à saúde?* A esta se somam outras questões: i) Quais os principais objetivos, recursos e componentes previstos na Teoria do PBF, considerando que traz implícito uma “teoria de mudança” que precisa ser descrita e confrontada com o contexto?; ii) Como eles são interpretados e colocados em prática pelos beneficiários e agentes envolvidos na dinâmica de implementação do Programa, no âmbito do cuidado à saúde?; iii) Quais as concepções sobre desigualdades sociais e pobreza assumidas pelo PBF e como são traduzidas na implementação do programa?; iv) Quais as principais dimensões e mecanismos que estruturam o desenho operacional do PBF e sua articulação com a ESF?

Para respondê-las, a pesquisa avaliativa (orientada por métodos mistos) fez uso de estudos exploratórios (2015-2018); observação local; levantamento e análise documental relativa às legislações e normativas; levantamento de dados sobre o território e o PBF, e entrevistas semi-estruturadas (setembro de 2018 a fevereiro de 2019), com gestores e profissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde), e mulheres titulares do BF que fazem uso da Clínica, totalizando 30 depoimentos. O desenho da pesquisa pode ser caracterizado a seguir:

Figura 1 - Desenho da Pesquisa



Em resumo, partiu-se da abordagem do realismo crítico para compreender o campo da avaliação em saúde e como este dialoga com a filosofia da ciência. Entendido o debate e as principais mudanças ocorridas no campo, decidiu-se pela condução de uma pesquisa avaliativa que fez uso de métodos mistos e orientou-se por um estudo de caso. Com base na vertente da avaliação realista, foram identificadas as principais configurações em que os mecanismos gerativos foram acionados, num contexto específico, e os resultados alcançados.

A tese foi desenvolvida em formato de artigo e estruturada nos seguintes capítulos: 1) *Introdução*; 2) *Contexto da Política*; 3) *Metodologia* e 4) *Resultados* – formado por três artigos, dois deles submetidos à revistas científicas e um elaborado e não submetido e, a seguir, 5) *Considerações Finais*. No capítulo 1, são apresentadas as principais questões que nortearam a pesquisa, bem como seus objetivos, estratégias e debate conceitual-metodológico. No capítulo 2, a transferência de renda condicionada é examinada tendo vista o debate mais amplo sobre pobreza e desigualdades sociais para, então, compreender o contexto de formulação do BF e sua trajetória de implementação. Para isso foram utilizados autores do debate sobre a avaliação orientada pela teoria do programa, e analisados estudos com foco nos desafios e tensões associados aos processos de implementação. No capítulo 3, são explicitadas as considerações teórico-metodológicas que estruturam a pesquisa, com ênfase sobre a pesquisa avaliativa e o estudo de caso. Igualmente, o percurso e as escolhas relativas à coleta, à sistematização e à análise de dados foram tratados neste capítulo.

Os resultados foram apresentados no capítulo 4, e distribuídos em três artigos que, por sua vez, respondem às perguntas de pesquisa, anteriormente formuladas. O primeiro (*“Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico”*) reflete as principais indagações teóricas que orientaram o desenho da pesquisa, num primeiro contato com o realismo crítico de Roy Bhaskar (1998) e os estudos em avaliação de programas. O segundo artigo (*“Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa”*) traz resultados parciais da pesquisa e do trabalho de campo. Para uma melhor compreensão da dinâmica do cuidado, buscou operacionalizar os três domínios da realidade propostos por Bhaskar (real, atual e empírico) dado que poucos trabalhos operam com essas dimensões. Por último, o terceiro artigo (*“Programa Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família: dinâmica do cuidado em uma perspectiva da avaliação realista”*) examina os resultados da pesquisa a partir de uma matriz avaliativa (elaborada por Magalhães, 2014) e traça, a exemplo de outros trabalhos, possibilidades explicativas a partir das configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR).

Nas Considerações Finais, são apresentadas as principais conclusões do estudo em diálogo com a literatura sobre pobreza, desigualdades e vulnerabilidades. Dado o alcance explicativo do realismo crítico e da avaliação realista, são problematizados alguns aspectos do PBF, em sua interface com a ESF, bem como destacadas tensões que atravessam sua implementação. Lacunas foram identificadas ao longo do trabalho de campo, da análise e da sistematização de dados, e são propostas alternativas futuras para a continuidade da pesquisa. Os principais limites também foram elencados e espera-se, em uma agenda de pesquisa a ser desenvolvida, confrontá-los, e aprofundar e atualizar as análises propostas.

2. CONTEXTO DA POLÍTICA: O PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA BOLSA FAMÍLIA E O CUIDADO À SAÚDE

2.1. A Transferência de Renda Condicionada e o Debate sobre Pobreza: alcances e limites

A pobreza pode ser vista como uma construção social, conforme demonstrado por Paugam (1993, p. 24), ao analisar as intervenções de cunho social na França. Tais intervenções são marcadas pelos respectivos contextos econômicos e sociais de cada época e estão relacionadas aos diferentes entendimentos sobre a natureza da política social. Este é o caso da política de “salário mínimo de inserção social” (“*revenue minimum de insertion*” – RMI), foco da análise do autor.

Com base no realismo crítico, propõe-se analisar a pobreza como um fenômeno constituído por múltiplas dimensões objetivas e subjetivas, tais como classe social, gênero, raça e coesão social, que envolvem diferentes mecanismos. Dito de outro modo, a pobreza é vista como o resultado da atividade de vários mecanismos que operam sobre condições concretas. Dado que todo fenômeno é um produto complexo constituído pela atividade de vários mecanismos, torna-se necessário partir do que há de mais concreto para então construir categorias abstratas e daí retornar para o fenômeno. Por outro lado, também é importante conhecer as causas do fenômeno social de modo a torná-lo explicável. Sob esse aspecto, é requerido apreender as conexões causais para estabelecer regularidades. Porém, como destacado por Danermark e coautores (2001) e Sayer (1992), as causas estão relacionadas aos objetos (sociais) ou às relações que se estabelecem entre eles: quais poderes causais são ativados por certos objetos ou relações? Como os objetos operam e quais os mecanismos? Os objetos dispõem de poderes devido às estruturas e os mecanismos existem e são o que são devido às estruturas. Danermark e coautores (2001, p. 55) sintetizam que um mecanismo é algo que pode causar ou fazer alguma coisa acontecer no mundo, mas que podem ser de diferentes tipos.

O realismo crítico privilegia o potencial (o que pode vir a acontecer) sobre o que de fato acontece. Poderes causais podem ser exercidos continuamente ou não serem exercidos ou até mesmo podem ser neutralizados (VANDENBERGHE, 2014, p. 9). Assim, os processos sociais têm poderes causais que tensionam mecanismos gerativos reais, exercidos ou não, atuais ou não, independentes da capacidade de percepção ou detecção. Mas quais mecanismos gerativos podem explicar a relação entre os eventos e as desigualdades sociais? Quais mecanismos operam sobre a produção da pobreza? Quais mecanismos explicam a emergência das desigualdades sociais, em especial em territórios urbanos que concentram a pobreza, tais como

as favelas? De quais maneiras as estruturas geram práticas sociais (perceptíveis ou não) produtoras do fenômeno da pobreza?

Desde já, é importante lembrar que a pobreza não pode ser definida apenas a partir do critério de renda monetária, embora este entendimento persista ao longo do tempo. No entanto, em contextos onde operam mercados econômicos é razoável supor que barreiras de acesso à renda devem ser problematizadas para a maior compreensão das condições de privação. A preocupação em assegurar aos mais pobres uma renda mínima não é uma novidade e pode atuar como um mecanismo de redução da pobreza e das desigualdades sociais.

Polanyi, em “A Grande Transformação”, dedicou-se a estudar o nascimento de economia de mercado e chamou atenção para o fato de que a economia está submersa nas relações sociais: agia-se, nesse período, não para salvaguardar os interesses individuais na posse de bens materiais, mas sim para salvaguardar uma situação, exigências e patrimônios sociais (1980, p. 61). O mercado (livre) de trabalho foi o último dos mercados a ser organizado pelo novo sistema industrial, o qual veio acompanhado de destruição social e, ao mesmo tempo, por regulamentações para proteger o trabalho (sindicatos e leis fabris). É sob esse contexto que Polanyi propõe entender a “*Speenhamland Law*” (1795)⁹: por intermédio de um sistema de abonos subsidiado, através de fundos públicos, assegurou-se ao pobre uma renda mínima independente dos seus proventos. Para Polanyi, foi a partir do problema da pobreza, entendida no contexto da mercantilização da economia, que as pessoas começaram a “explorar o significado da vida em uma sociedade complexa” (1980, p. 96).

A partir do período em que passou a existir experiências de implementação de uma renda mínima designada aos pobres, cresceu o debate sobre quais os indivíduos que seriam foco da política. Segundo Himmelfarb (1988) os critérios morais prevaleceram em um determinado momento e a distinção acerca dos pobres meritórios, dignos e propensos ao trabalho orientou as estratégias de intervenção social. Estes se tornaram no foco básico do “problema social” e, como Himmelfarb (1988) sintetizou, surgiram múltiplas categorias para delimitar quem merecia e quem não merecia ajuda pública: os “pobres e muito pobres”, o “pobre dependente”, o “pobre trabalhador”, o “pobre respeitável”, o “pobre residual”. Aos poucos, a estas categorias morais da pobreza se somaram outras baseadas na renda e na manutenção do “*ethos social*”.

⁹ Cada pessoa pobre teria o direito a um abono, de acordo com a elevação do preço do quilo de pão, conforme a tabela *Speenhamland*. Esta medida de emergência passou a vigorar como lei (mesmo não tendo sido promulgada a tabela) e foi extinta em 1834. Sua extinção tanto estava relacionada ao fato de que a produtividade do trabalho começou a declinar até o nível do trabalho indigente, quanto também à necessidade de que o sistema de salários fosse universal no interesse dos próprios assalariados, ainda que os privando de sua existência legal à subsistência (cf. Polanyi, 1980).

Para Himmelfarb (1988), a “ideia da pobreza” é um conceito híbrido: um cruzamento entre a história social e a história intelectual, ao mesmo tempo que expressa de forma abreviada um complexo de conceitos, valores, atitudes, crenças, percepções e imagens. Para a autora, após a metade do século XVIII, todas as mudanças ocorridas (tecnológicas, econômicas, demográficas etc.) afetaram mais aos pobres e sua historiografia tornou-se mais complicada dado que, no período de um século, passaram a diferenciar-se de tal maneira que se constituíram num “problema social”. Himmelfarb enfatiza que as mudanças que ocorreram foram de tipo e de qualidade, mas também de ideias, crenças, percepções e valores ou, como chamado pela autora, uma “imaginação moral” que dá sentido à realidade (1988, p. 28).

Segundo sua análise: “(...) o enigma que se havia atribuído à pobreza como resultado da Nova Lei dos Pobres e a desordem das décadas de 1830 e 1840, na Inglaterra, gradualmente desapareceu; se havia algum estigma se reservava para os pobres dependentes e não respeitáveis” (HIMMELFARB, 1988). Contudo, se a década de 1840 foi dedicada às reformas legislativas, a de 1880 se voltou para a filantropia e as instituições de caridade privada. Nesse período, a redefinição do “problema social da pobreza” passou pelo modelo de objetividade científica – divulgado no estudo *Life and Labour of the People in London*, de Charles Booth, 1889 – no qual foi estabelecida uma “linha da pobreza”, ainda que uma concepção moral prevalecesse (1988, p. 613). A autora reitera a ideia de que a pobreza é um conceito relativo. Ao mesmo tempo, destaca a ambiguidade da palavra “pobre” e a transformação da pobreza em um “problema social”.

Se, historicamente, a pobreza foi se constituindo como um fenômeno social, a distinção entre os pobres caminhou *pari passu* de modo a produzir diferenciações e significados ao que passou a ser visto como um “problema social”. Ao longo do tempo, a pobreza vista como um problema social foi revelando sua complexidade, exigindo múltiplas perspectivas de análise e a incorporação de novos conceitos e categorias explicativas. Este é o caso dos estudos sobre as desigualdades que, por sua vez, passaram a adotar como objeto de análise a desigualdade econômica (monetária e não monetária) e a examinar a concentração de riqueza e de renda, reconfigurando o debate e o interesse contemporâneos, pós década de 1980, sobre o tema (ALVAREDO et al., 2018; ARRETCHE, 2018; SOUZA, 2016, p. 25)

Ainda assim, é relevante refletir sobre as desigualdades sistemáticas ou persistentes, conforme proposto por Tilly (1998). Tais desigualdades definem socialmente diferentes categorias de pessoas e essas categorias foram criadas, mudaram e, até mesmo, desapareceram ao longo do tempo. Uma vez que todas as relações sociais envolvem desigualdades – que

mudam constantemente – importam aquelas que permanecem de uma interação social para outra e, sobretudo, aquelas que persistem (1998, p. 6). Por este motivo, torna-se necessário se deter sobre os pares distintivamente marcados ao invés de tomá-los como contínuos (por exemplo, ricos e pobres). Tais categorias demarcadas devem ser objeto de atenção especial, pois fornecem evidências para a operacionalidade das desigualdades duráveis. Os limites nos quais tais categorias operam realizam um trabalho organizacional crucial (no sentido de organização das lógicas sociais). Contudo, as diferenças categóricas acabam por levar em consideração aquilo que se observa no cotidiano como sendo resultados de variações nos esforços e talentos individuais.

Mas quais seriam as raízes das desigualdades categóricas? Ou, como propõe Tilly: “por que e como essa institucionalização ocorre”? Como sugere o autor, antes de definir o conceito, cabe delinear os principais elementos e suas conexões causais. Para Tilly, as desigualdades categóricas são inventadas e ativadas em inúmeras situações sociais. Tais desigualdades resultam de variadas interseções entre exploração, reserva de oportunidades, competição e adaptação (1998, p. 13). Muitas das desigualdades que parecem resultar de uma diferença individual ou grupal, em termos de habilidades, resultam de diferenças categóricas autoritariamente organizadas em *performances cotidianas*; em *recompensas* pelas *performances* e pela aquisição de *capacidades para performances* (1988, p. 14).

Associado a sua análise sobre as desigualdades duráveis, Tilly chama atenção para três fundamentações ontológicas presentes nas ciências sociais e que informam sobre o modo como se analisam as desigualdades. São elas: o *individualismo metodológico* (no qual a vida social resulta principalmente ou exclusivamente das ações automotivadas e/ou dos interesses individuais); o *individualismo fenomenológico* (em que a consciência mental é entendida como uma forma de realidade social); a *teoria dos sistemas* (que imputa à sociedade a automanutenção da lógica da estrutura social advinda dos grupos, organizações ou instituições). Tilly propõe uma quarta possibilidade: modelos relacionais da vida social começando pelo entendimento das *transações interpessoais* ou *vínculos*. A principal intenção de Tilly é a compreensão dos mecanismos causais subjacentes às desigualdades categóricas os quais não consistem em eventos mentais individuais, estados de consciência ou ações autossustentadas pelos sistemas sociais. Tais mecanismos operam no domínio da experiência coletiva e da interação social – ou, como acrescenta, das estruturas sociais das desigualdades (1998, p. 24).

Putnam (2015) chama atenção para o quadro teórico da discussão contemporânea sobre a desigualdade. Segundo o autor, dois aspectos inter-relacionados, mas distintos, se misturam

no caso dos nos Estados Unidos da América: i) igualdade de renda e de riqueza e ii) igualdade de oportunidade e mobilidade social. Com base em sua pesquisa, os estadunidenses estão divididos acerca do quanto de renda e riqueza deve ser redistribuído, sendo que mais de dois terços são a favor de uma distribuição mais igualitária. Por outro lado, estão menos divididos sobre a ascensão social (mobilidade) sem considerar a origem das famílias: reafirmam o princípio de que todos devem ter oportunidades iguais. Contudo, a questão permanece sem consenso ao considerar se a sociedade deve fazer tudo que é necessário para ter certeza que cada pessoa teve acesso a oportunidades iguais (2015, p. 32).

Segundo o autor, o princípio da igualdade de oportunidades tem origens diversas e pesquisas têm revelado um pessimismo crescente sobre as chances reais de mobilidade para as próximas gerações e sobre em que medida o “trabalho duro” será de fato recompensado. Como afirma Putnam, os últimos 40 anos foram de crescente desigualdade nos Estados Unidos da América e são vários os exemplos e dados informados para demonstrar o *gap* entre ricos e pobres e sua expressão em termos de bem-estar, incluindo riqueza, felicidade e expectativa de vida (2015, p. 36).

Um dos aspectos mais importantes na análise de Putnam refere-se à segregação que vem ocorrendo. Três diferentes dimensões da segregação de classes se apresentam: separação entre bairros; segregação educacional e casamento. A segregação educacional guarda relação com grau educacional dos pais: pais menos educados e com horizontes culturais restritos, em geral, têm aspirações educacionais menores para seus filhos o que reforça a argumentação da transmissão do status socioeconômico.

De acordo com Putnam, nos últimos cinquenta anos as chances de gênero, geração, raça e classe moldar as oportunidades de vida se reconfiguraram substancialmente. Na sociedade norte-americana, a desigualdade opera por intermédio da educação. Embora o “*gender gap*” tenha diminuído, o mesmo não ocorreu, na mesma velocidade, para o “*racial gap*”, este mais lento, especialmente em termos escolares e de justiça criminal. Conclui que o *bias* de gênero e racial permanecem fortes, embora pesem menos. No entanto, a barreira relacionada à origem de classe aumentou e traz consequências diretas para os jovens.

A partir de diferentes fontes de dados, algumas conclusões são formuladas pelo autor: 1) os bairros são uma importante fonte de segregação, constituindo assim uma polarização geográfica; 2) a segregação espacial com base na classe social tem se traduzido em segregação escolar baseada na classe social, o que traz consequências sobre as redes de amizade e outros recursos disponibilizados; 3) as pessoas tendem a se casar com pessoas que

se assemelham tanto em termos de seus círculos de amizade, quanto dos espaços que frequentam, como o bairro e a escola, e o declínio de casamentos entre pessoas de classes sociais diferentes traz implicações para a composição das famílias estendidas. Como conclui, os ricos e os pobres americanos estão, cada vez mais, morando, aprendendo, e criando seus filhos em mundos separados e desiguais.

Se a dinâmica da pobreza está para além da renda, esta ainda é um dos principais fatores distintivos que classificam e organizam as condições de vida e também as políticas de proteção social. Dito de outro modo, a renda opera em diferentes pares categóricos definidores da ideia de pobreza: baixa renda/alta renda; ricos/pobres; pobres/extremamente pobres; pobreza/pobreza crônica. Sob esse aspecto, a discussão entre a focalização e a universalização das políticas de proteção social reatualizaram o debate sobre quem alcançar, como alcançar e sob quais exigências. Este tem sido um dos principais dilemas das políticas de proteção social na década de 1990 em diante, qual seja, a universalização do benefício de transferência de renda *versus* a criação de critérios para atingir grupos específicos da população que vivem em condição de pobreza. A favor da focalização, são utilizados os argumentos relativos à eficiência e à equidade na utilização de recursos escassos. No caso da universalização, o mecanismo de focalização é questionado uma vez que os custos administrativos tendem a ser altos e comprometem os gastos com benefícios universais, ao mesmo tempo em que solapam a sustentabilidade fiscal da política (DEVEREUX, 2002).

Dois outros argumentos foram apontados na literatura no que se refere aos limites da focalização: a fragmentação ou duplicação de benefícios junto à população alvo e as implicações das dinâmicas da população pobre a ser alcançada (DEVEREUX, 2002). No primeiro caso, observou-se que populações categorizadas como pobres e, por isso, prioritárias, tendem a serem beneficiárias preferenciais de diferentes políticas públicas (educação, saúde, habitação, nutrição). No segundo caso, se a renda como definidora da pobreza é insuficiente como categoria explicativa, há uma incerteza ao utilizá-la de maneira absoluta, pois as condições de pobreza podem variar e superar a linha de pobreza pré-definida. Dito de outra maneira, a pobreza não é um estado, mas sim o resultado de um conjunto de mecanismos que circunscrevem uma determinada posição que pode mudar ao longo do tempo, não necessariamente de forma linear, mas sim constituída por idas e vindas impostas por esses mecanismos subsumidos nas dinâmicas sociais.

Se a renda, como principal definidora da linha de pobreza, não é suficiente, outras categorias foram constituídas ao longo do tempo, como é o caso da “vulnerabilidade”. Como

destacado por Sabates-Wheeler e Devereux (2008), vulnerabilidade pode ser conceituada de diferentes maneiras, dependendo da unidade de análise adotada e do tipo de risco a que se vincula. O que importa assinalar, para efeitos da análise pretendida, é que o conceito enfatiza os aspectos sociopolíticos de um determinado contexto, no tempo e no espaço, aos quais pessoas ou grupos estão expostos. É importante lembrar, como destacado pelos autores, que o conceito é passível de muitas críticas e apresenta lacunas na literatura uma vez que a ênfase sobre os “riscos sociais” tem priorizado análises que se restringem à proteção econômica e dão pouca atenção à pobreza crônica. Assim, torna-se necessário pensar as categorias de vulnerabilidade e de pobreza associadas a outros conceitos, tais como exclusão, discriminação e violação de direitos de minorias sociais (SABATES-WHEELER; DEVEREUX, 2008).

Como visto anteriormente, a pobreza constitui-se num fenômeno concreto que não se limita aos fatores econômicos e, ao longo do tempo, passou a ser tratada como um problema social. Múltiplas visões são compartilhadas acerca do problema e há consenso que o fenômeno requer múltiplas abordagens. Em linhas gerais, o debate sobre pobreza, que se estrutura sobre a vertente da proteção social, chama atenção para os diferentes fatores que incidem sobre as condições de vida, sendo a renda um dos mais recorrentes. A renda monetária, ainda que apresente dificuldades para mensuração e consenso para definição de uma “linha da pobreza”, é vista como um divisor entre as classes sociais. Também se constitui num dos principais mecanismos de acesso a serviços que podem afetar as condições de vida. Sob esse aspecto, a existência de serviços públicos e gratuitos, nas áreas de saúde e educação, permite maior mobilidade entre as classes sociais uma vez que serviços não mercantilizados trazem impacto direto sobre a renda, mas não só.

O cuidado com a saúde e o acesso à educação são tidos como essenciais para as políticas de redução da pobreza. Contudo, dependendo do contexto em que as políticas são implementadas, um maior conjunto de vulnerabilidades se apresentam. Este é o caso da pobreza em áreas urbanas onde o acesso à renda, mediante oportunidades de trabalho, convive com a escassez de serviços, afetando inclusive a mobilidade nessas áreas, o que leva a diferentes tipos de agrupamentos sociais e segregações territoriais. Sob esse aspecto, as favelas podem ser entendidas tanto como o resultado da polarização geográfica (no caso, favela x asfalto e demais pares categóricos), quanto espaços sociais com ampla diferenciação interna, heterogêneos e com grande diversidade de trabalhadores, formais e informais tal como analisado por Zaluar (1985) e Machado da Silva (2011). Tal diversidade resulta em

níveis de renda distintos, ainda que com predomínio de renda baixa, que convivem com múltiplos estilos de vida.

A pobreza, as desigualdades sociais e as vulnerabilidades apresentam desafios conceituais e práticos para análise de políticas. As políticas de transferência de renda podem ser entendidas como uma resposta a este desafio, no marco do debate sobre a proteção social. Considerada a pobreza como um fenômeno concreto, cabe compreender como os programas de transferência de renda dispõem da capacidade de ativar mecanismos sociais para a redução da pobreza. Como já visto, um dos mecanismos utilizados é a focalização dos grupos sociais a serem atingidos. Outro importante mecanismo é a transferência de renda direta ao invés da transferência sob a forma de produtos ou alimentos.

Embora alguns países, ainda hoje, adotem esse tipo de transferência, a transferência direta de renda permite que os beneficiários optem por utilizar o recurso da maneira que lhes for conveniente ou necessário. Críticos a este tipo de transferência suspeitam do uso do recurso para explicar finalidades e consideram problemática essa perspectiva. Ainda que argumentos (mesmo entre os beneficiários) sobre o uso “indevido” do recurso seja destacado em diferentes estudos, de maneira geral reconhece-se que a transferência de renda fomenta atividades produtivas entre os beneficiários e estimula o mercado dado o aumento do poder de compra, ainda que parcial (DEVEREUX, 2002). Apesar disso, estudos indicam que o impacto da transferência de renda sobre a redução da pobreza é pequeno. Isso ocorre em razão do baixo valor dos recursos e também do período de tempo às vezes curto em que o benefício é recebido. Para efeitos mais duradouros, aponta-se que seria necessário aumentar o benefício e garantir a sua continuidade (DEVEREUX, 2002).

No Brasil, a Constituição Federal (1988) assegurou um sistema de proteção social (previdência, assistência e saúde) para todos os cidadãos, garantindo assim acesso público, universal e gratuito. Contudo, como destacado por Lavinias, os gastos sociais tomam a forma de transferências monetárias (60%) e a provisão de serviços desmercantilizados segue minoritária e aquém do estabelecido em lei (2015, p. 4). Para a autora, o modelo social adotado negligencia mecanismos de equalização social e a redução das desigualdades. Ainda assim, programas de transferência de renda condicionada, tal como o Bolsa Família, se destacam no cenário nacional e internacional como um dos principais mecanismos para o enfrentamento da pobreza. Se levarmos em consideração a teoria do PBF é possível depreender, a partir do seu contexto histórico e trajetória, como algumas contradições e

tensões acompanharam a implementação do programa no que se refere aos efeitos pretendidos e à perspectiva de reduzir as desigualdades.

2.2. O Programa Bolsa Família no contexto nacional

O PBF foi criado em 20 outubro de 2003, através da Medida Provisória nº 132 e, a seguir, regulamentado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e normativas posteriores (SECRETARIA NACIONAL DE RENDA E CIDADANIA – SENARC, 2017). O programa unificou os benefícios previstos em programas anteriores – Bolsa Escola (2001), Bolsa Alimentação (2001), Auxílio Gás (2002) e Cartão Alimentação (2003) – e ampliou as contrapartidas exigidas dos beneficiários. Tais programas vinculavam uma renda mínima a algum critério no sentido de focalizar quais famílias seriam alcançadas.

No caso da educação, priorizavam famílias pobres com crianças e adolescentes (seis a 15 anos) matriculadas em estabelecimentos de ensino fundamental regular, com frequência escolar igual ou superior a oitenta e cinco por cento. Para cada criança e adolescente era acrescido um valor à renda mínima, limitado ao máximo de três por membro da família. No Bolsa Alimentação, vinculado ao Ministério da Saúde, previa-se “gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses” e “crianças filhas de mães soropositiva HIV/aids desde o seu nascimento”. O foco era a melhoria das condições de saúde e nutrição das gestantes, especialmente aquelas com risco nutricional, cabendo o cumprimento de uma “agenda de compromissos que assumem os responsáveis pelo recebimento dos benefícios, relativamente à participação em ações de saúde e nutrição” (Medida Provisória nº 2.206, art. 6º, II). O Auxílio Gás, coordenado pelo Ministério de Minas e Energia, estava focado em famílias de “baixa renda” beneficiárias do Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação ou inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais, do Governo Federal (2001), sendo o benefício bimestral concedido à mãe ou ao responsável. Já o Cartão Alimentação, criado pelo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, vinculava-se “às ações dirigidas ao combate à fome e à promoção da segurança alimentar e nutricional” (Lei nº 10.689, art. 1º) e os benefícios se efetuavam mediante cartão unificado ou acesso de alimentos em espécie. O foco era as “famílias em situação de insegurança alimentar, bem como para beneficiários de outros programas de transferência de renda” (Lei nº 10.689, art. 1º, § 3º).

Em resumo, num período de três anos, programas de renda mínima – criados por Lei, Medida Provisória e Decreto e vinculados a diferentes Ministérios – estavam superpostos e

tinham como público alvo famílias de “baixa renda”, com gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes, vivendo ou não em condições de insegurança alimentar. As mulheres não necessariamente eram as responsáveis preferências pelo uso do benefício e as contrapartidas ou condicionalidades eram específicas no caso da educação, quando a frequência escolar mínima não era cumprida.

A teoria do PBF traz, na exposição de motivos (E. M. nº 47 e na Medida Provisória de 20 de outubro de 2003), alguns aspectos centrais: o seu público alvo, constituído por famílias pobres e extremamente pobres; a ampliação do acesso a políticas universais (educação, saúde e alimentação) e não apenas a melhoria concreta dos níveis de renda; o objetivo de combate à fome e à pobreza por meio do atendimento das necessidades básicas e também da indução do acesso aos direitos sociais; o estabelecimento de condicionalidades entendidas como “mecanismos” e “contrapartidas sociais”.

Na concepção dos formuladores da teoria do programa, duas mudanças principais seriam necessárias. Uma era dotar a política dos necessários atributos de complementariedade e integralidade (uma crítica os programas anteriores), de modo a romper com a lógica setorial e departamental que pulveriza recursos, sobrepõe ações, gera disputa institucional e fragmenta ações. A outra mudança referia-se ao conceito de pobreza vista como “um fenômeno complexo e multidimensional, não sendo possível combatê-la de forma duradoura apenas com transferência de renda” (E.M. nº 47, de 20 de outubro de 2003). O êxito do Programa dependeria, portanto, da combinação de ações emergenciais com políticas estruturais, bem como da conjugação de esforços dos entes da federação e da sociedade civil organizada.

A teoria do programa faz uso de “fatores de vulnerabilidade” e os vincula às “contrapartidas sociais” das famílias. Tais contrapartidas são vistas como “alternativas concretas para sua emancipação socioeconômica”. Estas alternativas, para além das condicionalidades, diziam respeito aos “programas complementares” que previam ações nas áreas de capacitação e microcrédito a serem implementadas em articulação com os entes federativos. Esses programas, na teoria do Bolsa Família, seriam fundamentais para o aumento das perspectivas de autonomia das famílias.

Originalmente, para a transferência monetária de renda (“benefício financeiro”) foi adotada como linha de pobreza a renda per capita de R\$ 50,00 (em outubro de 2003), para famílias em situação de extrema pobreza, e R\$ 100,00, para famílias em situação de pobreza. O benefício se dividia em dois tipos, o básico (exclusivo para famílias em situação de extrema pobreza) e o variável (para famílias que tinham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças

até 12 anos e adolescentes até 17 anos). Hoje, o benefício permanece dividido em básico e variável: o primeiro está disponível para todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais (outubro de 2019) e o segundo para famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. O benefício é variável porque se vincula à criança e ao adolescente de 0 a 15 anos (R\$ 41,00), à gestante (R\$ 41,00), à nutriz (R\$ 41,00) e ao adolescente entre 16 e 17 anos (R\$ 48,00), até dois por família. Há ainda o benefício para superação da extrema pobreza: “calculado caso a caso, de acordo com a renda e a quantidade de pessoas da família, para garantir que a família ultrapasse o piso de R\$ 89,00 de renda por pessoa” (dados do Ministério da Cidadania, em outubro de 2019)

Por exemplo, no município do Rio de Janeiro, o total de famílias inscritas no Cadastro Único, em agosto de 2019, era de 554.324 dentre as quais: 251.941 (45%) com renda per capita familiar de até R\$ 89,00; 66.141 (12%) com renda per capita familiar entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00; 102.089 (18%) com renda per capita familiar entre R\$ 178,01 e meio salário mínimo; 134.153 (25%) com renda per capita acima de meio salário mínimo. As famílias recebem benefícios com valor médio de R\$ 172,96 (dados disponíveis em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#Vis%C3%A3o%20Geral>).

O benefício financeiro é pago, preferencialmente às mulheres, mediante cartão magnético bancário o que demonstra um tipo específico de focalização: mulheres(-mães) de famílias pobres e extremamente pobres. Além do cartão do benefício, cabe às mulheres a responsabilidade pelo cumprimento das condicionalidades, seja por serem gestantes ou nutrizas, ou por serem as responsáveis pelas crianças e adolescentes. De acordo com o Ministério da Cidadania são condicionalidades de saúde: “levar as crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas pelas equipes de saúde e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; as gestantes devem fazer o pré-natal e ir às consultas na Unidade de Saúde”.

Ainda com base na teoria do Programa, os recursos são previstos para o atendimento das necessidades básicas, o que é descrito como a melhoria das condições de vida e alimentação. Como a lógica do programa vincula cada fator de vulnerabilidade a uma “contrapartida social da família” presume que as famílias cumprirão as condicionalidades e utilizarão os recursos para melhoria da alimentação e das condições de vida. Ao mesmo tempo que induz as famílias a acessarem os direitos sociais, por intermédio dos dispositivos da saúde, assistência social e da educação, prevê como principais resultados a redução de doenças infecciosas, a redução do baixo peso ao nascer e da morte prematura, a evasão escolar.

É no cumprimento das condicionalidades (ou contrapartidas) aliado a alternativas para emancipação socioeconômica que residem as expectativas, subsumidas na teoria do programa, para “retirar” famílias da linha da pobreza monetária e investir em suas capacidades. Este é um dos componentes da teoria do programa, o outro pretende a emancipação das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Com esta finalidade, as famílias teriam acesso às demais políticas públicas, ao mesmo tempo que as ações emergenciais seriam combinadas com políticas estruturais. Na teoria do programa as famílias teriam acesso, ainda, a programas complementares o que ampliaria as perspectivas de autonomia. Para o alcance dos objetivos desse componente, a teoria prevê uma forte articulação entre os entes da federação e organizações da sociedade civil de modo a impactar o plano local. A convergência dos dois componentes levaria à inclusão social sustentável.

Um aspecto importante é considerar porque os programas sociais têm potencial para provocar mudanças (Pawson; Tilley, 1997, p. 215). Esse mesmo aspecto é ressaltado por Weiss: “como é esperado que o programa traga mudanças?” (1998, p. 46). No caso do PBF, quais as mudanças pretendidas? Weiss recomenda, para trabalhar em uma perspectiva da teoria orientada pelo programa, que se dedique ao amplo conhecimento dos programas e de seus objetivos, não no sentido de investigar se foram ou não cumpridos e de que maneira, mas sim para compreender que há um sistema social¹⁰ que opera para a manutenção desses objetivos e que eles fazem parte da vida organizacional. Acrescenta também que muitos programas têm múltiplos objetivos. Em meio à complexidade e ambição dos objetivos, os gestores e funcionários têm oportunidade para selecionar a parte do programa na qual desejam se concentrar o que torna relevante identificar quais dos objetivos lhes são reais. Por este motivo, recomenda compreender o programa a partir dos diferentes pontos de vista uma vez que os objetivos são alcançados na medida em que as pessoas investem na sua execução. Como sintetizado por Weiss: “os objetivos são no mínimo um conceito familiar e de longa duração” (1988, p. 55).

No caso dos PBF, as principais mudanças estão relacionadas ao combate à fome e à pobreza, considerada em sua multidimensionalidade. Logo, a fome é vista não só como consequência da pobreza, mas também como resultado do arranjo de políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social. Tornar mensurável e visível o grau de insegurança alimentar requer, por sua vez, um conjunto de ações intersetoriais de modo a prover alimentação, inclusive nas escolas, e acompanhar o desenvolvimento infantil. Por outro lado, a

¹⁰ Weiss usa o termo “*system maintenance goals*” (1988, p. 54).

transferência de renda em si não significa a adesão às mudanças pretendidas, o que requer prever contrapartidas das famílias no sentido de cumprirem uma agenda de acompanhamento junto à rede de serviços pré-estabelecida, mas não necessariamente pré-existente. Por outro lado, esta adesão também envolve gestores e profissionais dos setores, de modo a convergir em suas ações intersetoriais. Esta adesão às mudanças pretendidas passa pelas famílias, e as mulheres (e mães) são reconhecidas como as principais responsáveis pelos cuidados.

A escolha do benefício financeiro em nome das mulheres reproduz uma tendência internacional, seja pelo reconhecimento do número, cada vez maior, de mulheres chefes de família, sobretudo entre as mais pobres; seja pela divisão sexual do trabalho que acarreta uma dupla jornada de trabalho para as mulheres; seja porque as mulheres, ao cuidar dos filhos e da unidade doméstica, encontram mais dificuldade para inserção no mercado de trabalho. Outros fatores se somam a estes, como a violência doméstica e a discriminação de gênero que contribuem para tornar as mulheres mais vulneráveis e, por este motivo, atribuir-lhes a titularidade do benefício pode ser visto, na lógica da teoria do programa, como um mecanismo mais eficaz de controle. Dito de outro modo, se as mulheres tendem a ser responsáveis pelos cuidados na família, em razão da divisão sexual do trabalho, por outro lado, estão mais vulneráveis uma vez que vivem relações de gênero assimétricas que lhes expõem aos diferentes tipos de violência. Ao tornarem-se titulares, em alguma medida, passam a ser responsáveis pela administração financeira dos recursos, mas também as principais responsabilizadas (e punidas) pelo cumprimento das contrapartidas.

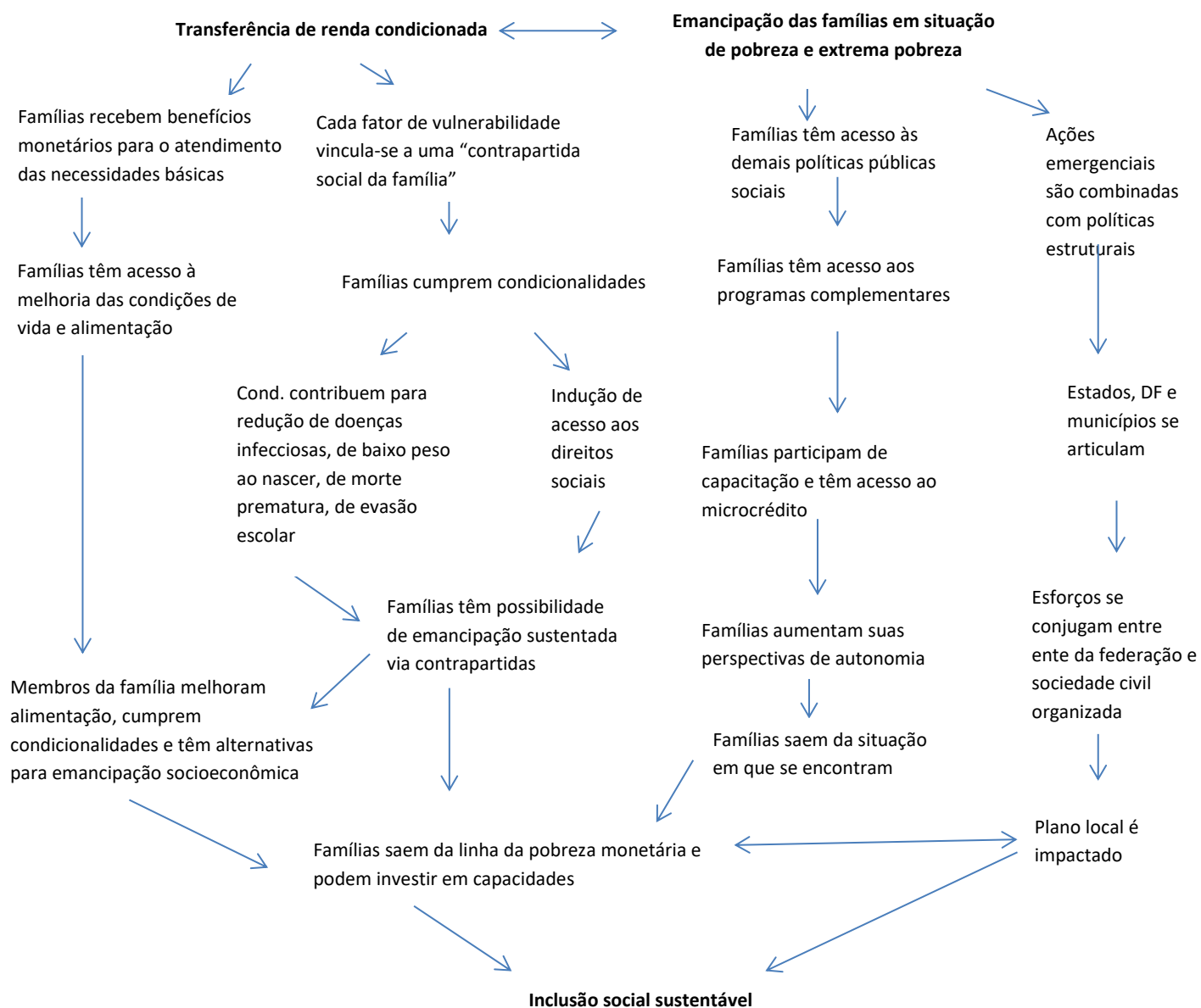
Além das mudanças sociais pretendidas pelo PBF, para alcançá-las múltiplos objetivos estão em jogo. Dois deles estruturam o programa: a transferência de renda condicionada e a emancipação das famílias pobres. A transferência de renda condicionada requereu mudanças em múltiplos níveis uma vez que envolve o cumprimento de condicionalidades nos setores da saúde e da educação e, pode-se afirmar, exigiu a coordenação de ações com os outros componentes do programa e o desenvolvimento de uma rede intersetorial e, posteriormente, em 2008, a criação de um Sistema de Condicionalidades (SICON) (BADDINI; VIANA, 2018). Inicialmente, na origem do Programa, o objetivo da focalização resultou num melhor registro das famílias pobres e extremamente pobres e, por conseguinte, na disponibilização de informações mais precisas no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal, (criado em 2001, por meio do Decreto nº 3.877/2001). Para uma melhor integração do Sistema de Proteção Social, o programa previu que a implementação deveria ocorrer de forma descentralizada e intersetorial. Um aspecto chave foi a elaboração, no ano de 2004, da Política

Nacional de Assistência Social (PNAS) e, a seguir, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS, 2005).

A emancipação das famílias pobres tem como pressuposto a existência de programas complementares ao BF no sentido de desenvolver “capacidades” o que, na teoria do programa, significava ampliar oportunidades de trabalho e aumento da produtividade (capacitação, microcrédito, inserção no mercado de trabalho). Como destacado por Baddini e Viana (2018, p. 70), entre 2006 e 2010 as ações existentes careciam de coordenação institucional e prioridade política e esse contexto resultou na elaboração do Plano Brasil Sem Miséria (2011), não previsto na teoria do programa, e na criação da Secretaria Extraordinária para a Superação da Extrema Pobreza (SESEP), responsável pelas atividades de coordenação.

Um esboço de síntese, com base na teoria do programa de Weiss, é apresentado a seguir (figura 2). É importante destacar que a síntese da teoria do programa não necessariamente corresponde a sua implementação e que o trabalho de investigação corresponde à elaboração da teoria com base na pesquisa e nas teorias dos formuladores de políticas públicas, implementadores e beneficiários. Com base na síntese do programa, é possível confrontar na “prática” a sua real execução.

Figura 2 - Teoria do Programa Bolsa Família



Acrescenta-se que a avaliação orientada pela teoria apresenta dois componentes vitais: o primeiro é conceitual e o segundo é empírico. Isto significa que inicialmente se deve explicar o modelo ou a teoria do programa e, a seguir, investigar como o programa produz os resultados pretendidos ou observáveis (CORYN et al., 2011). Uma dimensão importante da avaliação orientada pela teoria é decidir se irá focar apenas um aspecto do modelo ou se vai abranger todo o modelo. No caso do estudo de caso realizado, pretendeu-se olhar para um aspecto, qual seja a dinâmica do cumprimento das condicionalidades em saúde, de famílias beneficiárias que residem em uma favela, no município do Rio de Janeiro.

2.3. O Programa Bolsa Família e o Cuidado à Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada, em 1994, como um Programa de Saúde da Família que se caracterizava como: “uma estratégia para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais” (SOUZA, 2002). Implementado em algumas cidades do interior, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/PSF consolidou-se, no país, em 2006, por intermédio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cabendo lembrar a existência prévia da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96. Como destacado por Melo e coautores (2018, p. 40), as Equipes de Saúde da Família expandiram-se nos anos 2000, mas antes disso já eram apresentadas como “mudança de estratégia do modelo assistencial “. Com a portaria nº 2.488, em 2011, aprova-se a nova edição da PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária em Saúde, para a ESF e o PACS. Já em 2017, uma nova edição foi concebida e vem sendo colocada em prática (Portaria nº 2436, de 2017), com diversas implicações sobre a política (MELO et al., 2018).

Em geral, os serviços primários em saúde são oferecidos por equipes mínimas compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários, estando previsto também dentista e auxiliares. Cada equipe atende no máximo quatro mil pessoas, em uma determinada área geográfica.

Apesar das diferenças que caracterizam as desigualdades socioeconômicas entre regiões, comunidades e grupos populacionais, desde 1990 o sistema de saúde brasileiro vem conquistando a universalidade e abrangência no cuidado em saúde, conforme estudo recente (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016) que analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde

(2013). Uma das mudanças mais importantes refere-se à implementação da ESF que, de 1994 a 2000, atingiu 60% de cobertura no Brasil e é considerada hoje o maior programa no mundo de saúde comunitária. A ESF aumentou a disponibilidade, o acesso e o uso dos serviços de saúde ao mesmo tempo que produziu melhores indicadores de saúde. Contudo, como destacado por Mullachery e coautores (2016), no mesmo conjunto de estudos que analisou a PNS 2013, as desigualdades aumentaram em termos de barreiras de acesso, especialmente entre os indivíduos com menor renda e níveis de escolaridade e sem emprego formal (2016, p. 2).

A associação entre ESF e o PBF, a partir de uma perspectiva da intersectorialidade entre as políticas sociais, viabiliza o estudo de dispositivos que buscam alcançar os mais pobres, mas ainda assim persistem dificuldades, seja em termos do alcance da transferência de renda ou de acesso aos serviços básicos de saúde, ou ambos. Como lembrado por Marmot (2016), a condição de saúde das populações pode ser uma boa medida para compreender as desigualdades num país e, sob esse aspecto, no Brasil, os avanços sociais não têm sido realizados de forma equânime, motivo pelo qual é relevante observar como o PBF e demais programas sociais contribuem não só para a melhoria da saúde, mas também para a redução das desigualdades.

Apesar das evidências sobre os efeitos positivos da Estratégia Saúde da Família alguns, desafios permanecem, como o fato de que 50% da população brasileira, até 2012, não tivesse recebido cuidados primários em saúde por intermédio da Estratégia. Entre as principais razões explicativas, destacam-se o baixo número de profissionais, os constrangimentos orçamentários municipais, a ausência de infraestrutura e disponibilidade para outros modelos de cuidado em saúde (ANDRADE et al., 2018). Contudo, o estudo que analisou a expansão e a cobertura da ESF nos municípios brasileiros, no período de 1998 a 2012, demonstrou impactos positivos que sugerem a melhoria dos sistemas locais de saúde. O mesmo estudo fez uso da transferência condicionada de renda como uma *proxy* para medição da pobreza nos municípios e identificou que houve um aumento de 22% (2004) para 36% (2012) na cobertura do BF. Apesar da heterogeneidade e dos distintos padrões de cobertura entre os municípios, no país, os resultados da pesquisa sugerem que os municípios com alta cobertura do Bolsa Família não somente demandam mais programas sociais, como também são mais promissores em sua implementação. Com a ESF outros benefícios são disponibilizados, mas os municípios mais pobres contam somente com a atenção primária pública.

Como visto, na teoria do programa o acesso à saúde é considerado como um dos principais mecanismos para a quebra do ciclo intergeracional de pobreza, seja porque a desnutrição traz consequências concretas e severas para o desenvolvimento infantil, seja porque

a ausência de cuidados primários em saúde pode produzir consequências irreversíveis ao longo do ciclo de vida. Estes e outros inúmeros aspectos reforçam a importância e os efeitos potencializadores da articulação entre o PBF e a ESF uma vez que, em muitos municípios, a política de transferência condicionada de renda encontra, na Estratégia Saúde da Família, os mecanismos para cumprimento da condicionalidade de saúde e melhoria das condições de saúde da população beneficiária. Sob esse aspecto, o fato do país dispor de um Sistema Único de Saúde (SUS) e de uma política nacional de Estratégia Saúde da Família permitiu que as bases institucionais para o atendimento da população, no que se refere à saúde primária viabilizassem a focalização da parcela da população beneficiária do BF. Dito de outro modo, a atenção para os índices de insegurança alimentar, a cobertura vacinal, os cuidados básicos com gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes são práticas já existentes na política de saúde, mas que passaram a ser objeto de monitoramento em articulação com a política de redução da pobreza.

Diversos estudos demonstram os efeitos positivos alcançados junto aos beneficiários na área de saúde. Estudos recentes demonstram resultados em relação aos serviços de saúde, fertilidade, nutrição e outros indicadores (LINDELOW et al., 2018; ICHIHARA et al., 2018). Por exemplo, em revisão crítica sobre a avaliação do impacto do BF na saúde, Lindelow e coautores (2018) apontam que houve impacto positivo para a cobertura vacinal, assim como o aumento do pré-natal (de 3.5 para 4.4 visitas no período de 2005 a 2009). Igualmente, foram identificados estudos, na revisão, que demonstram que houve uma queda de fertilidade entre famílias beneficiárias o que contraria a lógica de que o BF incentivaria o aumento do número de filhos. Com base no maior estudo já realizado (2007) sobre consumo alimentar junto aos beneficiários, foi apresentado que houve maior acesso aos alimentos junto às cinco mil famílias pesquisadas, o que foi confirmado por estudos posteriores (LINDELOW et al., 2018). Em relação às taxas de mortalidade infantil (até cinco anos de idade) os estudos também indicam um resultado positivo, especialmente nos municípios com maiores coberturas da ESF e maiores taxas de mortalidade infantil. Uma vez que as condicionalidades de saúde representam mecanismos que potencializam as demandas pelos serviços de saúde, a detecção precoce de problemas de saúde levou a melhores resultados antropométricos, assim como baixos índices de anemia e doenças como a hanseníase. Há, ainda, estudos que correlacionam o recebimento do benefício do BF com a redução de casos de tuberculose, homicídio e até mesmo suicídio (ICHIHARA et al., 2018).

Para finalizar, cabe destacar, conforme Ichihara e coautores (2018, p. 321), que em 2017, 8,6 milhões de famílias beneficiárias do PBF foram acompanhadas pelas equipes de

atenção básica do SUS, o que representa 77,5% de crianças menores de sete anos e gestantes beneficiárias do programa. Segundo os autores, dentre esses, 5,4 milhões de crianças acompanhadas estavam com a vacinação em dia e tiveram dados nutricionais coletados, e mais de 369 mil gestantes realizaram os exames pré-natais. No caso do Rio de Janeiro, segundo relatório sobre o Bolsa Família e Cadastro Único, do Ministério da Cidadania: “o acompanhamento da saúde das pessoas (crianças até 7 anos e mulheres de 14 a 44 anos), na vigência de dezembro de 2018, atingiu 93,7 %, percentual que equivale a 413.149 pessoas de um total de 440.935 que compunham o público no perfil para acompanhamento da área de saúde do município” (Secretaria de Avaliação e Gestão Informação, 2019).

Em resumo, a TRC se insere num amplo debate sobre a pobreza, desigualdades sociais e vulnerabilidades e constitui-se num irrefutável mecanismo de redução da pobreza que, em conjunto com outras políticas, como saúde, educação e assistência tem apresentado resultados positivos. Conforme estudo recente, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) tradicional do período de 2001 a 2015 e da PNAD Contínua, de 2016 e 2017 (SOUZA et al., 2019), 70% dos recursos do PBF alcançam 20% dos mais pobres. Apesar do pequeno orçamento (0,5% do Produto Interno Bruto) e da limitada participação na renda das famílias da PNAD (0,7%), os autores afirmam que o programa tem um impacto relevante na redução da pobreza: suas transferências reduzem a pobreza em 15% e a extrema pobreza em 25% (SOUZA et al., 2019).

No que se refere à teoria do programa, a transferência de renda condicionada apresentou resultados positivos num contexto em que a saúde pública universal, por intermédio da expansão da cobertura da ESF, potencializou os efeitos pretendidos, embora seja questionável tratar um direito como uma “contrapartida” social. Por outro lado, a expansão dos programas voltados para a autonomia das famílias parece ser o nó górdio do PBF: se o baixo valor do benefício associado às demais políticas contribui para a redução da pobreza e da pobreza extrema, o mesmo não ocorre para que estas famílias tenham condições para acessar o mundo do trabalho e, conseqüentemente, garantir a sustentabilidade dos esforços para superação da vulnerabilidade social. Como indicado por Abramo e Cecchini (2018), com base em dados da CEPAL (2015): “En América Latina, el 80% de los ingresos totales de los hogares provienen del trabajo; para los hogares en situación de pobreza esa proporción es de 74% y alcanza a 64% en los hogares en situación de extrema pobreza”.

Alguns desafios permanecem no âmbito das políticas de proteção social. No que diz respeito ao BF, destacam-se a financeirização das políticas sociais (LAVINAS, 2015) e o

consequente subfinanciamento das políticas de saúde; o tímido efeito redistributivo devido baixo valor do benefício (quase trinta vezes inferior às despesas previdenciárias, cf. Souza et al., 2018); a elevação acelerada da pobreza conjugada à desestruturação do mundo do trabalho. Um fator chave (não previsto na teoria do programa) refere-se às particularidades da dinâmica da geração de renda entre as famílias pobres e extremamente pobres, isto é, uma renda volátil e uma inserção instável no mundo do trabalho, formal e informal (SOUZA et al., 2018; ABRAMO; CECCHINI, 2018).

3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

3.1. Pesquisa avaliativa e avaliação realista

A pesquisa avaliativa se distingue da avaliação em si uma vez que esta última pode ser realizada sem que se desenvolva uma pesquisa *strictu sensu*. Para Kelly (2008, p. 303) uma avaliação pode fazer uso de pesquisa básica (acadêmica) ou aplicada, isto é, que busca produzir conhecimento que irá contribuir para um melhor entendimento sobre os efeitos de uma determinada atividade (iniciativa, intervenção ou política pública). Alkin e Vo (2018, p.13) discutem sobre a relação entre pesquisa e avaliação e afirmam que ambas fazem uso de investigações, porém, na pesquisa buscam-se resultados voltados para conclusões (*conclusion oriented*) e na avaliação para a tomada de decisões (*decision oriented*). Onocko Campos e coautores (2013) apresentam a pesquisa avaliativa como um resposta crítica à avaliação normativa a qual tenta separar qualquer interferência do contexto sobre o evento a ser analisado: na primeira, os elementos normativos se somam aos de contexto. Kelly diferencia a pesquisa básica da pesquisa em avaliação porque esta, geralmente, tem objetivos diretamente relacionados à intervenção, motivo pelo qual há dois tipos de avaliação: a de programas e a de organizações (2008). As pesquisas avaliativas de programas aplicam-se às intervenções que foram concebidas para atingir algum problema social em uma população ou comunidade. Contudo, como destacado pela autora, toda pesquisa tem uma base teórica, porém as pesquisas em avaliação vêm sendo criticadas por serem consideradas “ateóricas” ou por não trazerem explicitamente as teorias nas quais se fundamentam: “*Evaluation research needs to be theory driven rather than data driven if it is to contribute to a cumulative body of knowledge in which theory can be built and tested*” (KELLY, 2008; p .305). Pawson e Tilley (1997) reconhecem que a avaliação é, acima de tudo, uma pesquisa aplicada, mas nem por isso prescinde de teorias. Criticam que o objetivo da pesquisa em avaliação não é construir uma “teoria *per se*”, mas sim desenvolver teorias com base nos pontos de vista dos participantes, formuladores e implementadores de políticas (1997, p. 214)

Ao escrever a história da avaliação em 28 páginas e meia, Pawson e Tilley (1997) assumem o tom reconhecidamente polêmico que imprimiram ao livro “*Realistic Evaluation*” que, também, consideram ser um manifesto que confere à avaliação um *status* científico (2003, p. xi). Chamam atenção para o quão recente é a prática de avaliação (década de 1960) e, ainda assim, com um arco bastante diversificado em termos dos desenhos que adquirem e suas

taxonomias¹¹. Os autores elegeram quatro abordagens em avaliação, a partir das mudanças metodológicas a elas relacionadas¹²: 1) experimental, 2) pragmática, 3) naturalística ou construtivista e 4) pluralista.

A primeira se baseia na lógica experimental que está por sua vez ancorada na teoria da causalidade: parte-se de um grupo para experimentação e comparam-se os resultados, ao final, com o de outro grupo que não foi exposto ao experimento e assim identificam-se os resultados¹³. Como assinalado, se o grupo experimental e o de controle são idênticos, a única diferença entre eles é a aplicação do programa e somente este pode ser responsável pelos resultados: “*causalidade entre tratamento e resultados devem ser inferidos de uma sucessão repetida de um evento pelo outro*” (PAWSON; TILLEY, 1997, p. 5). Com efeito, abstraem-se as diferenças entre um trabalho experimental em um laboratório e outro no campo e, portanto, a distinção ontológica entre ambos é ignorada, qual seja, a existência de sistemas complexos, abertos, dinâmicos e não controláveis¹⁴. O mais importante a destacar é como na lógica experimental da avaliação a explicação causal subjaz à estratégia metodológica adotada (pré-teste, pós-teste e grupos de controle) e, portanto, resulta na implementação de políticas públicas baseadas em escolhas racionais que respondam à questão central: o que funciona em uma determinada política ou programa.

A abordagem pragmática tem como regra de ouro que as atribuições da avaliação partem do formulador de políticas e cabe ao pesquisador, experiente e sensível, selecionar as ferramentas mais adequadas (PAWSON; TILLEY, 1997, p. 16), razão pela qual os autores chamam atenção para o papel político da avaliação – ainda que na visão pragmática persista uma adequação técnica do objetivo da avaliação ao método de pesquisa. Nas palavras dos autores: “quanto mais explícito for o mandato da política pública, mais compactado e puramente técnico será o papel do pesquisador” (1997, p. 17). Ao traçar o diagrama da avaliação

¹¹ Pawson e Tilley (2003, p. 2) destacam uma variedade de tipologias, por exemplo: “*avaliação somativa*”, “*avaliação formativa*”, “*avaliação sem custos*”, “*avaliação livre de objetivos*”, “*avaliação funcional*”, “*avaliação abrangente ou compreensiva*”, “*avaliação dirigida pela teoria*”, “*avaliação baseada nos stakeholders*”, entre outras. Ver também a crítica à tentativa de classificar a avaliação por gerações tal como proposto por Guba e Lincoln (1989).

¹² Como informam, o “mapa” que desenham sobre a história da avaliação é basicamente americano (idem, 1997, p. 11).

¹³ Entre os autores citados por Pawson e Tilley destacam-se Campbell e Stanley (1963), Martinson (1974), Ross e Gendreau (1987).

¹⁴ Para cada uma das três abordagens, os autores apresentam um diagrama sintético que não cabe aqui reproduzir ainda que importante para compreender as diferenças entre elas. Cabe sublinhar que o mesmo é feito com base em duas dimensões: “*estratégia metodológica*” e “*implementação da política pública*”. Na primeira, se situam epistemologia, método e ontologia; na segunda, programa (ou programação), progresso e utilidade de cada uma das visões ou perspectivas analisadas. O diagrama relativo à avaliação realística é apresentado ao final do livro, na figura 9.1.

pragmática, os autores o fazem na forma inversa ao da avaliação experimental, sendo o primeiro “degrau” a utilidade e, neste caso, a avaliação está voltada para os objetivos dos tomadores de decisão em política pública o que implica num modelo no qual o desenvolvimento da política pública reside na viabilidade política, na efetividade de custos e no incrementalismo¹⁵.

Como destacado por Pawson e Tilley, na década de 1970, muitas das disciplinas das ciências sociais se engajaram no debate anti-positivista cujas principais perspectivas variaram em torno de abordagens interpretativas, fenomenológicas e hermenêuticas. A estas abordagens os autores vão nomear de “construcionistas” (ou construtivistas) e chamam atenção para o deslocamento, na agenda da avaliação, do nível político para o social. Nesta abordagem, as iniciativas e programas são examinados por lentes microscópicas e não podem ser tratados como variáveis independentes. Ao invés disso, os programas sociais são compreendidos como processos complexos de entendimento humano e interação (PAWSON; TILLEY, 1997, p. 17). As contribuições principais dessa abordagem, para a pesquisa avaliativa, foram muitas e uma das principais foi se fixar nos processos ao invés dos resultados. Ao examinar os processos sociais, as dinâmicas internas adquirem centralidade e, por conseguinte, buscam os pontos de vista dos atores envolvidos no programa (“*stakeholders*”). Como sintetizado por Pawson e Tilley: “o mundo social é fundamentalmente um processo de negociação e, assim como os programas, (...) avaliadores são, em resumo, os ‘regentes’ de um processo de negociação” (1997, p. 18).

Segundo a abordagem construcionista¹⁶, a partir da identificação dos *stakeholders* e seus pontos de vista acerca do programa (e não dos investigadores), os sentidos são negociados e consensos gerados. Sob esse aspecto, privilegia-se o entendimento dos significados o que leva Pawson e Tilley a afirmarem que “(...) o engenho do método é então uma troca de significados entre o pesquisador e todos os demais participantes do programa” (1997, p. 18). Ou, como sintetizado pelos autores: “avaliação como uma negociação de perspectivas” (1997, p. 20).

Críticos a esta abordagem, destacam que os programas não são “coisas” que podem ou não funcionar, dependendo, portanto, dos pontos de vista adotados. Ao invés disso, os programas contêm certas ideias que funcionam para certos assuntos e em determinadas situações (1997, p. 215). Estas ideias foram estabelecidas para serem experimentadas e testadas pela prática de pesquisa. Mas como fazê-lo? Ao longo do livro, os autores enunciam os pressupostos teórico-metodológicos e, ao final, apresentam uma síntese. Cabe aqui destacar

¹⁵ Entre os principais autores citados na perspectiva pragmática destacam-se Patton (1982) e Weiss (1981), sendo que para esta última reconhecem que não é possível associá-la exclusivamente a essa perspectiva.

¹⁶ Os autores referem-se especialmente ao trabalho de Guba e Lincoln (1981).

alguns aspectos centrais: 1) a importância de prestar atenção em como e porque os programas têm potencial para provocar mudanças; 2) existe uma profundidade ontológica a ser desvelada e as avaliações devem compreender como as mudanças introduzidas pelo programa informam e alteram a estabilidade das escolhas feitas pelos participantes; 3) o foco deve se voltar para os mecanismos causais e como os problemas sociais são minimizados ou superados quando estes mecanismos são introduzidos; 4) é fundamental entender múltiplos contextos nos quais os mecanismos causais são ativados (“*para quem e em quais circunstâncias*”); 5) os resultados dizem respeito à confirmação (ou não) da teoria conjecturada em termos de mecanismos e contextos; 6) as configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR) são o ponto de partida da avaliação que vão sendo depuradas ao longo e final da avaliação (1997, p. 214-219). Em resumo, para os autores a potencialidade da pesquisa avaliativa reside na perspicácia de sua capacidade explicativa, no caso, com base nas configurações CMR.

Cabe acrescentar que a abordagem compreensiva – ou abrangente – reúne dois autores, Rossi (1985) e Cronbach (1963; 1982), cujas ideias foram incorporadas ao modelo de Pawson e Tilley (1997, p. 25). Para Rossi, os programas tentam lidar com deficiências que brotam das desigualdades das condições sociais motivo pelo qual necessitam de um diagnóstico apropriado, individual e institucional, acerca do problema. Assim, parte do trabalho de avaliação consiste no monitoramento da adequação da conceituação do problema. Como destacado pelos autores, os programas são ofertados pelas instituições e Rossi acredita na sua falibilidade, motivo pelo qual a avaliação se torna tão importante no sentido de identificá-la e contribuir para superá-la. Cronbach é visto como um dos proponentes de uma visão pluralista na medida em que valoriza a importância da amplitude e do aprofundamento dos programas na avaliação (PAWSON; TILLEY, 1997, p. 24)

No modelo construído (avaliação realística), Chen e Rossi (1981) constituem outra referência fundamental pois cunharam o termo “avaliação orientada pela teoria do programa”. Para Pawson e Tilley, “testar as teorias” requer comparações inter e intraprogramas de modo a identificar quais configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR) são mais eficazes. Assim, os programas são vistos como conhecimento corporificado.

Segundo os autores, o conhecimento se dá de forma cumulativa – por sucessivas aproximações de um programa – e a partir de outras formas empíricas de pesquisa, fornecendo aos formuladores de política “famílias” de teorias que especificam as tipologias de combinações de configurações Contexto-Mecanismo-Resultado. Existe uma cadeia de implementação para os programas que abrange dos formuladores de política aos sujeitos, cadeia esta permeada por

negociações. Igualmente, há “empréstimos” de teorias por e para outras iniciativas, assim como há um legado histórico herdado de reformas anteriores.

Portanto, não há como escapar da complexidade (PAWSON; 2003, p. 486). Mas existem algumas “pistas” fornecidas pelo autor, quais sejam: 1) “*olhar de frente*” para a complexidade: mapear a conjuntura potencial e influências que moldaram o programa que está sendo investigado; 2) “*concentrar a munição*”: concentrar o esforço empírico nas conexões que são consideradas vitais para a efetividade de um programa; 3) “*voltar-se para o futuro*”: examinar os “fios” que teceram a história em termos da esperança de mudá-la e na qual os programas se inserem, isto é, compreender os resultados a partir dos processos que os geraram; 4) “*subir nos ombros alheios*”: conhecer avaliações anteriores que foram feitas; 5) “*cruzamentos*”: se concentrar em algumas teorias do programa ao invés de todas as teorias, por exemplo, no eixo vertical, compreender como alguns programas se desenvolveram verticalmente ao longo da cadeia de implementação, e no horizontal, reunir programas similares independente de pertencerem a mesma iniciativa; 6) “*lembrar-se do seu trabalho*”: jamais saberemos com exatidão se um programa vai funcionar mas é possível pensar por intermédio dos caminhos tortuosos que um programa exitoso pode percorrer (PAWSON; 2003, p. 486-488).

Para o desenvolvimento do estudo de caso foi adotada a abordagem pluralista em avaliação e a “avaliação orientada pela teoria do programa”, compreendida num sentido amplo e que reúne diferentes autores, entre os quais Pawson e Tilley (1997), Weiss (1997) e Chen (1990). Por terem como base (direta ou indiretamente) o realismo crítico e a ontologia da realidade estratificada na qual o programa se insere, partiu-se de uma concepção relacional da estrutura social (como proposto em Bhaskar, 1998). Isso significa dizer que aspectos estruturantes das condições sociais (como a pobreza, as desigualdades e as vulnerabilidades sociais) foram investigados e para compreendê-los, buscou-se acessar os mecanismos gerativos (invisíveis) que operam sobre o contexto estudado. Objetivou-se identificar os principais poderes causais de entidades e processos, no âmbito da implementação das condicionalidades de saúde do PBF, na sua interface com a Estratégia Saúde da Família. Ao observar e interagir com moradores, usuários e profissionais da Clínica, foi sendo desenvolvida a percepção de como os três domínios da realidade propostos por Bhaskar (1998) atuam em uma experiência concreta. Dito de outro modo, como as tendências desses poderes causais: “... podem ser reais mesmo quando não exercidas, exercidas mesmo quando não atualizadas, e atualizadas independente da percepção ou detecção humana” (VANDENBERGHE, 2010, p. 25).

3.2. Estudo de caso

Steinmetz defende que os estudos de caso e as comparações, com base em pequenas escalas (“*small-N*”), são modos privilegiados de análise e operam ao longo de duas dimensões: eventos e estruturas, que correspondem a uma das principais linhas da estratificação ontológica do “social-real” (2004, p. 372). Acrescenta que, no realismo crítico, a comparação adquire contornos próprios. Não é possível negá-la, pois é parte indispensável de qualquer ciência social, no entanto, diferentemente do entendimento positivista, não pode ser usada como o único modo de legitimação do estilo da pesquisa. Assim, nas palavras do autor, o realismo crítico insiste na diferença ontológica entre eventos e mecanismos e na ubiquidade da determinação de eventos contingentes, não recorrentes e conjunturais em sistemas sociais abertos (2004, p. 373). Em outras palavras, faz distinção entre a comparação feita através de mecanismos gerativos causais e aquela entre eventos num nível empírico.

Para o autor, é fundamental diferenciar o empiricismo (como uma posição na ontologia) e o positivismo (como uma posição na epistemologia)¹⁷, motivo pelo qual reforça a importância do estudo de caso, ao mesmo tempo que traz críticas ao modo como pode ser utilizado. Sob esse aspecto, chama atenção, com referência em Bhaskar, que o realismo crítico permite conceber uma estratificação horizontal e uma diversificação de causas estruturais o que torna possível que uma multiplicidade de mecanismos seja combinada de maneira conjuntural de modo a produzir um dado evento. A ontologia no realismo crítico abrange uma “teoria da emergência nos níveis ontológicos”, organizada em torno das diferenças entre a agência humana e as estruturas sociais, e entre os mecanismos sociais e naturais, quais sejam: tempo, espaço, conceito e práticas dependentes dos primeiros (STEINMETZ, 2004). Uma implicação fundamental, para os estudos de caso e sua comparabilidade, seria então que o realismo crítico insiste na variabilidade das estruturas sócio-causais, ao longo do tempo e do espaço, e rejeita, por conseguinte, a asserção de que os padrões sociais são universais. Sob esse aspecto, a comparação poderia então focar sobre os diferentes efeitos empíricos de um único mecanismo ou as diferentes conjunturas que levam a resultados similares (2004, p. 382, 383). Como sintetizado pelo autor, a discussão sobre a unicidade dos eventos leva a repensar o problema da comparação. Assim, a comparação deve ser organizada em termos de mecanismos causais comuns e eventos comuns (2004, p. 390). Por outro lado, o autor propõe uma perspectiva

¹⁷ Sobre esta distinção, ver especialmente os componentes enumerados pelo autor e que emergiram no positivismo metodológico, na sociologia americana, entre as décadas de 1940 e metade da de 1960 ver STEINMETZ, 2004, p. 380-381.

dialógica na comparação, uma vez que o que está sendo comparado não é somente um “Outro”, mas também o observador/cientista social. Como acrescenta, comparações sociais envolvem interpretações e traduções.

O estudo de caso pretendeu chegar a uma compreensão abrangente sobre a implementação das condicionalidades de saúde do PBF, no âmbito de uma Clínica de Saúde da Família, instalada no início da década de 2010, numa favela do Rio de Janeiro. A escolha do estudo de caso se fundamentou tanto pelo propósito, quanto pela estratégia de pesquisa. Becker (1992, p. 118) chama atenção que em geral há um duplo propósito: uma compreensão abrangente e o desenvolvimento de declarações teóricas sobre regularidades do processo e estruturas sociais.

A compreensão abrangente se fez necessária dada a diversidade das condições sociais em que se encontram os beneficiários do PBF e usuários da ESF, bem como dos modelos de implementação da ESF no país. Ambos aspectos circunscrevem especificidades: famílias com diferentes configurações parentais; em áreas urbanas e rurais; residentes em favelas; em cidades de pequeno, médio e grande porte; com maior ou menor acesso aos serviços; equipes multiprofissionais da saúde que atuam sob diferentes modelos de contratação. Por sua vez, a essas diferenças se somam àquelas entre famílias que residem num mesmo local, o que imprime heterogeneidade dada a diversidade interna ao território, em termos de sua constituição e ocupação pela população (famílias cujas gerações nasceram e foram criadas no território; migrantes; famílias que moram em áreas “mais precárias”; famílias mais extensas do que outras e com diferentes graus de escolaridade e inserção no mercado de trabalho).

O estudo de caso também pode ser entendido como um método rigoroso de pesquisa em ciências sociais e, sob esse aspecto, Yin (1994) chama atenção para a importância de definir a estratégia de pesquisa a partir da identificação do tipo de questão ou perguntas de investigação. No estudo de caso desenvolvido, perguntas que exploram “como” e “porque” foram as mais pertinentes uma vez que buscaram identificar o potencial dos programas para causar mudanças (PAWSON; TILLEY, 1997, p. 215). Ou, dito de outro modo, os mecanismos gerativos que operam num determinado contexto e produzem os resultados planejados ou não.

Para Yin, o estudo de caso é uma pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos em contextos reais da vida, especialmente quando os limites entre o primeiro e o segundo não são claramente evidentes (1994, p. 13). Considerando a complexidade dos programas sociais e dos contextos nos quais se inserem, desenhou-se um estudo de caso em um território, marcado por desigualdades sociais e pobreza, no intuito investigar como famílias

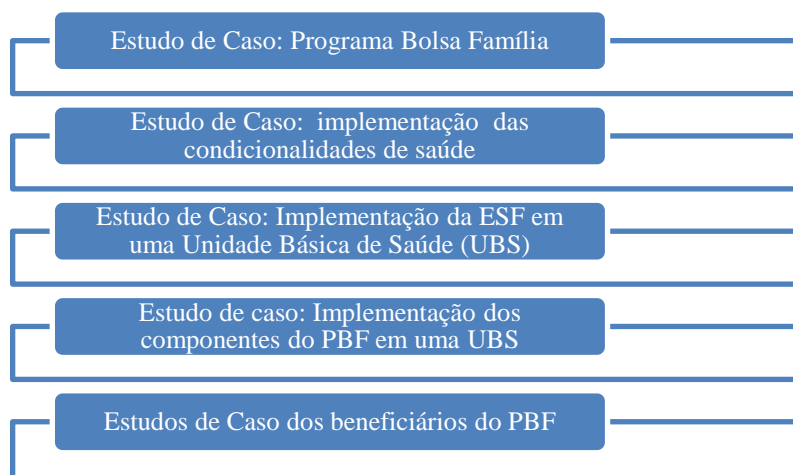
beneficiárias do PBF vivem e as condições de possibilidade de acessarem recursos (materiais e imateriais) previstos pelo Programa, no caso da saúde.

Como alertado por Yin, a estratégia de estudo de caso não deve ser confundida com a pesquisa qualitativa uma vez que requer métodos mistos (quantitativos e qualitativos) e nem sempre requer observações diretas e detalhadas como fonte de evidência (1994, p. 14). Por fim, também chama a atenção para a importância dos estudos de caso em pesquisas avaliativas e destaca alguns aspectos, entre eles, que estas pesquisas requerem explicações de conexões causais inseridas em contextos complexos, ao mesmo tempo que necessitam de descrições das intervenções realizadas em contextos reais do cotidiano. Yin se refere aos estudos de caso avaliativos (YIN, 2013) como aqueles que lidam com iniciativas complexas e abrangentes e, também, que intencionam explicar como os resultados foram alcançados (o que implica em adotar explicações causais). Sintetiza que na avaliação, ao fazer uso do estudo de caso, buscase, acima de tudo, confrontar a viabilidade interna da intervenção (2013, p. 322).

Contudo, a complexidade por si não garante que o estudo de caso seja a abordagem mais adequada, pois existem diferentes possibilidades investigativas, ao mesmo tempo que o termo vem sendo adotado de forma *naive*. Para o autor, a complexidade da iniciativa – que dá origem ao estudo de caso em avaliação – diz respeito, entre outros aspectos, aos múltiplos efeitos e causas de uma iniciativa e ao entendimento das intervenções em sua totalidade não apenas em termos de seus componentes (2013, p. 319).

Por fim, Patton (2002, p. 158) lembra que é esperado que um estudo de caso capture a complexidade de um único caso e que meses de trabalho de campo podem resultar em um único estudo de caso, ao mesmo tempo que um único estudo de caso pode ser formado por estudos de caso menores. Isso significa que o estudo de um programa pode constituir-se num caso, ao mesmo tempo que este mesmo caso é composto por casos específicos (ou análises temáticas) dentro de um único caso. Como adverte, um trabalho de campo pode ser organizado em torno de estudos de casos agregados e reunidos em camadas. Por ser tratar de um único Programa, no qual o foco da pesquisa é a implementação das condicionalidades em saúde do PBF, as narrativas sobre a implementação da ESF em um território específico, assim como a diversidade de famílias atendidas também constituem casos a serem apreendidos durante o trabalho de campo. Na figura 3 encontra-se uma breve descrição:

Figura 3 – Estudo de Caso



Em resumo, o desenvolvimento do estudo de caso na pesquisa avaliativa se justifica pela possibilidade de conhecer um fenômeno em sua abrangência (a pobreza e a transferência de renda condicionada por intermédio de um programa federal), sem perder as especificidades de como, num determinado contexto, são experimentados e colocados em prática o cuidado à saúde no âmbito da implementação de um ou mais programas. Por outro lado, torna-se necessário compreender e explicar a multiplicidade de mecanismos que atuam num caso específico, sem perder de vista os contextos diversos (internacional, nacional e local). Tais contextos permitem outras apropriações, interpretações e explicações sobre os mecanismos gerativos e eventos que investem na transferência de renda condicionada, como uma política privilegiada, para a redução das desigualdades, inequidades e vulnerabilidades sociais. Esta iniciativa de política pública se insere em uma literatura mais ampla que acumula diferentes experiências de avaliação e permite dialogar com as lacunas e fragilidades já encontradas, visando assim o seu aperfeiçoamento.

3.3. Coleta, sistematização e análise de dados

O processo de trabalho da pesquisa se dividiu em três etapas, como sugerido por Minayo (2013, p. 26): 1) exploratória; 2) trabalho de campo e 3) análise e tratamento do material empírico e documental. O interesse em estudar uma unidade básica de saúde, se iniciou por ocasião de atividades docente (orientação) na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. Nos anos de 2015 a 2018, foi possível acompanhar parte do trabalho dos residentes e da residência, bem

como realizar orientações e leitura dos Diários Reflexivos (instrumento pedagógico em que são registradas mensalmente as vivências no curso). A Residência é um curso complexo que requer dedicação (durante dois anos), dos alunos de diferentes categorias profissionais (enfermeiros, nutricionistas, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico, educador físico), além da imersão na Clínica de Saúde e a produção de reflexões teóricas sob diferentes formatos. A atuação na Residência, para um profissional de ciências sociais, é um momento privilegiado tanto pelo contato com os alunos que trazem e elaboram questões no campo da saúde coletiva, quanto pela experiência compartilhada da vivência na Clínica, das angústias e dos limites do “cuidado” em contextos de escassez e adversidades.

Foi durante a atuação, como orientadora, que o campo de pesquisa foi se apresentando, ganhando materialidade e as questões de pesquisa se delineando. Ao escutar as diferentes percepções e visões de mundo sobre a Estratégia Saúde da Família (docentes, discentes, preceptores), foi possível entrar em contato com um território específico. Entre idas e vindas, foi iniciada a construção de um objeto de estudo, articulado à literatura da saúde coletiva. Procedeu-se ao levantamento bibliográfico (artigos científicos; estudos avaliativos; dissertações e teses acadêmicas) e de fontes documentais (marcos legais, portarias, documentos normativos, inquéritos populacionais), com ênfase sobre a legislação acerca do PBF e da ESF, expressa na Política Nacional de Atenção Básica.

Após qualificação e aprovação do projeto pelos Comitês de Ética, foi planejado e dado início ao trabalho de campo, durante o período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019. Imbuído da inspiração do “antropólogo inocente” (BARLEY, 1995), foi planejado um trabalho de campo que faria uso de observação participante. Contudo, sabendo-se dos limites desta observação e restrição de circulação no território, em constante tensão devido aos confrontos armados, esta intenção foi sendo confrontada com o cotidiano de uma favela. Diferentemente de incontáveis estudos, especialmente de cunho etnográfico, onde o pesquisador (geralmente são homens) pode residir ou conviver durante longos períodos junto ao grupo estudado, neste caso algumas limitações foram previamente dadas. A “livre” circulação no território (de cerca de 30 mil pessoas, conforme Instituto Pereira Passos, 2010) requeria algumas “credenciais”, entre elas ser moradora (o que não foi cogitado) ou estar vinculada a algum profissional da saúde. Esta última foi acionada em algumas ocasiões em que foi possível acompanhar visitas domiciliares (VDs), além de momentos em que fomos almoçar, lancha ou fazer alguma compra no comércio local. Vincular-se aos profissionais de saúde significava seguir uma agenda prévia, de certa forma planejada e restrita ao itinerário da Clínica.

Originalmente, a ideia era conhecer famílias beneficiárias nos seus locais de moradia, visitá-las, privar de alguma convivência e registrar seus depoimentos a partir de um roteiro de entrevista semi-estruturado. Em outras palavras, ainda que por intermédio de algum profissional de saúde, o propósito era alcançar a família beneficiária e desvincular-se da possível imagem de que a pesquisa estava sendo realizada como uma forma de “controle” ou “juízo”. Nas VDs realizadas, foi possível romper com esta ingenuidade. As famílias contatadas não se mostraram muito interessadas em participar do estudo ou à vontade para receber a pesquisadora em sua casa (seja pelas condições de moradia, seja porque o espaço, como percebido, não garantia a privacidade necessária para uma entrevista a ser gravada, seja porque se estava chegando com um profissional de saúde). Por outro lado, vincular a ida ao território à VD ou ao profissional de saúde, parecia dispor de um tempo relatado como “exíguo” e “reservado” para outra agenda que não a da pesquisa. Ainda assim, foi possível, com auxílio de alguns ACS, marcar entrevistas na Clínica. Ao obter o número do celular, entrevistas foram agendadas e realizadas, outras não foram realizadas devido a diferentes motivos tais como o não comparecimento; a impossibilidade de chegar na Clínica; os tiroteios etc. De todo modo, os dias em que o trabalho de campo se estendeu ao território foram particularmente ilustrativos da diversidade de condições e situações sociais vividas pelos moradores.

Dados os constrangimentos dos espaços possíveis de observação participante, a Clínica foi um local privilegiado, “protegido” e amplamente controlado. Portanto o sentido de uma observação participante, tal como definida por Malinowski (1984), foi limitado pelas condições de acesso e de circulação e, nesse sentido, a pesquisa se distanciou das visões clássicas de observação participante que, em geral, fundamentam os estudos de caso (BECKER, 1992, p. 120), cabendo ao pesquisador mais observar do que participar.

Foram realizadas 30 entrevistas, com cerca de uma hora de duração cada, que totalizaram 32 horas de registro em áudio. Todas as entrevistas ocorreram em espaço privado, geralmente nos consultórios ou em salas que não estavam sendo utilizadas naquele momento o que permitiu um maior diálogo, escuta e confiança. As primeiras entrevistas foram realizadas com a gerência da Clínica e os profissionais das equipes básicas de saúde da família, geralmente médico/a ou enfermeiro/a. Em cada entrevista, foi pedido que indicassem um/a ACS para ser entrevistado tendo em vista a experiência em atender famílias beneficiárias do PBF, bem como uma ou mais famílias que identificassem como relevante para o estudo (o que nem sempre ocorreu porque os próprios profissionais sugeriam que os ACS fizessem esta sugestão). Assim, nas entrevistas com os ACS foi pedida uma sugestão de uma ou mais famílias a serem

entrevistadas, o que implicou em um contato frequente para chegar às famílias por ocasião das VDs. Tendo em vista o período de greve, por conta do atraso do pagamento dos salários, e intensificação dos confrontos armados, algumas visitas planejadas foram canceladas mais de uma vez. A estratégia adotada foi contatar os ACS e saber se havia alguma família beneficiária do PBF sendo atendida, naquele momento, e então abordá-la para uma entrevista. Outra estratégia foi participar do atendimento na sala de vacinação e, caso houvesse alguma família beneficiária, conversar com ela. Diversos contatos também foram feitos no dia da vacinação e pesagem do BF, mas como as entrevistas já haviam chegado ao número previsto esses não foram utilizados. Além destas, também foram realizadas entrevistas com mulheres titulares do benefício que têm filhos matriculados na creche mais próxima da Clínica, além de entrevista com a própria Diretora da creche, com a Coordenadora do CRAS e também com a responsável pelo cadastramento das famílias. Em algumas ocasiões, foi possível, além das entrevistas, acompanhar o atendimento feito nos consultórios, como o que ocorreu no dia dedicado ao BF.

Em suma, profissionais de todas as equipes foram entrevistados, bem como uma titular do PBF de cada família (às vezes, na presença de filhos pequenos ou até mesmo de colo) atendida pela EqSF (ver apêndice IV). Todos assinaram o TCLE, esclareceram dúvidas e consentiram a gravação em áudio (ver apêndices I e II). Com recursos pleiteados junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, a degravação deu origem ao material transcrito e revisto na íntegra. As entrevistas foram lidas e categorizadas com auxílio do software NVIVO versão 9.0.

Magalhães (2014) realizou um estudo de caso exploratório de caráter qualitativo, sobre o processo de implementação do PBF em Manguinhos (RJ) e fez uso do referencial analítico da avaliação baseada na teoria. Ao tratar os programas como “um conjunto de premissas, conceitos, justificativas e expectativas em torno de metas e resultados” (2014, p. 2116), analisou o caso do Bolsa Família e propôs um instrumento metodológico para o acompanhamento e a avaliação da implementação de intervenções públicas multiestratégicas. A Matriz proposta foi um resultado do estudo e contribuiu para o processo de hierarquização e sistematização de informações sobre o programa, ao mesmo tempo que pode apoiar a investigação sobre como e porque os efeitos pretendidos são ou não alcançados (2014, p. 2121). Na Matriz, são valorizadas as relações de interdependência entre as dimensões “validade da teoria” e “avaliação de efeitos e alcances”.

Dado que o estudo de caso realizado por Magalhães (2014) faz uso do referencial teórico da avaliação baseada na teoria e examina o PBF, num contexto socioeconômico similar ao do

estudo de caso da tese, o debate desenvolvido pela autora e a Matriz proposta constituem importantes norteadores da pesquisa. O modelo da Matriz e as questões nela apresentadas ensejaram os roteiros das entrevistas realizadas (ver apêndice III), bem como a sistematização a partir dos seguintes eixos de análise (2014, p. 2121):

Figura 4 – Matriz Avaliativa

Matriz Avaliativa de Programas Multiestratégicos		
Validade da teoria do Programa (I)	Processo de implementação (II)	Efeitos e Alcances: articulação e interdependências entre teoria e processo de implementação (III)
Objetivos, recursos e componentes do programa ou iniciativa, resultados esperados e sua relação com o contexto	Rotinas, adaptações, adesão, resistências e expectativas dos atores, estratégias de gestão, resultados parciais, efeitos não previstos, conflitos e controvérsias	Obstáculos, barreiras, efeitos e mudanças, graus de <i>fidelidade e adaptação</i> do programa no contexto validade da teoria e das estratégias de implementação no contexto lições aprendidas (IIIA)
<p>Questões avaliativas</p> <p>1-Quais são os objetivos, recursos e capacidades exigidas no programa?</p> <p>2-Existem sinergias entre os múltiplos componentes e atividades previstas na teoria do programa?</p> <p>3-Quais são os resultados esperados a curto, médio e longo prazo? Considerando a natureza do problema e o contexto local, a teoria do programa é consistente?</p> <p>4-Quais são as principais controvérsias em torno do desenho do programa?</p>	<p>Questões avaliativas</p> <p>1-Como os agentes implementadores interpretam os objetivos do programa e sua experiência prévia em relação ao problema (por exemplo pobreza; iniquidades em saúde)?</p> <p>2-Quais e como são mobilizados os diferentes recursos e capacidades?</p> <p>3-Como são disponibilizadas e discutidas as informações sobre o programa no contexto local?</p> <p>4-Existem canais para a solução de conflitos? Como tais canais operam no contexto?</p> <p>5-Considerando o que estava previsto na teoria do programa existem barreiras, oportunidades ou contingências que afetam a implementação?Quais foram as alternativas adotadas ?</p>	<p>Questões avaliativas</p> <p>1-Quais foram as mudanças em relação ao desenho original do programa? Quais os efeitos destas mudanças?</p> <p>2-O que funcionou, para quem e em quais circunstâncias? Quais são as lições aprendidas?</p> <p>3-Como a teoria e a implementação do programa podem ser aprimorados?</p>

Fonte: Adaptado de Magalhães, R., 2014.

Foram utilizados dois roteiros de entrevistas semiestruturadas. Um para os profissionais que trabalham na Clínica ou estão de alguma maneira relacionados à gestão das condicionalidades do PBF, como no caso da creche próxima à Clínica e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), este responsável entre outras atividades pelo cadastramento dos beneficiários. E outro para as mulheres titulares do benefício. Foram feitas duas principais adaptações na Matriz avaliativa ao elaborar as perguntas do roteiro. Em ambos roteiros, iniciou-se a entrevista com um relato acerca da trajetória de vida. No caso dos profissionais, foi pedido que contassem sobre sua história: familiar, formação profissional e inserção na Clínica. Para os beneficiários, que descrevessem sua família, composição e como a família passou a residir no território. Ainda no caso dos profissionais, o roteiro previu como pergunta a descrição do território e a avaliação sobre a população que nele reside e é atendida na Clínica.

As demais perguntas dos roteiros foram feitas com base na Matriz e seguiram a mesma lógica, porém adaptadas e sem rigidez em termos da sequência do roteiro. No caso dos beneficiários, perguntou-se às mulheres titulares onde buscavam atendimento de saúde, e com que frequência e com qual finalidade usavam a Clínica. A seguir, eram exploradas perguntas sobre o benefício (como e porque passou a recebê-lo) e se houve mudanças nas condições de vida após ingresso no Programa. As perguntas finais guiaram a conversa no sentido de abordar os aspectos considerados positivos e negativos do Programa; as sugestões de melhoria a ser feita no PBF; os efeitos sobre cuidado à saúde e as perspectivas futuras considerando que o benefício não é vitalício. Já entre os profissionais, foi possível dar início a perguntas mais específicas sobre os objetivos e alcances do PBF e da ESF no território e, a seguir, um conjunto de perguntas abordava as práticas de cuidado à saúde junto às famílias beneficiárias. Por último, outro grupo de perguntas guiou o roteiro para abordar a relação entre a ESF e o PBF, incluindo-se aí a implementação das condicionalidades de saúde e seus efeitos sobre a saúde das famílias; as barreiras e oportunidades de ambos os Programas no que se refere a implementação das condicionalidades de saúde; os aspectos a serem melhorados e a própria avaliação do profissional sobre o PBF.

Todas as entrevistas foram transcritas, lidas e sistematizadas a partir dos três eixos de análise da Matriz Avaliativa de Programas Multiestratégicos. No primeiro eixo de análise (validade da teoria o programa), foram investigados (como dimensões): objetivos, recursos e componentes do programa, resultados esperados e sua relação com o contexto. No segundo (processo ou teoria da implementação), explorou-se as rotinas, adaptações, adesão, resistência e expectativa dos agentes, estratégias de gestão, resultados parciais, efeitos não previstos,

conflitos e controvérsias. No último (articulação entre a teoria do programa e a teoria da implementação), os obstáculos, barreiras, efeitos e mudanças, graus de fidelidade e adaptação, validade da teoria e das estratégias de implementação no contexto de lições aprendidas.

Conforme descrito por Patton (1987), o estudo de caso é constituído pelo tratamento abrangente dos dados descritivo, analítico, interpretativo e avaliativo. No caso da *análise* e da *interpretação* dos dados qualitativos, lembra que os dois momentos são, conceitualmente, processos distintos, mas estão imbricados: a análise refere-se ao processo de reunir os dados, organizá-los em padrões, categorias e unidades descritivas. Já a interpretação diz respeito à atribuição de significados e significância à análise, explicando os padrões descritivos e procurando as relações e as conexões entre as dimensões descritivas (1987, p. 144)

Embora a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010), seja bastante difundida no campo da saúde coletiva, optou-se por utilizá-la em sua acepção clássica, qual seja, o processo intelectual de categorizar os dados textuais em categorias conceituais para identificar padrões consistentes e relações entre temas (JULIEN, 2008). É um método analítico de síntese de dados para dotá-los de sentido e significados. Nesta abordagem, reconhece-se que os dados textuais (escritos ou não) são abertos às interpretações subjetivas, refletem múltiplos significados e dependem do contexto.

A análise de conteúdo, proposta por Patton, está articulada os métodos qualitativos em avaliação. Patton (1987, p. 149) sugere a montagem de um sistema classificatório com base em temas e categorias, recorrendo-se ao modo de inferência da análise indutiva, na qual temas e categorias emergem dos dados coletados. Como destacado por Patton, primeiro reúnem-se todos os dados relacionados ao assunto para, então, subdividir os dados em categorias, padrões e temas coerentes. Assim, é fundamental na pesquisa avaliativa dar especial atenção às variações do programa e aos modos pelos quais os participantes respondem ou são afetados pelo programa (1987, p. 150). Dois tipos de padrões podem emergir da análise: tipologias nativas (utilizada pelos participantes) e de tipologias construídas no processo de pesquisa (criadas pelo pesquisador). As tipologias são sistemas classificatórios constituídos por categorias que dividem aspectos do mundo em partes. Como destacado por Patton (e também por vários autores), as tipologias nativas exigem uma análise das categorias verbais usadas pelos participantes de um programa para que se possa fragmentar a complexidade da realidade em partes. O propósito desta análise é discernir e relatar como as pessoas constroem o mundo da experiência a partir da forma como se expressam. Para Patton, cada programa faz surgir um vocabulário próprio do qual os participantes fazem uso para produzir diferenciações. (1987, p.

152). Já as tipologias construídas pelo pesquisador buscam os padrões, categorias e temas que existem, mas que não fazem parte do vocabulário dos participantes envolvidos no programa.

As perguntas da Matriz Avaliativa de Programa Multiestratégicos nortearam o roteiro semiestruturado das entrevistas. Para as respostas às perguntas, assim como todos dos demais dados coletados (marcos legais, portarias documentos normativos, etc) foi utilizada a abordagem da análise de conteúdo, conforme a diferenciação do uso de tipologias exemplificado por Patton. Como a pesquisa faz uso do realismo crítico e da avaliação baseada na teoria, em sua vertente da avaliação realista, as respostas às perguntas foram categorizadas por eixos de análise (Teoria do Programa, Teoria da Implementação, Articulação entre ambas) em busca de padrões ou recorrências a eles relacionados. Dado que o realismo crítico, de Bhaskar, propõe três domínios ontológicos da realidade, os mesmos foram utilizados como categorias de análise para cada um dos eixos.

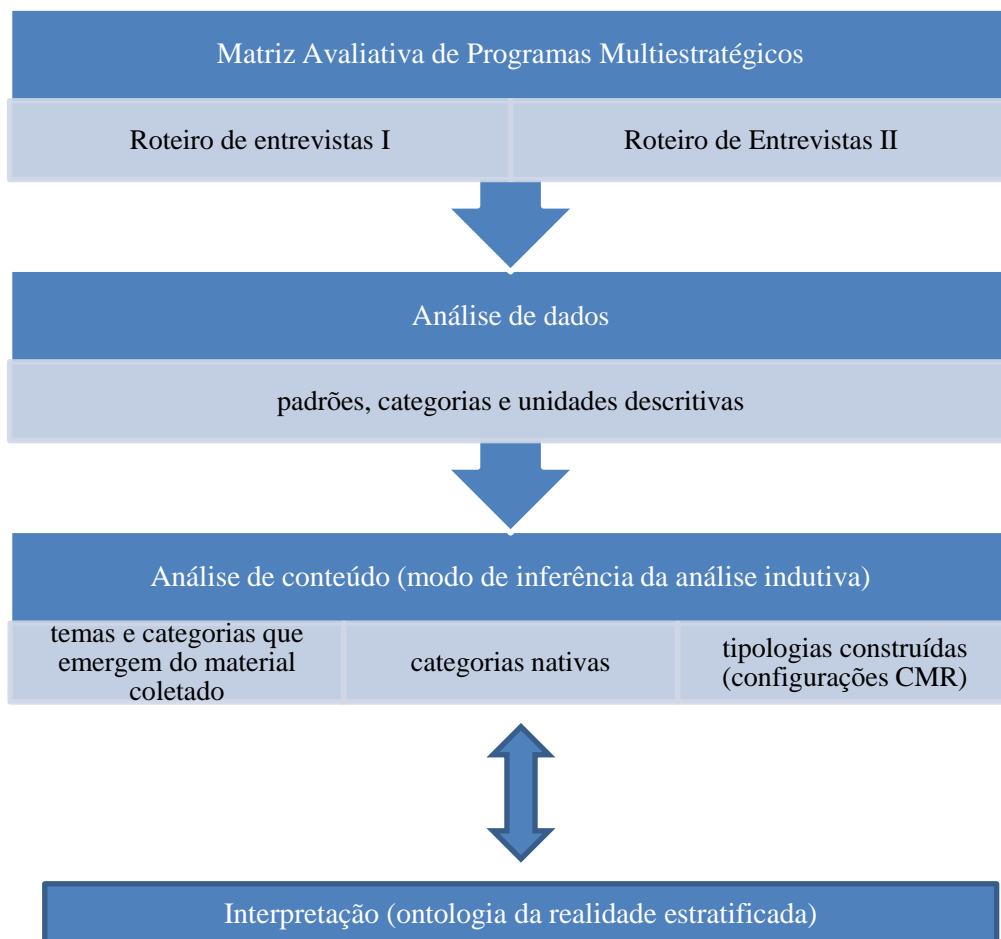
Com base na leitura feita por Collier (1994), o domínio do empírico é formado apenas pelas experiências, cabendo observar que nem todos os eventos são apreendidos pela experiência, isto é, são independentes destas. O domínio do actual (ou do factual) consiste de eventos e experiências, mas como os mecanismos não são percebidos, eles localizam-se no domínio do real (COLLIER, 1994). Em sistemas abertos, uma multiplicidade de mecanismos está em operação, conjuntamente, ocasionando uma série de eventos. Esses mecanismos são evidenciados por critérios causais, motivo pelo qual não adquirem o mesmo status de realidade, como coisas que a princípio podem ser percebidas. Dados que na natureza também se encontram sistemas abertos, uma multiplicidade de mecanismos está disposta em camadas. Contudo, apenas alguns podem ser isolados experimentalmente em sistemas fechados. Como apontado por Collier (1994, p. 49) cada camada ou estrato é explicada por seu mecanismo podendo ser possível distinguir dois tipos de explicação: horizontal (a explicação de eventos pelos mecanismos e causas antecedentes) e vertical (a explicação de um mecanismo por outro, mais básico que este). Atualizar e observar o trabalho dos mecanismos subjacentes seria o verdadeiro trabalho da ciência, segundo Collier (1994, p.51).

No sentido de articular os três domínios da realidade propostos por Bhaskar (o real, atual e empírico), Potvin (2012) localiza os programas em saúde no domínio do atual, dos eventos, da ação, pois os mesmos têm a capacidade de provocar mudanças. Moore e coautores (2019) advogam que os sistemas complexos têm se constituído como uma abordagem para pesquisas que estudam intervenções sociais. Estas intervenções, em saúde pública, podem ser vistas como eventos que ocorrem em sistemas sociais complexos. Por outra perspectiva de análise, Pawson

e Tilley (1997) propõem que avaliação realista investigue as configurações contexto-mecanismos-resultados (CMR).

Com base na ontologia estratificada, fez-se uso da análise de conteúdo para apreender as configurações CMR, considerando a convergência interna ao sistema classificatório proposto: categorias sistemáticas de análise, regularidades recorrentes e homogeneidade interna (coerência), bem como heterogeneidade externa (se as diferenças entre as categorias são claras e precisas). Dito de outro modo, a interpretação dos dados textuais buscou operacionalizar os três domínios superpostos da realidade, a partir das categorias de análise, previamente construídas, tal como sintetizado a seguir:

Figura 5 – Análise de Dados



3.4. Considerações Éticas

O projeto, com base em um estudo de caso, foi aprovado (CAAE 88749418.4.0000.5240) pelos Comitês de Ética da ENSP e da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, bem como autorizado pela Secretaria de Assistência Social, a realização de entrevistas com profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Por motivos de sigilo e de privacidade, o lugar e a Unidade Básica de Saúde, onde foi realizado o estudo e os entrevistados não foram identificados, tal como descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi orientada pelas normas em vigor que definem os princípios éticos das pesquisas em Saúde (Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012) e em Ciências Humanas e Sociais (Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016), bem como pelo Código de Ética em Antropologia.

Foram elaborados Registros de Consentimento Livre e Esclarecido e identificados os seguintes riscos e benefícios:

- Riscos
 1. Maior controle das famílias estudadas e exclusão do cadastro de beneficiários do PBF, por parte dos gestores.
 2. Maior alcance das dinâmicas familiares, por parte dos gestores, e práticas negligentes de cuidado em saúde em relação aos beneficiários.
- Benefícios
 1. Melhor conhecimento das barreiras de acesso ao programa e das estratégias para superá-las.
 2. Melhor entendimento das percepções de saúde dos beneficiários do PBF, no âmbito da ESF e da Clínica, e implementação de práticas de cuidado mais próximas a essas percepções.

Considerando os riscos da pesquisa aos participantes, poderia ocorrer algum tipo de constrangimento durante o processo, bem como a possibilidade, direta ou indireta, de identificação, ainda que garantida a confidencialidade das informações e a privacidade dos participantes em termos de proteção de sua identidade. Ressalta-se que a qualquer momento o/a entrevistado poderia interromper seu depoimento, se assim desejasse, o que não foi

solicitado, com exceção de uma pessoa que pediu para interromper a gravação em determinados trechos.

Por fim, cabe ressaltar que não há conflito de interesses, inclusive financeiros, envolvendo as instituições e grupos pesquisados.

4. RESULTADOS

4.1. ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O REALISMO CRÍTICO

Artigo original encaminhado para chamada pública da edição temática da revista *Saúde em Debate*

3/11/2019

Gmail - [SD] Decisão editorial



delaine costa <delaine.costa@gmail.com>

[SD] Decisão editorial

1 mensagem

Maria Lucia Rizzotto via Saúde em Debate <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>

30 de outubro de 2019

Responder a: Maria Lucia Rizzotto <marialuciarizzotto@gmail.com>

21:38

Para: Delaine Martins Costa <delaine.costa@gmail.com>, Rosana Magalhães <rosana@ensp.fiocruz.br>

Delaine Martins Costa, Rosana Magalhães,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Saúde em Debate, "AUTOR Diálogos - Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico".

A decisão é: Submissão aceita. Em breve a equipe editorial entrará em contato para dar prosseguimento ao processo de editoração e publicação do artigo.

Maria Lucia Rizzotto
marialuciarizzotto@gmail.com

revista@saudeemdebate.org.br

ENSAIO | ESSAY

Costa DM, Magalhães R

Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico

Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico

Evaluation of Programs, strategies, and actions in health: a dialogue with critical realism

Delaine Martins Costa¹, Rosana Magalhães²

¹Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais – DCS, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz

²Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais – DCS, e Prof. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz

delaine.costa@ensp.fiocruz.br; rosana@ensp.fiocruz.br

RESUMO O realismo crítico se constitui em uma abordagem, no âmbito da filosofia da ciência e da teoria social, que propõe um modelo científico de explicação acerca da realidade que evita os polos epistemológicos tradicionais do positivismo e do relativismo (ou idealismo). Reúne diferentes autores e traz implicações para o debate sobre os caminhos da teoria sociológica contemporânea, no que se refere ao campo da avaliação de políticas e programas sociais em saúde. A abordagem realista crítica tem trazido novas perspectivas e contornos para a problematização sobre evidências, impactos e resultados. Assim, o ensaio teórico teve por objetivo apresentar as principais contribuições do realismo crítico para a avaliação de políticas, programas e intervenções em saúde, e dialogar com autores que se apropriaram, direta ou indiretamente, do debate e da reflexão sobre a ontologia dos programas na prática da avaliação e suas implicações para o desenho das intervenções.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em Saúde. Avaliação de Políticas e Programas; Iniquidades em Saúde.

ABSTRACT *Critical realism can be defined as an approach, in terms of philosophy of science and social theory, which proposes a scientific model of explanation about reality that denies the traditional epistemological poles of positivism and relativism (or idealism). It gathers different authors and has implications over the debate about the future of contemporary sociological theory. In relation to the field of evaluation of social policies and programs in health, the critical realistic approach has brought news perspectives regarding evidences, impacts, and results. This theoretical essay aims to present the main contributions of critical realism to the evaluation of policies, programs, and interventions in health, as well as to dialogue with authors that have addressed and reflected on the ontology of the programs in the performance of evaluation and its implications for the design of such interventions.*

KEYWORDS *Health Evaluation. Program Evaluation. Health Inequalities.*

Introdução

As políticas públicas têm-se caracterizado, nas últimas décadas, por constituírem-se em iniciativas complexas que envolvem múltiplos mecanismos causais, processos sociais não lineares, sistemas sociais abertos e contextos incertos, contingentes e imprevistos. A complexidade dessas iniciativas implica o reconhecimento de que sua implementação se articula às variadas dinâmicas institucionais e comunitárias existentes em cada contexto. Além disso, as intervenções das políticas públicas tendem a mobilizar distintos recursos e a alcançar diferentes alvos. Para Barnes, Matka e Sullivan¹, iniciativas complexas requerem mudanças multiníveis, isto é, transformações no padrão de escolhas individuais, na natureza dos vínculos comunitários, no perfil epidemiológico e na organização institucional.

A dinâmica dos contextos das intervenções em saúde lança desafios para a pesquisa avaliativa, tanto em termos das iniciativas *per se* como também pela necessidade do uso de referenciais teórico-metodológicos abrangentes. No que se refere à avaliação de iniciativas complexas em saúde, faz menos sentido avaliar uma política isoladamente dado que seus efeitos sobre a população não podem ser artificialmente separados². No caso brasileiro, a Estratégia Saúde da Família é um exemplo de ação intersetorial que requer esforços conjugados no território e equipes multiprofissionais.

Parte-se, portanto, da premissa de que é impossível isolar os efeitos das políticas públicas uma vez que esses se mesclam e adquirem características singulares, dada a diversidade de situações e condições sociais e as infinitas possibilidades de apropriação pelos respectivos usuários. É pertinente, portanto, fazer uso de teorias de avaliação que permitam compreender os mecanismos sociais e os contextos subjacentes às mudanças a serem provocadas pelas políticas, programas e iniciativas, como proposto por Chen³.

Apesar das contribuições das diversas abordagens utilizadas no campo da avaliação de políticas, alguns limites podem ser encontrados. Em linhas gerais, há lacunas no que se refere ao diálogo com a teoria social – entendida como uma dimensão da sociologia ou das ciências sociais que se volta para os grandes problemas teóricos⁴ –, ao mesmo tempo que se confere menor valor ao entendimento das condições sociais e contextos nos quais os resultados foram alcançados⁵⁻¹⁰. No âmbito das ciências sociais, insumos teórico-metodológicos foram produzidos, no sentido de fornecer subsídios para o campo da avaliação, e incorporados por autores que, na década de 1980, lançaram críticas aos enfoques (mais difundidos) que não consideravam o contexto e se limitavam a estudar basicamente os resultados dos programas e intervenções¹¹.

Tais críticas resultaram na valorização da análise dos componentes, recursos, objetivos e efeitos pretendidos dos programas de maneira interdependente e balizados pelos desafios e oportunidades próprios de cada contexto social. Com isso, emergiu um razoável consenso de que as diferentes políticas e programas são uma materialização de ideias, expectativas, concepções e teorias sobre processos sociais de mudança. O foco restrito nos chamados *outputs*, ou nos recursos financeiros empregados, dificilmente é capaz de favorecer aprendizados sobre quais componentes são mais afetados pela dinâmica local e de aprimorar a tomada de decisão, com base em evidências relevantes¹². Sem dúvida, a ênfase na teoria do programa representa um deslocamento importante na prática avaliativa. De acordo com Chen¹³, o fracasso ou sucesso das ações devem ser vinculados à teoria sobre o problema e ao processo de implementação dos programas que visam ao seu enfrentamento.

No intuito de dialogar com perspectivas de avaliação que problematizam a produção de evidências em saúde e que consideram os contextos complexos das intervenções, este ensaio tem por objetivo trazer subsídios para a avaliação de políticas e programas em saúde a partir de autores que se apropriaram, direta ou indiretamente, do debate sobre o realismo crítico para refletir sobre a ontologia dos programas e a prática da avaliação. Nesta perspectiva, a abordagem trazida pelo realismo crítico, sobre a natureza das políticas públicas e dos contextos de implementação, revela-se uma alternativa teórica e metodológica abrangente e desafiante. O ensaio pretende estabelecer conexões entre o realismo crítico e a avaliação destacando algumas das múltiplas vertentes que são por ele influenciadas, como por exemplo a ‘avaliação baseada na teoria’. Especial ênfase é dada às contribuições do realismo crítico e da avaliação realista para o debate sobre a avaliação das políticas e programas de saúde.

Avaliação em saúde: diálogos possíveis com o realismo crítico

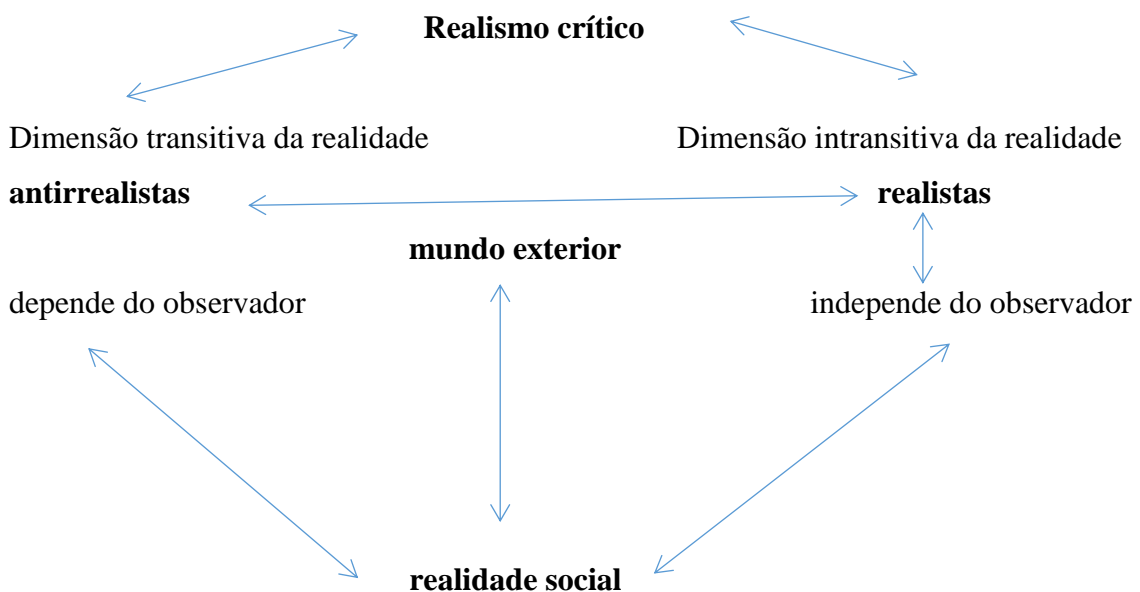
Para desenvolver essa discussão, o ensaio apresenta como o realismo crítico se configura em um modelo científico de explicação acerca da realidade e se contrapõe a outros no âmbito das ciências sociais e humanas. Esses modelos fundamentam as perspectivas sobre a ciência e as teorias (incluindo-se a da avaliação); e, dependendo do que for adotado, a capacidade explicativa poderá estar associada com maior ou menor ênfase à posição do observador ou do campo disciplinar a que se filia.

O modelo do realismo parte de alguns pressupostos, e o realismo crítico se localiza neste debate, motivo pelo qual se torna necessário trazer alguns conceitos e termos com base em Roy

Bhaskar (1944-2014), um dos principais autores que propõe uma ontologia realista. Uma vez delineado o debate, o ensaio busca estabelecer relações teórico-metodológicas entre o realismo e a avaliação de programas em saúde e como a avaliação baseada na teoria se apropriou desse debate, permitindo assim formular outras perspectivas de análise. Dado o alcance explicativo do realismo crítico, conclui-se que a avaliação de programa baseada na teoria tem produzido insumos importantes para a análise de programas intersetoriais, multiestratégicos e com foco na equidade.

O realismo constitui-se em uma abordagem, no âmbito da filosofia da ciência e da teoria social, que propõe um modelo científico de explicação acerca da realidade social que evita os polos epistemológicos tradicionais do positivismo e do relativismo (ou idealismo). É possível afirmar que, ainda hoje, o realismo configura-se como um dos aspectos-chave da construção do conhecimento. De acordo com Sell¹⁴, no caso da teoria sociológica contemporânea, identifica-se o debate entre realistas e antirrealistas. O realismo é convocado a responder a pergunta “em que medida as teorias científicas acessam e descrevem o mundo tal como ele é?”¹⁴⁽²⁰⁾ e sustenta a tese da correspondência entre teoria e realidade social. Difere, portanto, do antirrealismo (ou idealismo) que argumenta ser todo conhecimento determinado pelo contexto do observador negando, portanto, a possibilidade de existência de um mundo independente ou exterior. De maneira esquemática, é possível assim ilustrar:

Figura 1 – Síntese das dimensões da realidade



Fonte: Elaboração das autoras.

Contudo, apesar da ilustração anterior, e como enfatizado por Sell e Hamlin¹⁵, não se trata de mera transposição do debate da filosofia para a sociologia, tampouco é possível estabelecer fronteiras rígidas entre o realismo e o antirrealismo. Além do mais, outros autores, como Bhaskar, vão tornar esses limites porosos e tensionar a relação entre conhecimento e realidade social.

Sell enfatiza que, hoje, desenrola-se uma polêmica (e disputa) entre as abordagens realistas e antirrealistas do saber científico-social na qual está em xeque a capacidade de ter acesso às propriedades constitutivas da realidade externa. A posição realista, entre outros aspectos, apresenta a concepção de que existe um mundo exterior independente do observador e que, ainda assim, é possível conhecê-lo em suas estruturas e propriedades mesmo considerando os condicionantes sociais subsumidos na percepção¹⁴⁽²¹⁾. É importante sublinhar que não se trata de uma contraposição entre a construção social da realidade e a realidade que independe desta construção. Para os autores que dialogam com as tensões entre realismo e antirrealismo, outras possibilidades de análise surgem, inclusive aquelas que operam com o princípio de simetria ao considerar os processos de coconstrução ou coconstituição.

Um aspecto fundamental do realismo crítico¹⁵ é que representa uma alternativa às abordagens positivistas e pós-modernas. A primeira, que tende a identificar o real com aquilo que podemos conhecer empiricamente; e a segunda, por concebê-lo como constructo social. Nas palavras de Hamlin: “A crítica de Bhaskar às filosofias dominantes deu origem a uma ontologia geral que define a realidade como algo diferenciado, estruturado e em constante mudança”¹⁵⁽⁴⁷⁾.

Para uma aproximação do realismo crítico, torna-se necessário o conhecimento de alguns conceitos-chave e ideias desenvolvidos por Bhaskar^{16,17}. No caso da área de saúde, as indagações formuladas pelo autor são centrais: primeiro, por reivindicar uma ontologia estratificada da realidade; segundo, por apresentar uma visão crítica em relação às práticas sociais que se estuda, incluindo-se aí ciências sociais e outras teorias.

Realismo crítico e Roy Bhaskar

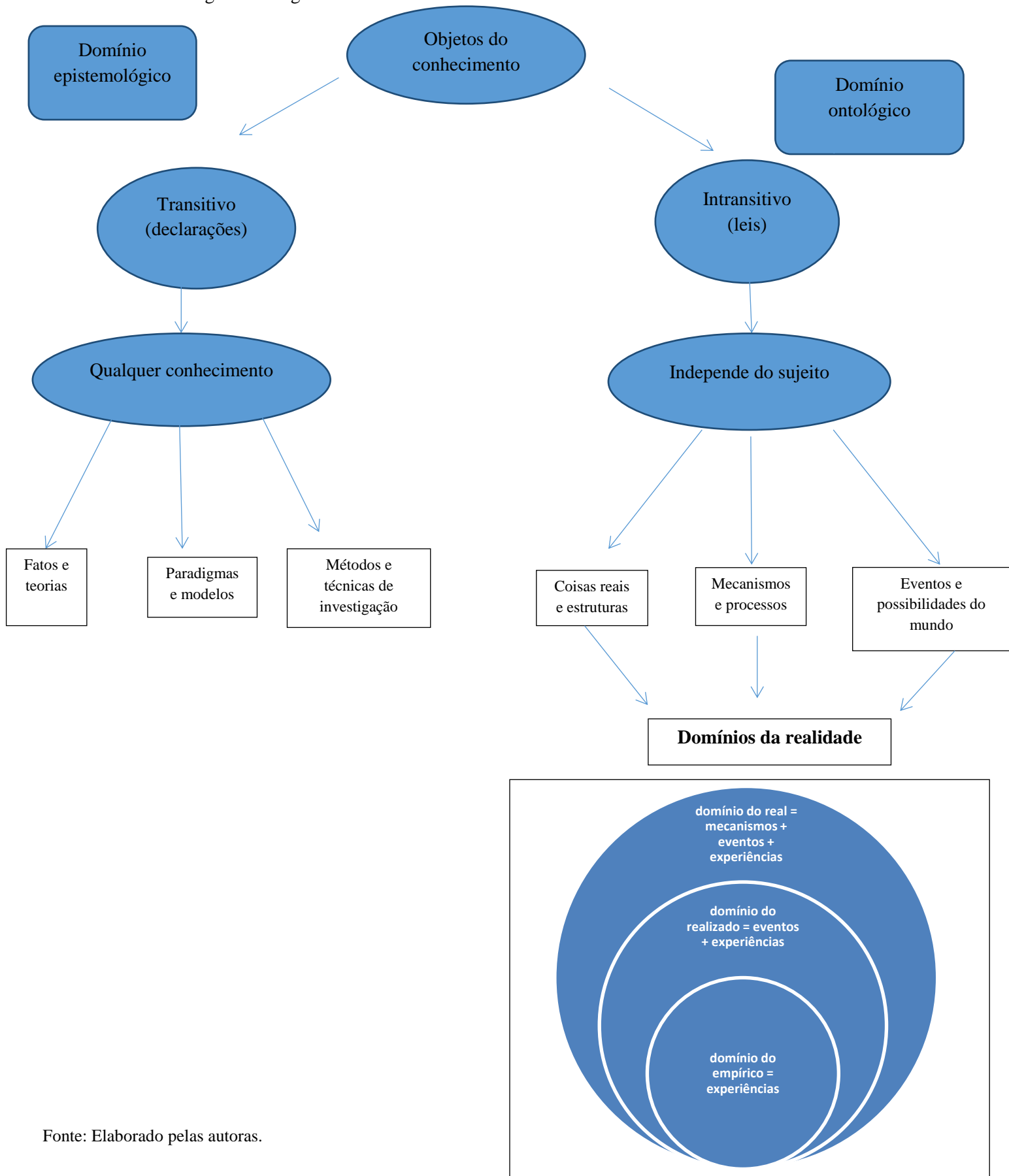
É importante trazer alguns conceitos desenvolvidos em *Philosophy and scientific realism* e em *A realist theory of Science*. Como destacado por Bhaskar, qualquer filosofia da ciência deve encontrar uma maneira de manejar o paradoxo central da ciência, qual seja: os seres humanos

em suas atividades sociais produzem um conhecimento que é um produto social como qualquer outro e que, portanto, dependente de sua produção e de quem o produz; esse é um dos lados do conhecimento segundo esse autor¹⁶. O outro lado refere-se ao conhecimento de coisas que não são produzidas pelos seres humanos.

Aqui encontramos uma divisão importante entre o que ‘independe’ da atividade humana (por exemplo, o vírus e outros exemplos advindos das ciências naturais) e se constitui em ‘objetos intransitivos do conhecimento’ e o que ‘depende’ da atividade humana e, por contraposição, configura os ‘objetos transitivos’. A estes, Bhaskar chama de ‘matérias brutas da ciência’: os fatos e as teorias, os paradigmas e os modelos, os métodos e as técnicas de investigação disponíveis em uma determinada escola científica¹⁶⁽¹⁶⁾. Como sintetizado pelo autor: os objetos intransitivos são geralmente invariáveis em relação ao conhecimento que temos sobre eles e constituem, portanto, as coisas reais e as estruturas, os mecanismos e os processos, os eventos e as possibilidades do mundo e, na maior parte das vezes, são independentes de nós¹⁶⁽¹⁷⁾.

No diagrama a seguir, uma síntese ilustra os domínios epistemológico (que diz respeito ao conhecimento) e ontológico (que diz respeito ao ser):

Figura 2. Diagrama síntese da realidade estratificada



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Uma ‘filosofia adequada da ciência’ deve ser capaz de sustentar tanto o caráter social da ciência quanto a independência da ciência em relação aos objetos do pensamento científico. A ‘ciência da saúde’ (a biomedicina e a saúde coletiva, por exemplo), como qualquer objeto de conhecimento, também se constitui de objetos transitivos e intransitivos. O que chamamos de vírus e bactérias e seus efeitos sobre o corpo humano, por exemplo, independem do conhecimento que se tenha deles.

Outro aspecto importante no pensamento de Bhaskar refere-se à distinção que faz entre o realismo empírico, o idealismo transcendental e o realismo transcendental ou, como resume, as três tradições na filosofia (ocidental) da ciência. Como sintetizado por Sayer, os objetos do conhecimento não são nem fenômenos (empiricismo), nem constructos humanos impostos sobre o fenômeno (idealismo), mas, sim, estruturas reais que perseveram e operam independentemente de nosso conhecimento, nossa experiência e das condições que nos permitem acessá-las¹⁸⁽¹⁹⁾. Sob a perspectiva do realismo transcendental, a ciência não é um epifenômeno da natureza, nem a natureza é um produto humano.

Somente o realismo transcendental pode sustentar a ideia de um mundo governado por leis que independem dos seres humanos, razão pela qual se torna necessário entender a ciência¹⁶⁽²⁰⁾. Para além das demais questões desenvolvidas por Bhaskar (e que não cabe nos deter em razão do escopo do ensaio), é importante sublinhar que, enquanto o realismo transcendental pergunta explicitamente “como o mundo deveria ser para que a ciência seja possível?”, a filosofia clássica pergunta “o que a ciência deve parecer ser para que o conhecimento por ela produzido seja justificado?”¹⁶⁽³²⁾. Para o autor, na segunda pergunta, pressupõe-se que o conhecimento seja justificado, e não visto como um ‘processo em movimento’.

Um dos aspectos problemáticos dessa visão foi caracterizado por Bhaskar como ‘falácia epistêmica’, isto é, a possibilidade de que as questões ontológicas (“o que é isso?”) possam ser refeitas como se fossem questões epistemológicas (“como conhecer isso?”)^{16,19,20}. Nas palavras de Vandenberghe²¹⁽¹⁷⁹⁾:

Aqueles/as que confundem nosso conhecimento e modelos de realidade com a própria realidade cometem a falácia epistêmica. Como Kuhn, eles pensam que a cada mudança de paradigma o mundo também muda. O mundo é o que é. Não é, como se pensava Wittgenstein, a totalidade dos fatos, mas sim a totalidade das coisas complexas, os processos interativos e das relações estruturais com poderes causais.

Para Bhaskar, os vieses antropocêntrico e epistêmico da filosofia clássica levaram à dissolução do conceito de domínio ontológico e do qual necessitamos para tornar inteligível o processo transitivo da ciência. Um aspecto fundamental é, portanto, elaborado por Bhaskar, no sentido de reconstituir a dissolução da ontologia da ciência, tarefa essa que depende da filosofia da ciência. Na reconstituição dessa ontologia, as leis causais têm sido, nas palavras do autor, entidades misteriosas: “O que pode significar dizer que elas têm uma base real independente de eventos?” A resposta a esta pergunta necessita do desenvolvimento de uma ontologia não antropocêntrica de estruturas, de mecanismos gerativos e de coisas ativas¹⁶⁽³³⁾.

No desenvolvimento dessa ontologia, é fundamental compreender que as leis não são declarações empíricas, mas, sim, afirmações sobre as formas de atividades características das coisas no mundo. Por esse motivo, faz distinção entre as estruturas reais e os mecanismos do mundo e os padrões vigentes de eventos que são produzidos¹⁶⁽³⁴⁾. Afirma que:

[...] o mundo consiste de mecanismos e não de eventos. Tais mecanismos se combinam para gerar o fluxo do fenômeno que constitui o estado vigente e acontecimentos do mundo. Eles podem ser ditos como reais, embora seja raro que eles verdadeiramente se manifestem e mais raro ainda que sejam empiricamente identificados pelos seres humanos. Eles são os objetos intransitivos da teoria científica. (tradução das autoras)

Também adiciona que “o mundo consiste de coisas, não de eventos”¹⁶⁽³⁷⁾ e que a maioria das coisas são objetos complexos uma vez que envolvem um conjunto de tendências, obrigações e poderes. A complexidade de tais objetos está diretamente relacionada com o componente experimental da ciência (em sistemas fechados e abertos) cuja plasticidade, como reiterado, não é dada: trata-se de um ‘desenho experimental’ que contém um trabalho teórico substancial. Como formulado pelo autor¹⁶:

[...] ao enfatizar o componente prático da atividade experimental, é importante não esquecer o lado teórico. Em um experimento os seres humanos formulam uma questão para a natureza. Mas eles a formulam em uma linguagem que a natureza entende, assim como de uma forma que torna possível uma resposta ambígua. (tradução das autoras).

Dois tipos de problema surgem da sua análise da atividade experimental. Primeiro, que muito do que conhecemos da ciência se procedeu como uma maneira de ‘pensamento’ ao invés de um experimento real. Em segundo lugar, em muitos outros campos da ciência (história, ciências sociais e até mesmo biologia), a atividade experimental é impossível no sentido de ‘experimentos mentais’.

Estruturas causais e mecanismos geradores da natureza podem existir e agir independentemente das condições que permitam aos seres humanos acessá-las. Por esse motivo,

devem ser assumidas como estruturadas e intransitivas. Mecanismos, eventos e experiências constituem então três domínios superpostos da realidade, isto é, os domínios do real, do actual e do empírico. É importante lembrar, como sintetizado por Hamlin, que o domínio do empírico pode ser acessado a partir da observação direta (experiência), o do actual refere-se aos eventos que ocorrem na realidade, sejam eles percebidos ou não, e o do real inclui os mecanismos, isto é: “processos ou estruturas subjacentes que geram os eventos”²²⁽⁵⁵⁾.

Importa compreender como esses três domínios se superpõem, pois é a atividade da ciência que os torna assim possível. As experiências e os fatos que elas geram são produtos sociais e as conjunções de eventos que – quando apreendidas na experiência – fornecem as bases empíricas para as leis causais que são também produtos sociais¹⁶⁽⁴²⁾. Por serem produtos sociais, o que foi transformado por meio de treinamento científico não foi o conhecimento em si, mas, sim, os próprios seres humanos. Os poderes causais dizem respeito, portanto, aos seres humanos em sua capacidade de transformar o mundo natural do qual eles são parte. Contudo, como observou Bhaskar, o conceito de mundo empírico é antropocêntrico dado que o mundo é o que os humanos experimentam. Nesse sentido, os conceitos de ‘empírico’ e ‘sensação-experiência’ pertencem inequivocamente ao mundo social da ciência.

Pertencer ao mundo social da ciência significa dizer que as experiências são uma parte deste; e, quando colocadas no contexto da atividade social, adquirem uma parcela epistemologicamente crítica. Entretanto, como adverte, justamente porque são uma parte, as experiências não podem ser utilizadas para definir o mundo. Elas são o resultado de processos sociais de produção e constituem o final da jornada, e não o começo. Sob condições de produção artificialmente instituídas e controladas, é possível então ter acesso às estruturas ativas e permanentes que geram fenômenos no mundo. Por esse motivo, afirma que o realismo empírico depende de uma redução do real ao realizado e do realizado ao empírico e, por conseguinte, pressupõe um mundo fechado e uma ciência completa.

Como informado por Sayer²³, o realismo crítico é uma variante do realismo transcendental (filosofia da e para a ciência natural). No realismo transcendental (ou realismo crítico), as leis são categoricamente independentes dos seres humanos assim como os eventos o são de experiências. O conhecimento, as habilidades perceptivas e os poderes causais fazem parte do contexto social da ciência cujo curso está continuamente sendo estendido e para o qual não há limites *a priori*. Segundo essa perspectiva, para que ocorra essa extensão, a ciência é incompleta: algumas leis a qualquer momento são desconhecidas e não há necessidade que alguma lei particular exista.

O realismo crítico está relacionado com a ciência social crítica. Nesse caso, na dimensão intransitiva da ciência, encontram-se os fenômenos sociais, o que lança outros desafios. Sayer enfatiza que, no realismo crítico, o mundo independe de meus pensamentos sobre ele. Logo: “Quando as teorias mudam (dimensão transitiva), isto não significa que aquilo com que elas lidam (dimensão intransitiva) necessariamente muda”²³⁽⁸⁾. Por esse motivo, os cientistas sociais desempenham o papel de “interpretar”, e não o de “construir” o mundo social²³. Por conseguinte, a “ontologia estratificada” ou a “ontologia realista”, nas palavras de Sayer⁽¹¹⁾:

[...] é o reconhecimento da possibilidade de que os poderes podem existir mesmo quando não exercidos, e, assim, que aquilo que aconteceu ou aquilo que se sabe ter acontecido, não exaure o que poderia ter acontecido ou tudo o que aconteceu. Na natureza dos objetos reais possibilita e apresenta, em um tempo dado, restrições àquilo que pode acontecer, mas não determina o que acontecerá [...] torna, portanto, possível compreender como nós poderíamos ser ou tornarmo-nos coisas que atualmente não somos.

Para Sayer, no realismo crítico ou transcendental: “o mundo tem profundidade ontológica: os eventos derivam da operação de mecanismos, que derivam das estruturas dos objetos, e estes localizam-se em contextos geo-históricos”²³⁽¹⁵⁾. Contudo, como os fenômenos sociais são ‘intrinsecamente significativos’, existe uma dimensão interpretativa ou hermenêutica na ciência social, ou ‘dupla hermenêutica’²³⁽¹⁸⁾. Esta é um fator distintivo das ciências sociais em relação às ciências naturais (uma única hermenêutica) uma vez que se faz necessário um trabalho interpretativo (pesquisador/pesquisado).

No entanto, como o realismo crítico propõe compreender os significados? De acordo com Sayer: “os significados relacionam-se a circunstâncias materiais e contextos práticos nos quais a comunicação ocorre e aos quais faz referência”²³⁽¹⁹⁾. Por isso a ênfase do autor, entre outros aspectos, na dimensão material, não discursiva, da vida social. Ainda que afirme a dimensão hermenêutica ou interpretativa das ciências sociais, busca explicações causais (no sentido de causação) para as mudanças materiais e toma como princípio que razões também podem ser causas que movem para ações: “ações pressupõem um conjunto já existente de estruturas que incluem sentidos compartilhados”²³⁽²⁰⁾.

Ademais, é importante lembrar que não é suficiente interpretar os significados subjetivos: “[...] muito do que acontece não corresponde à compreensão dos atores; existem consequências não-pretendidas e condições não reconhecidas, e as coisas podem ocorrer as pessoas independente de sua compreensão”²³⁽²²⁾. Nesse sentido, Sayer chama atenção para o risco do subjetivismo e do objetivismo ingênuos, uma vez que conhecimento e prática estão

interligados, portanto, responder às questões empíricas pressupõe responder também às questões postas pelos conceitos usados para identificar os objetos.

Por fim, cabe lembrar, como destacado por Crotty²⁴⁽¹⁰⁾, que os assuntos ontológicos e epistemológicos tendem a emergir juntos, motivo pelo qual tratar da construção do significado implica lidar com a construção de um significado de realidade. Para o autor, a existência de um mundo sem uma mente é considerável, mas não é o caso de um significado sem uma mente, razão pela qual se torna possível compatibilizar o realismo na ontologia e o construcionismo na epistemologia. Giddens e Sutton²⁵ indicam que o realismo crítico passou a ser visto como uma alternativa às abordagens do construcionismo social uma vez que concebe a produção de conhecimento em outras bases. Albert et al.²⁶ problematizam o entendimento dos domínios ontológicos e epistemológicos do realismo crítico ao observar que costumam ser “insuficientemente realistas sobre a epistemologia” e propõem alternativas.

Em síntese, a partir da perspectiva do realismo crítico, algumas considerações se tornam fundamentais para o entendimento das ciências naturais e sociais e, especialmente para avaliação em saúde. Dentre essas, destacam-se: o mundo independe do conhecimento que temos dele (“o mundo é o que é”); ele é estratificado e diferenciado (domínio do real, do actual e do empírico); consiste não somente de eventos, mas de objetos, incluindo-se aí estruturas que têm poderes e possibilidades de gerar eventos; os fenômenos sociais (ações, textos e instituições) são conceito-dependentes; a ciência e qualquer tipo de conhecimento são uma prática social; mecanismos e estruturas encontram-se em interação; as ciências sociais operam em uma dupla hermenêutica; a dimensão material (não discursiva) da vida social está para além do interpretacionismo.

Essas proposições dialogam com as abordagens da ‘avaliação baseada na teoria’ (e sua vertente da avaliação realista) e trazem desafios para o campo da saúde coletiva. Ao incorporar o realismo crítico, torna-se necessário o desenvolvimento de desenhos metodológicos (de pesquisas e de avaliações) que considerem as dimensões transitivas e intransitivas do conhecimento, bem como dos domínios ontológico e epistemológico. Dito de outro modo, a ênfase sobre a dimensão transitiva, muitas vezes, leva o debate da saúde coletiva a se prender sobre os modos de conhecimento sem, necessariamente, perguntar-se sobre os seus objetos e o que é este campo, quais seus limites e possibilidades. Por outro lado, distintas posturas ontológicas informam sobre a realidade e os modos de atuação na saúde a partir de diversos contextos sócio-históricos.

Realismo, realismo crítico e avaliação de programas em saúde

É possível afirmar que o realismo crítico tem influenciado o debate sobre a avaliação de programas por intermédio de autores como Pawson e Tilley que, mais de 20 anos atrás, propuseram a ‘avaliação realista’²⁷. A disseminação do realismo crítico, nos estudos sobre a saúde, deu-se mediante pesquisas em avaliação, podendo, portanto, ser ampliada. O realismo crítico, difundido por Bhaskar, passou a ser incorporado (direta e indiretamente) por um conjunto variado de autores que realizam pesquisa em avaliação e privilegiam um diálogo com as ciências sociais.

As pesquisas em avaliação percorreram uma trajetória marcada por diferentes e múltiplas abordagens; e, para alguns autores, a teoria ocupa um lugar central, o que torna possível relacionar a prática da avaliação aos estudos em teoria social e filosofia da ciência. A teoria, entre esses autores, apresenta significados diversos, mas, em comum, reconhecem a importância de conhecer os modelos teóricos nos quais as pesquisas em avaliação se embasam. O lugar ocupado pela teoria é importante e diferencia esses autores, seja porque privilegiam a construção de modelos teóricos, seja por atribuir às teorias um elemento-chave no processo de avaliação. Os autores que propõem uma abordagem em avaliação que prioriza a teoria desenvolveram pesquisas que tomam como referência os programas e as políticas públicas. Ter como objeto de avaliação os programas exige uma pergunta investigativa sobre a natureza (ou *framework*) dos programas, o que requer conceituações e conhecimento sobre a concepção e execução de ações ou intervenções a serem implementadas em determinados contextos sociais.

A avaliação baseada na teoria, conforme diversos trabalhos^{13,28,29,30}, parte do estudo da ontologia dos programas. Essa perspectiva avaliativa reúne diferentes autores e se constitui em um amplo debate a partir de críticas e contribuições acumuladas nas últimas décadas. Abrange múltiplas nomenclaturas, contudo, a avaliação realista e a avaliação baseada na teoria não são sinônimas, mas estão imbricadas. Logo, diferentes denominações foram sendo adotadas, caracterizando-se, assim, por distintos enfoques. De acordo com a revisão sistemática realizada por Coryn et al.³¹⁽²⁰¹⁾, o termo é adotado para: “designar estratégias ou enfoques que explicitamente integram ou usam os *stakeholders*, as ciências sociais, algum tipo de combinação de, ou outros tipos de teorias ao conceituar, desenhar, conduzir, interpretar e aplicar uma avaliação” (tradução das autoras).

É necessário um estudo mais aprofundado sobre a disseminação (ainda escassa) da avaliação baseada na teoria, na América Latina e no Brasil, para melhor compreender o diálogo entre os autores e as experiências avaliativas colocadas em prática. Estudos sobre promoção da

saúde problematizam o modelo biomédico de produção de evidências, reúnem autores que dialogam com a avaliação baseada na teoria. Como destacado por Potvin e Chabot³²⁽³³⁾:

Tradicionalmente, a epidemiologia formou a base metodológica para a avaliação das intervenções em saúde pública. [...] Os processos sociais, no entanto, não fazem parte da mesma natureza dos comportamentos de risco. Eles somente adquirem e produzem significado em relação aos seus contextos espaciais e temporais. É essa rede de relacionamentos sociais que precisa ser capturada pela avaliação da promoção da saúde para, dessa forma, sair do domínio da epidemiologia clássica.

Em busca de superar esse domínio, estudos realizados por pesquisadores na América Latina³³⁻³⁷ no âmbito da saúde pública/coletiva e da promoção da saúde têm chamado a atenção para importância da dimensão investigativa e da teoria que fundamenta a avaliação e, especialmente, para sua conversão em um aparato reflexivo.

Essa perspectiva de análise procura valorizar tanto padrões institucionais mais amplos como também as percepções, interesses e resistências de profissionais, técnicos e demais *stakeholders*. Parte da premissa de que existem discrepâncias entre o que foi previsto no desenho original do programa e as ações desenvolvidas no processo de implementação. Nessa direção, pretende explorar as relações entre modelos teóricos que estruturam os programas, as associações causais entre atividades, contextos e resultados previstos e imprevistos.

A avaliação orientada pela teoria do programa se justifica por vários aspectos, entre os quais se destacam dois elencados por Pawson³⁸: i) a avaliação pretende descobrir se os programas funcionam; e ii) os programas são teorias (teorias encarnadas). Por conseguinte, a avaliação é um teste da teoria (cf. Rein citado em Weiss³⁹) ou como informado por Pawson e Tilley²⁸⁽²¹⁷⁾: “os padrões de resultado são um teste da teoria”. Em outras palavras, todo programa traz em si uma teoria de como mudanças podem ser produzidas, teorias estas subjacentes às ideias dos planejadores de políticas públicas: “se nós providenciarmos os recursos para essas pessoas isso poderá mudar o comportamento delas?”²⁰⁽⁴⁷²⁾. Esses recursos podem ser materiais, sociais, cognitivos ou até mesmo emocionais como lembram os autores.

Partindo da compreensão de que os programas sociais se inserem em uma teoria geral de mudanças dos sistemas sociais²⁸ e que os programas sociais são um caso específico de mudança, os formuladores de políticas também tentam ‘disparar’ uma série de mudanças. Ao conceberem um programa, o sucesso das iniciativas depende da extensão em que a teoria do programa foi capaz de prever e controlar a espiral interpretativa de ideias e condições sociais. Nesse sentido, um aspecto importante é considerar porque os programas sociais têm potencial para provocar mudanças.

Pawson e Tilley lançaram as bases da então denominada avaliação realista e estavam, entre outros aspectos, fundamentalmente preocupados em explicar ‘como as coisas mudam’, o que requer uma grande guinada de pensamento sobre as prioridades explicativas e de revisão de como se organiza o trabalho empírico. Tomam como fundamentação teórica o realismo e assim o conceituam²⁸⁽⁵⁶⁾:

[...] um modelo de explicação científica que evita os polos epistemológicos tradicionais do positivismo e do relativismo. A principal característica do realismo é sua ênfase nos mecanismos de explicação, e sua tentativa de mostrar que o uso de estratégias explicativas pode levar a um corpo progressivo de conhecimento (tradução das autoras).

Assumem o tom reconhecidamente polêmico que imprimiram ao livro *Realistic Evaluation* que também consideram ser um manifesto que confere à avaliação um *status* científico. Chamam atenção para o quão recente é a prática de avaliação (década de 1960) e, ainda assim, com um arco bastante diversificado em termos dos desenhos que adquirem e suas taxonomias. No modelo construído pelos autores (avaliação realística), uma referência fundamental é o trabalho de Chen e Rossi, que cunharam o termo ‘avaliação orientada pela teoria’, mas não se trata aqui de uma teoria sociológica, mas da teoria *per si* ou as ‘distinções mundanas’ que são feitas e que conformam o conhecimento prévio das diversas circunstâncias que envolvem uma política pública²⁸⁽²⁶⁾.

Um aspecto central, inaugurado por Chen e Rossi (1981), foi a pergunta sobre “o que é um programa” e, na busca por respondê-la, propõem sair da ‘caixa preta da avaliação’ restrita então à relação entre insumos e resultados dos programas. A ênfase sobre a pergunta de cunho ontológico (o que é um programa) ao invés de epistemológico (como conhecer um programa) leva os autores a importantes deslocamentos no âmbito da avaliação. Para respondê-la, pressupõem que há uma teoria subjacente a cada programa (os programas operam segundo algumas teorias acerca da realidade social), bem como os programas geram ou pretendem gerar mudanças. Nesse sentido, as ciências sociais são convocadas a contribuir para fundamentação teórica a fim de apoiar a compreensão dos processos pelos quais as mudanças são ou não alcançadas. Por esse motivo, o entendimento de cada contexto em que as mudanças ocorrem e sobre as quais os programas buscam intervir é imprescindível. Enfatizam, ainda, que existem mecanismos gerativos que são ativados em intervenções complexas que pretendem gerar mudanças.

Na avaliação realista, a perspectiva epistemológica (como conhecer) prioriza a explicação causal baseada em princípios gerativos (de mudanças) e supõe que as regularidades,

nos padrões de atividades sociais, são trazidas por certos mecanismos constituídos por pessoas e pelos recursos que estas são capazes de mobilizar em contextos particulares e que, muitas vezes, independem delas. Cabe à pesquisa a tarefa de ‘testar as teorias’ de como os resultados do programa são gerados por mecanismos e contextos específicos, o que requer comparações inter e intraprogramas de modo a identificar quais configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR) são mais eficazes.

Os programas são vistos como uma tentativa de ‘conhecimento corporificado’ uma vez identificado “o que funciona, para quem e quais circunstâncias”²⁸. Segundo Pawson e Tilley, o conhecimento se dá de forma acumulativa, e, por sucessivas tentativas de intervenções dos programas, também é possível gerar conhecimento. Soma-se a esse conhecimento aquele produzido por pesquisas, fornecendo aos formuladores de políticas diferentes ‘famílias’ de teorias constituídas por distintas configurações Contexto-Mecanismo-Resultado. Acreditam que o conhecimento é produzido por um processo de ensino e aprendizado.

Sob essa perspectiva, amplia-se a necessidade de realizar avaliações que partem das problematizações acerca das evidências a serem geradas, bem como que produzam conhecimento³⁵. A avaliação baseada na teoria, ao privilegiar o estudo do contexto, nos quais as intervenções ou programas ocorrem, problematiza, por exemplo, a ideia de que as políticas de saúde possam ser descontextualizadas, verticalizadas, alheias às perspectivas dos múltiplos agentes. Soma-se a essa visão a de que as políticas de saúde tendem a ser intersetoriais, multifacetadas e englobam diferentes propósitos (individuais, coletivos, territoriais) de acordo com o contexto local. Nessa perspectiva, é crucial compreender a natureza dos desafios presentes em cada realidade. No contexto latino-americano e brasileiro, marcado por descontinuidade política, fragilidade institucional, baixo investimento em programas sociais, pobreza e violência, é inescapável a busca de aprimoramento das estratégias avaliativas a fim de subsidiar o processo decisório e garantir mudanças efetivas.

Conclusões

O realismo crítico de Bhaskar influenciou autores que se dedicaram aos estudos da avaliação ou, ao menos, tensionaram as possibilidades de correspondência entre a realidade e a teoria científica, no caso, entre a realidade social e as teorias sobre a saúde. As teorias científicas sobre a saúde (e o campo no qual se insere) informam sobre os programas e as políticas públicas. Sem compreendê-las, compromete-se a capacidade explicativa das avaliações em saúde.

O diálogo com o realismo crítico tanto contribui para análises em saúde⁴⁰ quanto também para outras áreas como a teoria social e a avaliação. No caso da saúde, é fundamental reconhecer a importância da pesquisa avaliativa para o aprimoramento do processo de implementação dos programas e o alcance de mudanças substantivas no perfil de equidade⁴¹. Também é fundamental compreender que os programas na área tendem a ser complexos e exigem o investimento na análise dos diferentes pontos de vista dos agentes sociais⁸. Nas abordagens da avaliação orientada pela teoria e na avaliação realista, outras perspectivas interpretativas em saúde são suscitadas ao romper com a postura positivista e idealista na ciência⁴². Ao reconstruir as teorias e as concepções que as fundamentam, confrontando-as com sua implementação a partir dos mecanismos gerativos (visíveis e invisíveis), enfrenta-se o desafio de produzir resultados contextualizados e informação relevante para a tomada de decisão.

O modelo da avaliação orientada pela teoria, independentemente de constituir-se ou não em um paradigma da avaliação, acolhe diferentes perspectivas, desde aquela originalmente fundamentada por Chen e Rossi até outras, como a avaliação realística (ou realista), como depois denominada por Pawson e Tilley. Brousselle e Buregeya⁴³, por outro percurso metodológico e argumentativo, advogam uma nova geração de avaliações constituída por avaliações baseadas na teoria e na qual o realismo crítico é central. Para as autoras, a nova geração (que inclui os enfoques da análise lógica, da avaliação realista e da *contribution analysis*) está fundamentada no paradigma do realismo crítico que articula uma ontologia realista, uma epistemologia relativista e uma *rationality* do julgamento.

Conceitos da teoria sociológica são apropriados de maneira indireta pelos autores do campo da saúde coletiva, cuja audiência é formada por profissionais das políticas públicas e, notadamente, pelos especialistas em avaliação, o que ajuda a entender por que a teoria social é apropriada de maneira particular. Ao tratar da teoria (ou teoria da teoria do programa/metateoria), a avaliação passa a ser vista como um empreendimento investigativo, científico e reflexivo. Assim, o programa não pode ser entendido em si mesmo e fora do contexto, motivo pelo qual o estudo de sua implementação é fundamental. Por fim, nos termos de Pawson⁴⁴⁽⁴⁷³⁾: “avaliação é um teste da teoria”.

As maneiras como se concebem os programas em saúde pública dizem respeito a diferentes posturas ontológicas sobre a realidade³⁶. Para Potvin, Gendron e Bilodeau, uma concepção realista empírica, uma idealista e uma realista crítica resultam em distintos modos de analisar os programas de saúde e as situações problemáticas a que respondem. Sob esse

aspecto, é possível perguntar como a ‘realidade’ deveria parecer ser para que um determinado problema fosse possível? Partindo de como ela deveria ser, os programas em saúde são concebidos e implementados e superpõe-se a eles os modos de analisá-los e avaliá-los, gerando assim determinados resultados segundo tais escolhas teóricas e metodológicas.

A avaliação de programas, na área da saúde pública e da saúde coletiva, insere-se em contextos complexos e marcados por extremas desigualdades que impactam diretamente as condições de vida e de saúde das populações. Tais condições resultam de um mundo (ou realidade) que é estratificado, diferenciado e estruturado. A área da saúde coletiva enfeixa múltiplas tensões a partir de diferentes perspectivas teóricas que ora pendem para estudos da biomedicina, ora dele se afastam. A própria concepção sobre ‘saúde’ varia ao longo do tempo e de lugar para lugar, expressando disputas e controvérsias sobre a produção de conhecimento, incluindo-se aí a Ciência. No âmbito deste debate constituinte da ‘saúde coletiva’, ganha relevância a reflexão sobre o alcance explicativo e os múltiplos sentidos das disciplinas das ciências sociais e humanas e, por conseguinte, das condições de possibilidade para a produção de conhecimento sobre o real a partir das dimensões biológica e social.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), pela seleção para a Oficina de Artigos (2018); a F. Vandenberghe (Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/Universidade Federal do Rio de Janeiro) e ao Sociofilo, Co-Laboratório de Teoria Social pelos comentários à versão original.

Colaboradores

Costa, DM (0000-0003-2222-5676) contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Magalhães, R (0000-0003-3831-8877) contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Barnes M, Matka E, Sullivan H. Evidence, understanding and complexity: evaluation in non-linear systems. *Eval. rev.* 2003; 9(3):265-284.
2. Magalhães R. Implementação de programas multiestratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(7):2115-2123.
3. Chen H. Applications of theory-driven evaluations. In: H. Chen. *Theory-driven evaluations.* SAGE Publications UK: London, England; 1990. p.77-86.

4. Barnard A. History and theory in Anthropology. United Kingdom: Cambridge University Press; 2000.
5. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London; Thousand Oaks (CA): Sage; 1997.
6. Patton MQ. Evaluation focus options: developmental evaluation and other alternatives. In: MQ Patton. Utilization Focused Evaluation. 4. ed. USA: SAGE Publications Sage UK; 2008. p. 271-305.
7. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Santiago (CL): Universidad del Valle; 2011.
8. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(3):861-868.
9. Eslava-Schmalbach J, Garzón-Orjuela N, Elias V, et al. Incorporación de equidad en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. Rev panam salud pública. 2017; 41(126):1-8.
10. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
11. Marchal B, Van Belle S, Van Olmen J, et al. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. Eval rev. 2012;18(2):192-212.
12. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. Ciênc Saúde Colet. 2016; 21(6):1767-1776.
13. Chen H. Theory-driven evaluations. London (UK): SAGE Publications; 1990.
14. Sell CE. Introdução. O que é a teoria social contemporânea? In: Carlos Eduardo Sell Carlos Benedito Martins (orgs.). Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas. São Paulo (SP): Annablume; 2017. p. 13-43.
15. Hamlin CL. Realismo crítico. In: Carlos Eduardo Sell Carlos Benedito Martins (orgs.). Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas. São Paulo, SP: Annablume; 2017. p. 48-74.
16. Bhaskar R. Philosophy and scientific realism. In: Margaret Archer, Roy Bhaskar, Andrew Collier, Tony Lawson and Alan Norrie (ed.). Critical realism: essential readings. London; New York: Routledge; 1998. p. 16-47.
17. Bhaskar R. Postscript to the second edition. In: Roy Bhaskar. A realist theory of science. London; New York: Routledge; 2008. p. 243-53.
18. Sayer A. Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. Estudos de Sociologia. Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco. 2014; 6(2):7-32.

19. Vandenberghe F. O maremoto do Realismo Crítico. *Teor cult.* 2014; 9(1):8-30.
20. Vandenberghe F. What's critical about critical realism? *Essays in reconstructive social theory.* London; New York: Routledge; 2014.
21. Vandenberghe F. Obituário Roy Bhaskar. *Polif.* 2016; 23(3):179-182.
22. Hamlin CL. Realismo crítico. In: Carlos Eduardo Sell Carlos Benedito Martins (orgs.). *Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas.* São Paulo: Annablume; 2017. p. 48-74.
23. Sayer A. Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. *Estudos de Sociologia. Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco.* 2014; 6(2):7-32.
24. Crotty M. *The foundations of social research: meaning and perspective in the research process.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1998.
25. Giddens A, Sutton PW. *Conceitos essenciais de sociologia.* São Paulo (SP): Editora Unesp; 2016.
26. Albert K, Brundage JS, Sweet P, et al. Radicalizing epistemology in critical realism. XIX ISA World Congress of Sociology. Presentation, Toronto, Canada. 2018.
27. Jagosh J, Tilley N, Stern E. Realist evaluation at 25: Cumulating knowledge, advancing debates and innovating methods. *Eval rev.* 2016; 22(3):267-269.
28. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1997.
29. Potvin L, McQueen DV, Hall M. *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research.* New York: Springer; 2008.
30. Weiss CH, Weiss CH. *Evaluation: methods for studying programs and policies.* 2. ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 1998.
31. Coryn CLS, Noakes LA, Westine CD, et al. A systematic review of theory-driven evaluation: practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation.* 2011; 32(2):199-226.
32. Potvin L, Chabot P. O esplendor e a miséria da epidemiologia na avaliação da promoção da saúde. In: Zulmira Hartz, Louise Potvin e Regina Bodstein (orgs.). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012.* Brasília (DF): CONASS; 2014. p. 23-37.
33. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(6):1767-1776.
34. Magalhães R. Implementação de programas multiestratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(7):2115-2123.

35. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Santiago (CL): Universidad del Valle; 2011.
36. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi Francisco Javier Mercado (orgs.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.
37. Souza LV, McNamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. *Psicol Soc.* 2010; 22(3):598-607.
38. Pawson R. Nothing as Practical as a Good Theory. *Evaluation.* 2003; 9:471-490.
39. Weiss CH. Understanding the program. In: Carol H. Weiss. *Evaluation: methods for studying programs and policies.* 2.ed., United States: Prentice Hall; 1998, p. 46-71.
40. Roy Bhaskar, Danermark B. Metatheory, interdisciplinarity and disability research: a critical realist perspective. *Scand J Disability Res.* 2006; 8(4):278-297.
41. Sridharan S, Zhao K, Nakaima A. Editors' Notes: *New Dir Eval.* 2017; (154):9-16.
42. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. *IUHPE.* 2007; 14(1):16-20.
43. Brousselle A, Buregeya JM. Theory-based evaluations: Framing the existence of a new theory in evaluation and the rise of the 5th generation. *Eval. rev.* 2018; 24(2):153-68.
44. Pawson R. Nothing as Practical as a Good Theory. *Eval. rev.* 2003; 9(4):471-490.

Enviado em 15/03/2019

Aprovado em 30/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

4.2. ARTIGO 2 – REALISMO CRÍTICO E DESIGUALDADES SOCIAIS: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UMA PESQUISA AVALIATIVA

Chamada pública para edição temática da revista Ciência & Saúde Coletiva

Título: Saúde: desigualdades, vulnerabilidade e políticas públicas

13/11/2019

Gmail - Fwd: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2019-3335



delaine costa <delaine.costa@gmail.com>

Fwd: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2019-3335

1 mensagem

delaine costa <delaine.costa@gmail.com>

13 de novembro de 2019 14:31

Para: rosana magalhães <rosanafiocruz@gmail.com>, rosana Magalhães <rosana@ensp.fiocruz.br>

----- Forwarded message -----

De: **Ciência & Saúde Coletiva** <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Date: qua., 13 de nov. de 2019 às 14:26

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2019-3335

To: <delaine.costa@gmail.com>, <delaine.costa@ensp.fiocruz.br>

Cc: <delaine.costa@gmail.com>, <delaine.costa@ensp.fiocruz.br>

13-Nov-2019

Dear Miss Costa:

Your manuscript entitled "Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa" Critical realism and social inequalities: considerations from an evaluative research" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2019-3335.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

--

*A internet evolui e junto com ela, os truques dos Hackers e sites mal-intencionados.
Não exponha aos outros o nome e o endereço eletrônico de seus amigos.
Se você pretende redirecionar este e-mail, por favor, utilize o método CCO
e apague todos os nomes e endereços que aparecem nele, inclusive o meu.
Difícil a disseminação de vírus, "spams" e "banners".
Desta forma você estará protegendo a mim, a seus amigos e a você mesmo.*

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=33ab6d5eb0&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1650108419326767635%7Cmsg-a%3Ar-14938992...>

Envio: 30/05/ 2019. Parecer: 12/09/ 2019. Retorno do parecer: 04/10/ 2019. Aprovação Final: 13/11/ 2019.

Autores:

Delaine Martins Costa

Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais – DCS, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz

ORCID: 0000-0003-2222-5676

Email: delaine.costa@ensp.fiocruz.br

Rosana Magalhães

Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais – DCS, e Prof. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz

ORCID: 0000-0003-3831-8877

Email: rosana@ensp.fiocruz.br

Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa

Critical realism and social inequalities: considerations from an evaluative research

Resumo

A partir de distintos referenciais teóricos (saúde coletiva, avaliação de programas e realismo crítico), o artigo analisa se a transferência de renda condicionada contribui para a redução da pobreza monetária e a melhoria do cuidado à saúde. Utiliza material de pesquisa avaliativa, constituída por um estudo de caso sobre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e sua implementação pela Estratégia Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em uma favela no Rio de Janeiro. Ao privilegiar o realismo crítico (Roy Bhaskar), parte da concepção da ontologia da realidade estratificada e operacionaliza os três domínios intransitivos: o real, o atual e o empírico. Para compreender a dinâmica do programa, foram priorizadas experiências e percepções de gestores, profissionais de saúde e famílias beneficiárias. Como percepção predominante, entre os entrevistados, destaca-se que o PBF *“beneficia quem precisa, mas também quem não precisa”*. De um lado, os cuidados em saúde são reconhecidos como limitados, uma vez que as famílias são vulneráveis e apresentam problemas de saúde decorrentes desta condição e, por outro, ter acesso à Clínica é um recurso fundamental dado que benefício é visto como de pequeno valor o que reforça a ideia da “ajuda”. Conclui que os três domínios da realidade estratificada contribuem para compreender o alcance dos programas que lidam com a imbricação de aspectos biológicos e sociais em contextos locais marcados pela desigualdade e pobreza.

Palavras-chave: desigualdades sociais; pobreza; avaliação; realismo crítico; saúde pública

Abstract

Based on different theoretical references (public health, program evaluation and critical realism), the article analyzes whether the cash transfer contributes to the reduction of monetary poverty and the improvement of health care. It uses evaluative research material, consisting of a case study on the health conditionalities of the “Bolsa Família” Program (PBF) and its implementation by the “Family Health Strategy”, in a basic health Unit, located in a favela in Rio de Janeiro. By focusing on critical realism (Roy Bhaskar), it starts from the conception of the ontology of stratified reality and operationalizes the three intransitive domains: the real, the actual, and the empirical. To understand the dynamics of the program, prioritizes experiences and perceptions of managers, health professionals and beneficiary families. As a predominant perception, among those interviewed, it is noted that the PBF *"benefits those who need it, but also those who do not need it"*. On the one hand, health care is recognized as limited, since families are vulnerable and have health problems resulting from this condition and, on the other hand, having access to the Clinic is a key resource since the benefit is seen as of little value which reinforces the idea of "aid". It concludes that the three domains of stratified reality contribute to understanding the scope of programs that deal with the imbrication of biological and social aspects.

Key-words: social inequalities; poverty; evaluation; critical realism; public health

Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa

Introdução

O artigo apresenta análise parcial dos resultados de pesquisa avaliativa e tem por objetivo identificar possíveis efeitos e limites da transferência de renda condicionada para a redução da pobreza monetária e a melhoria do cuidado à saúde. Utilizou como principal referencial teórico o realismo crítico¹ e como metodologia o estudo de caso, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em uma favela no Rio de Janeiro. A pesquisa tomou como referência duas políticas públicas federais: a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) e o Programa Bolsa Família (Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, transformada na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004).

O projeto da Reforma Sanitária e a instalação de um Sistema Único de Saúde (SUS) caminharam *pari passu* à construção da democracia baseada no princípio de inclusão social e da redução das desigualdades. Passadas três décadas, os desafios da sustentabilidade e institucionalidade do SUS ainda reúnem muitos “nós críticos”² e, nesse contexto, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) se destaca como preponderante para a expansão e o desenvolvimento da atenção básica. Foi também no contexto democrático que mudanças ocorreram no âmbito da institucionalização do modelo socioassistencial, dando origem a um conjunto de normativas e estruturação da política.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) introduziu mudanças conceituais que implicaram em novas lógicas de gerenciamento, estrutura administrativa e controle das ações. Com a aprovação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS, 2005) passou-se a regular e a organizar os elementos essenciais da política. No âmbito do então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foi criado o Programa Bolsa Família (PBF) que se constituiu na transferência direta de renda, com condicionalidades, para as famílias pobres e extremamente pobres.

A criação de ambos os Sistemas (SUS e SUAS) impôs uma série de desafios para a consolidação da proteção social e o alcance dos direitos. A pesquisa se insere no debate que perpassa as políticas de transferência de renda em sua interface com a saúde, a intersetorialidade e as desigualdades sociais dada a importância de ampliar investigações que tratem da relação e da interação entre o PBF e a ESF.

Compreende-se que o realismo crítico (entendido como uma abordagem filosófica) se entrelaça aos estudos sobre avaliação e se constitui em um dos pilares da avaliação baseada na

teoria do programa. Considerando que os autores fazem usos diferenciados do realismo crítico, este se mescla aos enfoques da avaliação baseada na teoria cujas questões epistemológicas (que dizem respeito ao conhecimento) se sobrepõem às de cunho ontológico (que dizem respeito ao ser) e colocam em xeque o alcance do conhecimento científico, incluindo-se aí a prática avaliativa, as teorias produzidas sobre a realidade e os programas em saúde.

Utilizando-se do modelo de Bhaskar¹, acerca das dimensões transitiva (qualquer conhecimento) e intransitiva (que independe do sujeito) do conhecimento, chega-se à concepção de realidade estratificada constituída pelos domínios do real, do atual e do empírico. No artigo, estes foram operacionalizados tendo em vista o contexto específico da pesquisa: as desigualdades sociais, o cuidado à saúde, os programas de transferência de renda condicionada e de saúde da família em um território marcado pela complexidade das experiências. Vale sublinhar que o realismo crítico *tout court* foi utilizado de maneira não ortodoxa uma vez que a obra Bhaskar se apresenta em “diferentes ondas”³ e tem sido adotada nos estudos avaliativos em múltiplas abordagens.

Abordagem Teórica

O real, o atual e o empírico: ontologia das desigualdades e dos programas sociais

O realismo crítico permite lançar questões e refinar abordagens e estratégias metodológicas sobre a avaliação de programas e intervenções complexas no campo da saúde. No caso da pesquisa avaliativa, uma das principais contribuições refere-se à apreensão dos programas e iniciativas públicas a partir da ontologia acerca do que é o real. A pergunta de cunho ontológico “o que são os programas sociais” permite diferentes possibilidades de resposta na literatura desde uma posição mais normativa e empirista até aquelas ancoradas no realismo crítico. São estas possibilidades de resposta que interessam para pensar as interseções entre o PBF e a ESF e suas implicações sobre as desigualdades sociais em saúde.

Potvin et al⁴ fazem uma leitura de Bhaskar que será aqui seguida e complementada com outros autores que se dedicaram ao realismo crítico em relação ao campo da avaliação – como Pawson e Tilley⁵ que sistematizaram a perspectiva da “avaliação realista” – ou que trouxeram reflexões articuladas à teoria social ou às ciências sociais e humanas³ para este debate. No artigo são estabelecidas conexões entre esses autores, visando partir do modelo (abstrato) e articulá-lo ao material empírico do estudo de caso.

Parte-se da operacionalização do domínio do atual (entendido aqui como o da ação), no qual se localizam os programas sociais e seus poderes emergentes os quais provocam as mudanças, e pretende-se ilustrá-los a partir da implementação do PBF e da ESF, no âmbito das condicionalidades de saúde. Explicitados como se concebem os programas (com base na teoria do programa e na teoria da implementação⁶) e os mecanismos acionados, descreve-se o contexto complexo em que programas e iniciativas operam e as múltiplas experiências em jogo. Por fim, no domínio do real são selecionados os principais mecanismos sociais e aspectos que incidem sobre as desigualdades sociais, partindo-se do princípio de sua intransitividade.

Ao tratar cada um dos domínios separadamente não significa que estes sejam isolados e não se inter-relacionem. Entende-se que os três domínios operam simultaneamente ainda que não seja possível distingui-los ou percebê-los. Embora o realismo crítico tenha sido utilizado por diferentes autores em pesquisas avaliativas, é importante ressaltar que os conceitos adotados também diferem entre autores, como o de “mecanismo”. Bhaskar o utiliza para fazer distinção entre as “estruturas reais” e os “mecanismos gerativos” os quais constituem os objetos intransitivos da teoria científica¹⁽³⁴⁾. Em diálogo com as ciências da natureza, sua teoria acerca da realidade estratificada faz uso tanto do conceito de mecanismos como também de experiência ou experimentos.

A ideia de “mecanismo” não é nova e faz parte do vocabulário das ciências, como um todo. Gorski⁷ dedicou-se ao estudo do conceito de mecanismos sociais, em uma perspectiva histórica-comparativa na sociologia, e chega a propor um teoria dos mecanismos causais a partir do realismo crítico. Há uma variedade de acepções do termo que guardam entre si maior ou menor relação com o realismo crítico. Para efeitos da análise, compreendem-se os mecanismos sociais como distintos dos mecanismos naturais⁷, como pertencentes ao domínio do real⁸ e que dispõem de poderes causais emergentes. Ademais, como enfatizado no realismo crítico, a realidade não é tão somente capturada pelos conceitos: é constituída pelos conceitos. O princípio de conceito-dependência implica, nesse sentido, em uma ontologia do mundo social que varia ao longo do tempo e do espaço⁷⁽¹⁵⁰⁾.

Em termos de domínios superpostos da realidade, o do empírico pode ser compreendido como o da experiência. Scott, a partir do verbete de Raymond Williams (*Keywords*, 1976), nos lembra que experiência e experimento eram termos em estreita relação, até meados o início do século XVIII, e que designava como o conhecimento foi alcançado através de testes e observações⁹⁽⁷⁸¹⁾. Para além das mudanças sócio-históricas acerca do conceito de experiência, importa assinalar que em Bhaskar pode ser entendido tanto em termos de experimentos como

também de experiência. Em concordância com a análise de Vandenberghe¹⁰, Baskhar, em seu segundo livro, adota uma postura da “hermenêutica crítica”, a qual trouxe para o primeiro plano a noção de conceito-dependência de agência-estrutura. Segundo o autor¹⁰, opera, assim, uma mudança de perspectiva que torna a hermenêutica compatível com o realismo crítico. No presente artigo, além destas concepções, também se faz uso daquela formulada por Scott, que recusa a separação entre experiência e linguagem: os sujeitos são constituídos discursivamente sendo a experiência um evento linguístico, porém jamais confinado a uma ordem fixa de significados. Assim, ao invés de naturalizar a experiência tomam-se as categorias de análise como contextuais, contestáveis e contingentes⁹⁽⁷⁹⁶⁾.

Entre as desigualdades sociais e o cuidado em saúde

Segundo Potvin et al⁴, com base na perspectiva do realismo crítico de Bhaskar, os programas se situam no domínio dos eventos, dos acontecimentos e, por conseguinte, da ação (domínio do atual) e expressam situações problemáticas. Ao localizar os programas nesse domínio, as autoras destacam três implicações no que concerne à avaliação em saúde: *i*) a definição do que se constitui um programa; *ii*) a importância de explorar os mecanismos ativados na resolução de um problema e *iii*) a relevância da avaliação identificar os mecanismos concretos. É fundamental compreender os programas para além de seu caráter prescritivo e normativo. Um programa é um “objeto em transformação”⁴⁽⁸¹⁾ constituído por uma “matriz de inter-relações”: todos os sujeitos implicados têm a capacidade de exercer poderes causais que podem acionar mecanismos que (re)estruturam relações entre os componentes dos programas.

Torna-se necessário no âmbito dos programas em saúde apreender os “processos por meio dos quais os eventos se transformam”. Mais do que conhecer as causas e determinantes de um problema em saúde, cabe explorar como se produz, se reproduz e se transforma um problema ou “quais mecanismos e ações se desenvolvem para que se chegue a um evento problemático”⁴. A terceira implicação é de ordem metodológica, pois a identificação dos mecanismos concretos não se reduz às percepções que deles têm os sujeitos envolvidos. Como acrescentam: “a teoria torna-se um interessante instrumento de avaliação”⁴⁽⁸³⁾.

Para responder à pergunta o que “são os programas sociais” é importante conhecê-los a partir de múltiplas teorias. Como formulado por Weiss⁶⁽⁴⁸⁾, os programas sociais são empreendimentos complexos que envolvem um vasto conjunto de pessoas, estilos e procedimentos o que os torna pouco específico e difícil de descrever o que realmente são. Weiss acrescenta⁶⁽⁴⁶⁾: “como é esperado que o programa traga mudanças?”.

No caso do PBF e da ESF quais as mudanças pretendidas? Weiss⁶⁽⁵⁵⁾ recomenda que se dedique ao amplo conhecimento dos programas e de seus objetivos – não no sentido de investigar se foram ou não cumpridos e de que maneira – e acrescenta que muitos programas têm múltiplos objetivos. Em meio à sua complexidade e múltiplos alcances, os gestores e funcionários têm oportunidade para selecionar a parte do programa na qual desejam se concentrar o que torna relevante identificar quais desses objetivos lhes são reais.

No caso dos programas selecionados, ESF e PBF, são iniciativas complexas com objetivos, contextos históricos e sistemas distintos (SUS e SUAS), que se articulam em aspectos específicos. Uma década de acontecimentos marcantes no país separa a criação dos dois programas e traz desafios analíticos. Os programas aglutinam diferentes narrativas sobre o cuidado, a saúde e a pobreza e essa heterogeneidade repercute no processo decisório.

Metodologia

Para o desenvolvimento da pesquisa, aprovada pelos Comitês de Ética da ENSP e da Secretaria de Saúde/PMRJ (CAAE 88749418.4.0000.5240), foi privilegiado o estudo de caso, no qual se pretendeu chegar a uma compreensão abrangente sobre a implementação do PBF, a partir de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que atende famílias beneficiárias do Programa. Por razões de sigilo e privacidade, o lugar do estudo de caso e os entrevistados não serão identificados, tal como descrito no Termo de Consentimento. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e, posteriormente, transcritas com recursos do Programa de Programa Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, da Fiocruz. Foram entrevistadas 30 pessoas entre profissionais da ESF, da educação, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e mulheres titulares do PBF, totalizando 32 horas de depoimentos.

O processo de trabalho se dividiu em três etapas, como sugerido por Minayo et al¹¹: 1) exploratória (em 2016 e 2017); 2) trabalho de campo (entre agosto de 2018 e março de 2019) e 3) análise e tratamento do material empírico e documental. A escolha do estudo de caso se fundamenta tanto pelo propósito, quanto pela estratégia de pesquisa. Becker chama atenção que em geral há um duplo propósito: uma compreensão abrangente e o desenvolvimento de declarações teóricas sobre regularidades do processo e estruturas sociais¹²⁽¹¹⁸⁾. A compreensão abrangente se fez necessária dada a diversidade de condições sociais em que se encontram os beneficiários do PBF e da ESF, no país, o que por sua vez circunscreve especificidades.

O desenho metodológico privilegiou a *análise* e a *interpretação* dos dados qualitativos. Os dois momentos são conceitualmente distintos, mas estão imbricados, como indicados por Patton¹³⁽¹⁴⁴⁾: a análise refere-se ao processo de reunir os dados, organizá-los em padrões, categorias e unidades descritivas. Já a interpretação diz respeito à atribuição de significados e significância à análise, explicando os padrões descritivos e sistematizando o padrão das relações e conexões entre as dimensões descritivas. Utilizou como recurso a *análise de conteúdo*¹³, isto é, a montagem de um sistema classificatório com base em temas e categorias. Fez uso da análise indutiva (temas e categorias de análise que emergem dos dados coletados), de categorias nativas (tal como utilizada pelos participantes) e de tipologias construídas no processo de pesquisa (criadas pelo pesquisador).

Tendo em vista que o referencial utiliza as categorias propostas por Bhaskar, foi utilizada a tipologia da ontologia estratificada ao analisar as entrevistas. Sayer¹⁴, que compartilha desta concepção, assim define-a: o real é o que quer que exista (natural ou social) incluindo-se aí os objetos, suas estruturas e poderes. O atual (ou factual) refere-se, ao que acontece (se e quando estes poderes são ativados) e o empírico diz respeito ao domínio da experiência e pode ser acessado pela observação direta. Sobre o domínio do factual, Hamlin acrescenta: “o que ocorre na realidade não é necessariamente percebido da forma como ocorre e, contrariamente ao que acreditam os empiricistas, ‘ser’ não é ‘ser percebido’: algo pode existir sem que seja diretamente percebido, apenas inferido a partir dos efeitos que gera”⁸⁽⁵⁵⁾.

Resultados

Apesar das mudanças que foram sendo implementadas ao longo do tempo, tanto em termos de gestão quanto na dinâmica das atividades das equipes de trabalho, as percepções sobre a ESF são semelhantes entre os profissionais de saúde, especialmente no que se refere à importância do serviço num território cuja escassez é recorrente e onde a Clínica e seus profissionais representam um acesso a cuidados que via de regra estão para além da saúde. A ESF estimula diferentes mecanismos gerativos da produção de cuidado no âmbito da Atenção Primária em Saúde (controle de diabetes, hipertensão, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento do pré-natal e pós-parto). Ao mesmo tempo, há a avaliação de que existe um número insuficiente de profissionais, por Equipe de Saúde da Família (EqSF), e que as violências no território são fatores que dificultam o acesso à Clínica e a implementação da ESF. A ausência de profissionais nas equipes, sobretudo médicos, – não prevista na teoria

do programa – é recorrente e afeta a rotina de trabalho. Um dos profissionais da Clínica relata sua experiência e outro fala do impacto desta ausência:

A partir de março de 2016 eu fiquei sozinho. Em janeiro de 2017 eu trabalhei com uma médica (...) um mês e meio e depois saiu. E depois eu voltei a ficar mais um período de quase seis meses sozinho de novo. E aí entrou mais uma médica que ficou três meses, depois eu fiquei mais três meses sozinho; depois um outro médico mais três meses, e depois sozinho de novo. Até que eu cheguei agora nesse ponto. Estou trabalhando desde maio, mas pra ser mais preciso, desde o início de junho com a médica da equipe atual, que é a médica de família (...) (E05).

- [É] Horrível. [ficar sem médico.] Porque primeiro, por mais que eu tente reforçar com os ACS, com os agentes comunitários que ficam no acolhimento, que tem coisas que não tem como eu atender, encaminhamento, eu não posso fazer, que antibiótico eu não posso prescrever, enfim. Tem algumas coisas que eles vão colocar barreira porque eles não se sentem, não é responsabilidade deles mesmo mandar embora. Só que a partir do momento que a pessoa entra no seu consultório, ela espera que você dê conta das demandas dela. (...)o que eu tenho que fazer geralmente que é levantar, ir no consultório de alguém, esperar esse alguém terminar a consulta dele, conversar com ele sobre o caso, convencer que a pessoa precisa de alguma demanda médica atendida, esperar que a pessoa ou levante ou fale para mim o que tem que fazer. Aí eu volto, faço o que tem que fazer, levo para a pessoa carimbar e entrego(...). (E09)

Ainda que a ESF opere com uma concepção ampla e multidisciplinar do cuidado, a medicina adquire centralidade para a implementação da política. Contudo, a prática médica ganha contornos bem definidos dada a formação em medicina de família, ainda que diferentes grupos convivam no âmbito desta especialidade e em torno de uma epistemologia própria, como analisado por Bonet. É possível afirmar que “a capacidade de sentir a vida de uma comunidade”¹⁵⁽⁶⁷⁾, que distinguiria a experiência dos médicos de família, se distribui diferenciadamente entre os profissionais da ESF e retorna para a prática (na) clínica entrelaçada aos valores de cada membro das equipes o que é mais contundente no caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Reconhece-se certa regularidade nos depoimentos sobre o que é a ESF e como vem se transformando: a complexidade da intervenção; os poderes causais da EqSF; os múltiplos objetivos a serem alcançados e a “seleção” do que é exequível; os elementos contingentes não previstos na teoria; os limites do cuidado para os “casos complexos”; a dificuldade de ações intersetoriais; a necessidade do cumprimento de indicadores e a instabilidade das relações de trabalho. No caso do PBF, há uma maior multiplicidade de percepções e experiências, tanto sobre o significado do Programa quanto sobre sua implementação, especialmente, no que se refere às condicionalidades de saúde podendo, até mesmo, ser afirmado que se trata de um tema controverso.

No contexto estudado, a escassez de serviços prestados pelo poder público e a condição de vulnerabilidade em que se encontra grande parte da população permitem afirmar que o cuidado à saúde foi paulatinamente disseminado pelas EqSF: pelo acesso dos moradores aos consultórios na Clínica, pelas visitas domiciliares (VD) realizadas ou ainda pela melhoria dos indicadores epidemiológicos.

A rotina do acompanhamento das condicionalidades do PBF foi incorporada à Clínica a partir de 2012 pois, quando inaugurada, não havia identificação precisa dos usuários beneficiários do PBF. Dado que grande parte da população apresenta condições precárias de moradia e renda, os beneficiários do PBF não se destacam de maneira expressiva entre os usuários da Clínica de modo a estimular ações específicas para além das condicionalidades. Como o cuidado à saúde é visto pelos profissionais, que participaram da pesquisa, para além dos cuidados biomédicos, o alcance da ESF abrange direta ou indiretamente os beneficiários do PBF, ainda que ações específicas para o registro do cumprimento das condicionalidades sejam implementadas. O modelo biomédico convive com outras práticas de cuidado ainda que prevaleça, por parte dos usuários, a ideia de cuidado muitas vezes dissociada da prevenção o que requer um investimento em mudanças de perspectivas sobre esse cuidado. Dado o campo normativo e prescritivo em que as ações de saúde se inserem, as condições sociais dos usuários (beneficiários ou não) impõem outras práticas, no sentido de garantir acesso aos direitos sociais. Os limites do cuidado em saúde são dados não só pela atenção primária *per se*, mas também pelo reconhecimento que esse cuidado não se esgota no acesso aos serviços de saúde.

A atenção voltada para as “famílias pobres e extremamente pobres”, em sua diversidade de configurações, é um aspecto em comum entre os dois Programas. A preocupação em assegurar aos mais pobres uma renda mínima independente de seus proventos não é uma novidade para alguns países europeus. Entre outros, Polanyi¹⁶ analisou, na Inglaterra, a “*Speenhamland Law*” (1795) que, por intermédio de um sistema de abonos subsidiado através de fundos públicos, assegurava ao pobre uma renda mínima independente dos seus proventos. Para Foucault¹⁷⁽¹⁰³⁾, a Lei dos Pobres introduziu um importante fator na história da medicina social, qual seja a ideia de uma assistência fiscalizada.

O ACS são acionados e acionam as condicionalidades em saúde do PBF. Para ser um ACS, é necessário residir no território o que, a princípio, significa conhecer bem sua geografia e população. Em casos como no do RJ, a circulação pelo território só se viabiliza se acompanhada por um ACS. Cabe ao ACS (se desejável) ficar responsável pelas VDs das famílias da área em que reside o que lhes permite uma maior circulação. As visitas constituem

um mecanismo central na ESF pois viabiliza que o cuidado à saúde seja realizado “extra-muros”. Esse é um mecanismo social que permite alcançar aqueles que não vão à Clínica por motivos diversos, como também aqueles que intencionalmente não desejam receber a visita. Por outro lado, as VDs também permitem “mapear” o território uma vez que se identificam os espaços onde vivem famílias mais vulneráveis e, assim, fornecem elementos para planejar e monitorar ações. A VD também é percebida como um momento para melhor conhecer as condições em que vivem as famílias o que, muitas vezes, não se apresenta em uma consulta. As dinâmicas familiares e as condições de moradia são assim problematizadas e a cada visita se torna possível criar e consolidar vínculos entre usuários do serviço e os profissionais.

As relações de vizinhança podem adquirir outros significados se um ACS conhece e visita as famílias com quem convive e o cuidado em saúde pode ser interpretado como controle e até mesmo falta de privacidade. Há ACS que reconhecem que esta intimidade não lhes agrada ou que acabam ficando disponíveis 24 horas. Em resumo, a VD no território estudado é um mecanismo que tanto acessa o “cuidado” quanto também o “controle” sobre as famílias. No caso das famílias beneficiárias, o binômio cuidado/controle ou “controle sobre o cuidado” traz essa dupla característica o que reforça algumas recusas.

O termo “visita domiciliar” é revelador pois uma visita pressupõe um convite e, neste caso, há um acordo tácito que um “convite” pode ser acionado a qualquer momento pela EqSF. O convite está implícito na ESF sobretudo em território onde o Estado não “chega”. A VD, sob esse aspecto, guia o duplo sentido: tanto o de consentimento (ao convite subentendido na relação), quanto o de recusa (uma vez que não houve de fato um convite). A VD permite que o sentido do cuidado se faça no dia a dia: é o domicílio do idoso acamado que vive sozinho; é a casa que foi construída no “puxadinho do puxadinho” e cujo único acesso é um parapeito do qual o ACS já caiu; é o cômodo do esquizofrênico que vive no andar abaixo da residência familiar e através da janela, com grades, estabelece algum contato externo e recebe comida e água. Outras situações enfrentadas revelam o drama de um diabético em cadeiras de rodas que, em litígio com o irmão, vive sozinho num cômodo, em cima da cama, sem banho e cercado por lixo o que leva os vizinhos a acionarem a EqSF. A ESF também se faz presente no caso da paciente que dorme sobre um colchão na “sala” pois teve sífilis, é soro positivo, está imobilizada por um “derrame” e vive com a filha pequena e alguns membros da família.

Os ACS também passaram a ter controle sobre a segurança no trajeto das casas até a Clínica. Devido à insegurança no território, a EqSF passou a adotar o “Acesso Seguro” (uma rede de comunicação oficializada entre os ACS e incorporada à rotina de trabalho que orienta

a abertura ou não da Clínica e a circulação pelas micro áreas do território em função dos confrontos armados). Em outras palavras, não é possível (pelo acesso nem sempre fácil) e recomendável (pelo comércio ilícito) transitar pelo território sem a presença do ACS.

As controvérsias sobre o PBF podem ser melhor entendidas se levado em consideração que os ACS são moradores de um território cujas trajetórias de vida se assemelham as dos beneficiários. Fazem parte de famílias que se instalaram décadas atrás ou num período mais recente vindos de outros bairros, favelas ou estados; filhos dessas famílias que foram criados e constituíram outras famílias no mesmo local que os pais, estudaram e viram na Clínica uma oportunidade de trabalho, mesmo sem ter clareza do tipo de serviço, o que era a ESF ou ser um ACS. Somam-se à experiência no território, o acompanhamento dos modos de viver dos beneficiários que não necessariamente usam o recurso exclusivamente para alimentação. Nem todos os beneficiários são julgados como aqueles que realmente necessitam do recurso: isso se passa tanto porque nas próprias famílias dos ACS há casos de pessoas que necessitam e não recebem (e vice-versa), como também daquelas famílias, que em VD ou na Clínica, sabe-se que não recebem o benefício, mas julga-se que é necessário. Ainda que sabedores do alcance errático do PBF, foi uma regularidade identificar que o benefício “ajuda a quem precisa” e mesmo que atenda famílias que “não precisam”, o benefício deve permanecer porque seu valor é reconhecido como muito baixo. É facultado ao Programa (especialmente à Assistência Social) a pouca “fiscalização” sobre as famílias para evitar o uso indevido do benefício ou seu acesso para famílias que não vivem em condições de pobreza e extrema pobreza:

As pessoas vêm aqui obrigadas. Você tem que ver como é que é. É porque você não tá aqui todo dia. Você tem que ver como é que é. Tem pessoas que vem, vem pesar e medir. Mas não é isso que a gente quer. A gente quer que ela frequente a Clínica, que ela entre no consultório, que ela passe por uma consulta, que ela fale dos problemas dela. Se for o caso a gente encaminha para um psicólogo. Pra saber se a criança está sendo nutrida ou não. O que que ela faz com o dinheiro. Isso a gente quer saber. (E06)

(...) Mas não é dizer que eu sou contra o Bolsa Família, eu sou contra a política de, parece que você está dando esmola, mas você não dá condições de sair daquilo. Tem que ter condições de sair daquilo (...) Então acabou que está sendo uma moeda de troca muito falha (E08)

Eu acho que o programa Bolsa Família já é o oposto da saúde da família. O programa Bolsa Família é você largar um pouco de dinheiro na mão da pessoa lá e não tem fiscalização do que a pessoa vai fazer com aquele dinheiro, que também não é um dinheiro que não dá para nada. (...) A minha visão é essa. Eu politicamente falando, eu tenho uma ideia ao contrário disso porque você vê os políticos recebendo também vários tipos de bolsa de dinheiro público, com vários tipos de nome e o povo não pode ganhar cento e poucos reais? (E13)

Os demais profissionais entrevistados revelam o desenvolvimento de uma “sensibilidade” para o trabalho em saúde voltado à populações vulneráveis. Esses profissionais não necessariamente conheciam o território e para alguns ir trabalhar em uma região reconhecida como perigosa foi uma surpresa, mas também um aprendizado que lhes vinculou à Clínica. Se, entre os ACS entrevistados, o PBF pode causar “horror” e a sensação de “babás” dos beneficiários, para os demais a experiência de atender os beneficiários é avaliada positivamente, como a seguir:

Eu já tive muito preconceito com ele, já tive muitas coisas em relação a ele, me chateava muito... no início, então, que eu não entendia tão bem... e aí agora tento melhorar esses meus pensamentos sobre ele, porque eu achava assim “gente, como pode? A pessoa ganha o Bolsa Família e não vem aqui. Ela não trabalha, ela tem que vir aqui. Aí eu comecei a aprender que não, ela pode trabalhar e ter Bolsa Família, porque dependendo da renda dividido para o tanto de gente, dá pra ter as duas coisas. (...) (E04).

Se há dissensos, entre os profissionais da Clínica, sobre os efeitos do Programa sobre a redução de desigualdades e os limites das ações de acompanhamento para mudanças nos padrões de cuidado em saúde, entre os beneficiários entrevistados majoritariamente há o reconhecimento de que o benefício “ajuda”, ainda que não seja suficiente. É sobre estes que os mecanismos gerativos de reprodução das desigualdades são os mais sentidos e identificáveis nas trajetórias e experiência de vida. Esses mecanismos gerativos de reprodução operam a partir das dinâmicas de gênero (“os beneficiários” representam uma população quase que exclusivamente feminina), de raça e de classe; do colonialismo (entendido aqui a partir da teoria decolonial¹⁸) e do próprio capitalismo¹⁹, se é que é possível separá-las. As titulares do benefício entrevistadas expressam a experiência de viver em território onde a violência contribui para o isolamento e as oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal são raras, cabendo ao cuidado com a família um dos principais projetos de vida. Grande parte reconhece a importância do benefício: porque complementa a renda da família ou porque é a única fonte de renda regular. O cuidado à saúde se materializa no cotidiano da Clínica e não só no cumprimento das condicionalidades.

Considerações Finais

Ao adotar o realismo crítico, conclui-se que os cuidados em saúde, oferecidos no âmbito das condicionalidades, são reconhecidos como limitados, uma vez que as famílias – em suas

multiplicidades de configurações – inserem-se em contextos sociais de relações vulnerabilizadas. Nesse contexto, apresentam condições de saúde decorrentes desta situação: moradia precária e sem saneamento; baixa escolaridade; renda inexistente ou insuficiente; sobrecarga das mulheres, em geral jovens e negras; manutenção dos ciclos intergeracionais de pobreza. Apesar do dissenso sobre o alcance do benefício para as famílias, reconhece-se a necessidade da transferência de renda como um mecanismo social necessário para a melhoria das condições de vida, uma vez que viabiliza o acesso a serviços (educação, saúde e assistência) e mercadorias. A clínica e a ESF são percebidas como um recurso fundamental dado que o benefício é visto como de pequeno valor, mesmo entre os mais pobres, o que reforça a idéia da “ajuda”.

Conclui-se que os três domínios da realidade estratificada contribuem para compreender o alcance dos programas: as experiências em conceber o que é a saúde de maneira não dissociada entre o biológico e o social; os programas que geram ações e mudanças, tais como o PBF e a ESF, e as estruturas invisíveis e em constante movimento que incidem sobre a permanência e o aumento das desigualdades, especialmente junto a determinados grupos sociais.

Cada autora: 1) contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecemos a Frédéric Vandenberghe (Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro) pela leitura e comentários à versão original.

Referências

1. Bhaskar R. Philosophy and scientific realism. In: *Critical realism: essential readings*. first ed. London; New York: Routledge; 1998. p. 16–47.
2. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(Sup.): 1819–29.
3. Vandenberghe F. What’s critical about critical realism? *Essays in reconstructive social theory*. London; New York: Routledge; 2014.
4. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. 3ª. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
5. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London; Thousand Oaks, Calif: Sage; 1997.
6. Weiss CH. Understanding the program. In: *Evaluation*. second. EUA: Prentice Hall; 1998.
7. Gorski P. Social “mechanisms” and comparative-historical sociology: a critical realist proposal. In: *Frontiers of Sociology (Annals of the International Institute of Sociology: II)*. Netherlands: Brill NV; 2009.
8. Hamlin CL. Realismo crítico. In: *Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas*. São Paulo: Annablume; 2017. p. 48–74.
9. Scott JW. The evidence of experience. *Evid Exp.*, 1991, Summer; 17(The University Chicago Press):773–97.
10. Vandenberghe F. The normative foundations of critical realism. A comment on Dave Elder-Vass and Leigh Price. *Journal of Critical Realism*, 2019, 18:3, 319-336,
11. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
12. Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
13. Patton MQ. Chapter 6 - Analysing and interpreting qualitative data. In: *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1987. p. 144-164.
14. Sayer A. Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. *Estud Sociol Rev Programa Pós-grad em Sociologia, UFPE*. 2014; 6: 7–32.
15. Bonet O. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro, RJ: 7 Letras; 2014.
16. Polanyi K. *A grande transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro, RJ: Campus; 1980.

17. Foucault M. Historia de la medicalización. In: La vida de los hombres infames. La Plata: Ediciones Altamira; 1996. p. 85–105.
18. Miglhevich-Ribeiro A. Pós-colonialismo. In: Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas. São Paulo, SP: Annablume; 2017. p. 449–74.
19. Federici S. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo, SP: Elefante; 2017.

4.3. ARTIGO 3 FORMATADO - O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DINÂMICA DO CUIDADO NUMA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO REALISTA

RESUMO

O campo da avaliação de programas sociais incorporou aspectos do realismo crítico e, entre os principais, encontra-se a realização de pesquisas que partem do reconhecimento das bases teóricas nas quais se fundamentam. Entre estas bases teóricas, a avaliação realista se destaca pela ênfase na profundidade ontológica das explicações acerca do fenômeno que constitui o objeto da avaliação, ao mesmo tempo que reconhece que os eventos sociais se entrelaçam às várias camadas da realidade. Nesta perspectiva, a avaliação é vista com um “teste” da teoria do programa, motivo pelo qual é necessário pesquisar sua implementação e identificar as configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR). Os programas de transferência de renda são reconhecidos como intervenções complexas e constituem um dos principais mecanismos de combate à pobreza. Apresentam especificidades e controvérsias, dependentes dos contextos em que são implementados o que coloca em xeque a capacidade de atingir os objetivos pretendidos. Com base na avaliação realista, o artigo apresenta os resultados do estudo de caso sobre os efeitos das condicionalidades de saúde junto a beneficiários do Programa Bolsa Família, atendidos pela Estratégia Saúde da Família, em uma das maiores favelas do município do Rio de Janeiro. Os resultados da pesquisa corroboram as conclusões de estudos e avaliações realizadas, nacional e internacionalmente, no sentido de valorizar a importância da transferência de renda associada aos mecanismos de proteção social. Contudo, o contexto político-econômico de austeridade, privatização e mercantilização das políticas sociais brasileiras pode neutralizar os resultados pretendidos pela transferência de renda condicionada.

Palavras-chave: realismo crítico; avaliação baseada na teoria; pobreza e desigualdades sociais em saúde; políticas de transferência de renda.

ABSTRACT

Social program evaluation has incorporated aspects of critical realism. One of them is the research that starts from the recognition of the theoretical bases on which they are based. Among these theoretical bases, the realistic approach stands out for its emphasis on the ontological depth of explanations about the phenomenon that constitutes the object of evaluation, while recognizing that social events intertwine with the various layers of reality. In this perspective, evaluation is viewed as a "test" of program theory, which is why it is necessary to research the implementation process and identify Context-Mechanism-Outcome (CMO) configurations. Cash transfer programs are recognized as complex interventions and constitute one of the main mechanisms for combating poverty. They present specificities and controversies, depending on the contexts in which they are implemented, which puts in question the ability to achieve the intended objectives. Based on the realistic assessment, the article presents the results of the case study on the effects of health conditionalities on beneficiaries of the Bolsa Família Program, assisted by the Family Health Strategy, in one of the largest slums in Rio de Janeiro. The results of the research corroborate the conclusions of studies and evaluations carried out, nationally and internationally, in order to value the importance of income transfer associated with social protection mechanisms. However, the political-economic context of austerity, privatization and commodification of Brazilian social policies may neutralize the results intended by the conditional cash transfer.

Keywords: critical realism; theory driven evaluation; poverty and inequalities in health; cash transfer.

1. INTRODUÇÃO

A América Latina e o Caribe permanecem como regiões marcadas pela desigualdade social o que coloca em evidência os efeitos estruturais e duradores da pobreza. Apesar da constatação de que, a partir da década de 2000, houve avanços oriundos das políticas de fortalecimento do mercado de trabalho e da rede de proteção social (através das aposentadorias e pensões, transferências monetárias às famílias pobres e extremamente pobres), o cenário recente apresenta retrocessos. Desde 2015, observa-se que a desigualdade de renda entre os domicílios e pessoas voltou a crescer no território.

O Panorama Social da América Latina informa que houve uma queda do índice de Gini (indicador sintético que mede a desigualdade de renda) na região: de 0,54, em 2002, para 0,46 em 2017, mas o ritmo de redução se desacelerou nos anos recentes (NU. CEPAL, 2018, p. 11). Dito de outro modo, em 2002, 226 milhões de pessoas viviam em situação de pobreza e 57 milhões em situação de extrema pobreza. Os números foram decrescendo de 2002 até 2014 e voltaram a subir no que se refere à pobreza extrema: em 2018, 63 milhões de pessoas se encontravam nesta situação (CEPAL, 2018, p. 15).

Apesar da enorme diversidade entre os países da América Latina e Caribe, é possível perceber uma matriz de desigualdade socioeconômica na região e o Brasil se destaca como um caso emblemático. Entre os países comparados no estudo da CEPAL, em 2002, o Brasil apresentava o índice de Gini 0,57, em 2017 o valor era 0,54. Para o período analisado, o Brasil apresentava o índice de Gini superior (7 p.p.) ao da média da América Latina e um decréscimo também inferior (3 p.p.).

Conforme destacado por Arretche (2018d), há controvérsias se a desigualdade de renda caiu ou permaneceu estável no Brasil durante os últimos 30 anos. Segundo Neri (2019), o período de 2001 a 2014, é considerado histórico, na sociedade brasileira, para a redução das desigualdades, se analisada a renda familiar per capita do trabalho. Superado o pico histórico da desigualdade de renda de 1989 (ARRETCHÉ, 2018a; NERI, 2019) ou observada a redução da concentração de renda no topo da distribuição, no final dos anos 1980 e 1990 (SOUZA, 2016), o país passou por momentos marcantes. Entre os mais importantes, destacam-se a redemocratização política após a ditadura civil-militar, o pacto em torno de uma nova Constituição Federal (1988) e a garantia da Seguridade Social (art. 194 da CF, 1988), na qual a Assistência Social equipara-se à saúde e à previdência, e se institui as bases de uma política de proteção social não contributiva vinculada a um salário mínimo integral.

O reconhecimento do direito à saúde e a constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) inspiraram outros modelos, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e lançaram desafios para as políticas governamentais, como um todo no que diz respeito às desigualdades socioeconômicas e a redução da pobreza e extrema pobreza. Contudo, sem que necessariamente reduzisse a concentração de renda no topo da distribuição (SOUZA, 2016). Nesse contexto, diversas iniciativas foram colocadas em prática, tais como o Programa Bolsa Família (Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, promulgada depois da Medida Provisória nº 132, de outubro de 2003) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648 de 28 de março de 2006).

No entanto, ainda que múltiplos mecanismos possam ter contribuído para a redução das desigualdades sociais e da pobreza, o Brasil se apresenta como um dos países com maior concentração de renda, conforme Souza (2016) e dados da Pesquisa Desigualdade Mundial 2018 e do Relatório sobre Desigualdades no Mundo 2018 (ALVAREDO et al., 2018). No Brasil, 1% dos mais ricos da população concentram 27,8% de toda a riqueza nacional o que por sua vez revela a diversidade de perfis sociais (trata-se de um grupo heterogêneo) e o resultado da estratificação construída ao longo de uma trajetória econômica que pode ser analisada sobre diferentes aspectos (ARRETICHE, 2018b; GEORGES, 2017; MALTA; GANEM, 2011; SOUZA, 2016; NU. CEPAL, 2018; ROCHA, 2003). Por outro lado, o cenário de redução das desigualdades sociais, da pobreza e das vulnerabilidades, a partir de 2014, revela a reversão das expectativas (NERI, 2019).

Arretiche lança a pergunta sobre a permanência ou queda da desigualdade no período democrático contemporâneo, e responde que depende do conceito de desigualdade e da métrica adotada para sua medição (2018, p. 4). Sob esse aspecto, a desigualdade econômica (monetária e não monetária) diminuiu e, como demonstrado pela autora, a concentração de riqueza no mesmo período é compatível com a desigualdade de renda (ARRETICHE, 2018d; ARRETICHE, 2018b). Assim, o Brasil, considerado um país de rendimento médio-alto, apresenta diferenças internas marcantes que se entrelaçam ao desenho e à implementação de políticas de proteção social.

A partir destas considerações sobre o contexto controverso e desafiante brasileiro, este artigo buscará, com base na *démarche* da avaliação realista (PAWSON; TILLEY, 1997), examinar os alcances, limites e efeitos da redução da pobreza e das desigualdades sociais em saúde. Tomara como análise a implementação do programa de transferência condicionada de renda Bolsa Família, no que se refere ao cumprimento das condicionalidades de saúde, no

âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com esta finalidade foi realizado um estudo de caso, no período de 2018 a 2019, em uma Unidade Básica de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, e foram examinadas as configurações Contexto-Mecanismos-Resultado (CMR).

Tendo em vista a importância que o referencial teórico assume no realismo crítico e na avaliação realista, a primeira parte do artigo dedicou-se à apresentação das principais premissas teóricas que apoiam o estudo das configurações Contexto-Mecanismo-Resultado, e a análise da implementação dos programas e intervenções públicas. A escolha teórico-metodológica dialoga com o realismo crítico e, portanto, compartilha a visão de uma ontologia estratificada da realidade. Ou seja, a realidade é multinível (e articula o domínio do real, do atual e do empírico), não é transparente e tem poderes e mecanismos não observáveis, mas experimentados indiretamente pela capacidade de fazer as coisas acontecerem no mundo. No domínio do real localizam-se os mecanismos (visíveis e invisíveis) em interação com os eventos que, por sua vez, encontram-se no domínio do atual que se conecta ao domínio do empírico ou das experiências. Ainda nesta primeira parte, demonstram-se como foram concebidos o trabalho de campo e os principais eixos, conceitos e categorias que estruturam a análise e a sistematização de dados.

A segunda parte volta-se para a análise do material empírico, partindo da descrição do estudo de caso e de alguns dos principais componentes que levam a compreender as configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR) em sua relação com o Programa Bolsa Família, e o cumprimento das condicionalidades de saúde. Por fim, a partir da interpretação e reconstrução das configurações CMR, o artigo busca responder as questões avaliativas que orientaram a pesquisa.

Assim, se na concepção da avaliação realista a avaliação é um “teste” da teoria do programa, pretendeu-se examinar em que medida a teoria do programa Bolsa Família (no âmbito das condicionalidades de saúde), confrontada com a implementação, em um contexto concreto e específico, alcança os efeitos pretendidos, de que maneira e para quais grupos sociais. Com isso, se pretende contribuir para o debate sobre pobreza, desigualdades e vulnerabilidades em saúde, no cenário contemporâneo, de forma articulada à análise das narrativas oriundas da pesquisa e em diálogo com os estudos sobre as políticas de proteção social.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

É possível conhecer a realidade e a partir deste conhecimento implementar mudanças, por intermédio de políticas públicas, visando a redução da pobreza e das desigualdades socioeconômicas? O realismo crítico contribui para esta problematização. O realismo crítico não é uma abordagem ou movimento homogêneo nas ciências sociais e na filosofia da ciência, mas coexistem diferentes perspectivas, como destacado por vários autores. Ainda assim, oferece uma ontologia que torna possível conceituar a realidade motivo pelo qual sustenta a possibilidade de teorização sobre esta realidade, a qual guia os trabalhos empíricos nas ciências sociais e humanas (CLARK, 2008). Dito de outro modo por Danermark e coautores (2001), o realismo crítico questiona se realidade pode ser reduzida ao observável e opera com a distinção entre o mundo real e o conceitual, isto é, entre as descrições que se faz do mundo e realidade de fato. Por este motivo, a relação entre o mundo real e os conceitos que se forma a seu respeito é o foco do processo de pesquisa (DANERMARK et al., 2001).

As abordagens em avaliação partem de diferentes questões e o foco da avaliação pode apresentar propósitos distintos (PATTON, 2008). Na pesquisa que resultou no presente artigo, fez-se uso da “avaliação baseada na teoria do programa” (CHEN; ROSSI, 1989; CHEN, 1990) e da “avaliação realista” (PAWSON; TILLEY, 1997). Embora distintas, isso não significa que as abordagens em avaliação sejam adotadas de maneira exclusiva ou excludentes, como é o caso da avaliação realista cujos autores incorporam a teoria do programa em sua fundamentação.

Como enfatizado por Pawson (2003), a avaliação busca descobrir se os programas funcionam e se os programas são teorias, portanto, as avaliações são um teste da teoria. Contudo, os programas, em suas teorias, trazem concepções sobre a realidade, sobre como acessá-la e gerar conhecimento. Portanto, voltamos a pergunta inicial, porém a partir do reconhecimento de que as teorias informam sobre a realidade ou sobre seu “enquadramento” (SAYER, 1992). As teorias são inerentes aos processos de produção de conhecimento científico e são usadas de diferentes maneiras. Nas ciências sociais, distintas tradições teóricas se integram ao processo de pesquisa e dependendo do propósito, o objetivo da pesquisa pode ser “testar” a teoria; “elucidar” a teoria; “interpretar” o material empírico à luz da teoria ou até mesmo “desenvolver” conceitos teóricos a partir desse material (DANERMARK et al., 2001).

No caso da avaliação realista, o “teste” do programa deve ser entendido como uma prática oriunda da pesquisa empírica. As concepções sobre uma dada realidade estão

subsumidas nos textos normativos, contextos históricos, práticas sociais e conceitos (abstratos). Portanto, não se trata de uma verdade a ser descoberta ou de uma hipótese de pesquisa a ser confrontada com dados ou conexões estatísticas. Logo, não é esperada uma correspondência direta entre a “realidade” e o “programa”, ou dito de outro modo, o programa não é feito de “realidades”, mas sim de concepções (até mesmo contraditórias) sobre uma dada realidade. Isso também não significa que esta realidade mude segundo os pontos de vistas dos agentes sociais envolvidos, ou que represente um somatório de realidades. Dado que todas as descrições teóricas são falíveis, no realismo crítico as teorias e os conceitos teóricos são desenvolvidos em relação às experiências que obtemos quando fazemos usos dos conceitos para entender a realidade (DANERMARK et al, 2001, p. 116-117). Como sintetizado pelos autores: “as teorias não devem se transformadas em construções arbitrárias, elas devem estar fundamentadas em experiências concretas da realidade” (tradução das autoras, 2001, p. 117). Com isso, torna-se fundamental lidar não somente com as teorias gerais, mas também com as teorias de médio alcance.

É justamente esta a crítica feita por Pawson e Tilley (1997) às teorias no campo da avaliação e que tomam como referência o construcionismo social, e adotam posições mais relativistas em relação aos objetos sociais. Nesse sentido, a abordagem do realismo crítico representa um ponto de inflexão para o campo da avaliação. É possível afirmar que a relação entre teoria, observação empírica e a conceituação do fenômeno adquirem centralidade motivo pelo qual os programas passam a ser objeto de pesquisa, incluindo-se aí a própria definição sobre o que é um programa. Sob esse aspecto, há consenso que determinados programas (como os de transferência de renda) constituem iniciativas complexas, pois são “contexto-dependentes” uma vez que seus impactos são influenciados por múltiplos fatores (BARNES; MATKA; SULLIVAN, 2003; DOUTHWAITE et al., 2017; POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2013; OWUSU-ADDO; RENZABO; SMITH, 2018).

O acúmulo de experiências na avaliação é parte constituinte de teorias de médio alcance, contudo não basta somar as experiências à teoria. Para Pawson e Tilley é necessário aperfeiçoá-las ou refiná-las. Nas palavras dos autores: “*For cumulation occur, we need improvements in theory*” (1997, p. 116). Com base em Sayer (1992), Pawson e Tilley chamam atenção para a distinção entre “generalização quantitativa” e “abstração qualitativa”, e reafirmam a importância de reconhecer que a generalização é basicamente um processo de abstração (1997, p. 119). Para os autores, as teorias são produzidas na forma de “proposições causais gerativas” que relacionam mecanismos, contextos e resultados (1997, p. 122). A essas chamam de

configurações que, por sua vez, operam no nível mais elevado de abstração da pesquisa social. Com isso, enfatizam apoiados na sociologia de Merton (1968), que é possível desenvolver um amplo conjunto de proposições testáveis (no caso as configurações CMR). Sob esse aspecto reside a importância da realização de estudos de caso, pois tornam possível identificar e testar as diferentes configurações, inclusive as mais complexas. Em suma, na perspectiva da avaliação realista, a acumulação não pode tomar a forma de generalizações empíricas, deve sim implicar no desenvolvimento de teorias (1997, p. 134).

Contudo, se as teorias são fundamentais para as ciências sociais como um todo, Danermark e coautores, com base no realismo crítico, chamam atenção para uma diferenciação importante (e os limites) entre a abordagem da teoria que verifica (*“theory-verifying”*, como as teorias de médio alcance) e a que gera grandes teorias ou teorias generalizantes (*“theory-generating”*). Embora não seja possível aprofundar estas diferenças, tendo em vista o escopo do artigo, Danermark e coautores (2001, p. 134-138) lembram o quanto é importante testar as teorias, operacionalizá-las e buscar a precisão por meio do material empírico da pesquisa. Ainda assim, as teorias não devem ser reduzidas às observações concretas dos eventos ou às regularidades quantificáveis. Por outro lado, as teorias gerais (ou *“grand theory”*) são importantes por fornecerem compreensões abrangentes para os processos histórico-sociais de mudanças num nível macro. No entanto, tais teorias esforçam-se em “totalizar o conhecimento das ciências sociais” em um único sistema que torna possível explicar as condições empíricas alcançando diferentes áreas (o que as torna teorias gerais).

Para além das críticas contemporâneas sobre as teorias de grande alcance (presentes, por exemplo, no debate da teoria antropológica, da teoria feminista e da teoria decolonial) importa aqui chamar atenção para um aspecto trazido pelo realismo crítico e fundamental para as teorias em avaliação: as teorias gerais não consideram os contextos e as condições específicas que influenciam casos concretos (DANERMARK et al, 2001, p. 140), motivo pelo qual é necessário separar os diversos aspectos de uma realidade que é complexa e multifacetada. Nesse sentido, os conceitos oferecem profundidade e precisão aos problemas científicos como enfatizado pelos autores (2001, p. 145).

Assim, no processo de formulação de problemas teóricos de amplo alcance, é importante tanto fazer uso de teorias gerais abstratas, como focar sobre objetos empíricos específicos. Sob esse aspecto, a ênfase de Pawson e Tilly sobre as configurações Contexto-Mecanismo-Resultado se apresentam como uma alternativa teórico-metodológica no campo da avaliação. Por fim, como destacado pelos mesmos autores, a partir de Bhaskar (1979), o mundo social é

um sistema aberto, as pessoas criam e recriam seus mundos sociais, são capazes de agir reflexivamente, o que impõe limites à previsibilidade de condições futuras pois elas são criações dos agentes sociais (Pawson; Tilley, 1997, p. 150). Porque o mundo é um sistema social aberto, os contextos não podem ser controlados e as decisões dos agentes sociais são inerentemente instáveis. Os autores reafirmam que o mundo social é um fluxo contínuo no qual a mudança é endêmica, e os contextos para ação são incertos e, portanto, as respostas dos agentes sociais não podem ser mecanicamente previstas.

2.1. Configurações contexto-mecanismo-resultado na avaliação realista

Pawson e Tilley cunharam a expressão “*outcome = mechanism + context*” (1997, p. 57) e chegaram a esta configuração pela preocupação em mostrar “como as coisas mudam”. Apoiaram-se na teoria geral dos sistemas e adotaram o modelo gerativo de causação. Como visto nas seções anteriores, isso implica em uma revisão no modo de organizar o trabalho empírico e pensar sobre as prioridades explicativas. Os programas são vistos como um caso especial de mudança social que ocorre em uma espiral de novas ideias e transformação das condições sociais. Apresentam resultado (*outcome*) somente e na medida em que introduzem novas ideias e oportunidades (*mechanisms*) para grupos em condições sociais e culturais apropriadas.

A expressão CMR adquire significados circunscritos ao modelo da avaliação realista, cabendo observar que a ideia de mecanismos está para além do realismo crítico e da avaliação. Cockerham (2013), por exemplo, sugere uma releitura da tríade, formulada pelo modelo biomédico, “agente/hospedeiro/meio ambiente” e, a partir da teoria sociológica, argumenta que os estilos de vida são um mecanismo fundamental para compreender as experiências de adoecimento. Tilly (1998), em seu estudo sobre as desigualdades duráveis, identifica alguns mecanismos causais: “*Exploração e reserva de oportunidades favorecem a instalação de desigualdades categóricas enquanto que a imitação e a adaptação generalizam sua influência*” (1998). Lavinás (2015) e Arretche (2018) fazem uso da ideia de mecanismo para pensar as políticas de proteção social. A primeira reconhece os programas de transferência de renda como um mecanismo de combate à pobreza. A segunda identifica, na trajetória das políticas de redução das desigualdades, mecanismos de inclusão dos *outsiders*, bem como mecanismos de fusão de vantagens e mecanismos de supersposição de vantagens e desvantagens que operam para excluir ou incluir grupos sociais (2016, p 3-6). Já Ridde e Guichard (2011) e Owusu-addo

e coautores (2019) identificaram uma multiplicidade de mecanismos favoráveis à redução das desigualdades em saúde, com base na avaliação realista utilizada em estudos, respectivamente, na França e em Ghana. Gorski dedicou-se ao estudo do conceito de mecanismos sociais, em uma perspectiva histórica-comparativa na sociologia, e chega a propor uma teoria dos mecanismos causais a partir do realismo crítico. Danermak e coautores (2001) localizam os mecanismos na “dimensão profunda da realidade” e os compreende como produtores de eventos no mundo, motivo pelo qual têm poderes causais de provocar mudanças. Os mecanismos podem ser abstratos ou concretos, observáveis ou não. Ainda assim, um mecanismo é o que causa ou faz alguma coisa no mundo acontecer, motivo pelo qual pode ser de diferentes tipos (2001, p. 55).

Astbury e Leeuw (2010) argumentam que Chen popularizou o termo no início dos anos 1990 e que outros autores, como Weiss (1997), irão se debruçar sobre a “caixa preta” dos programas, e descobrir os mecanismos ou configurações. Contudo, o tratamento detalhado do conceito somente aparece após a publicação do livro de Pawson e Tilley (1997).

Segundo Astbury e Leeuw (2010, p. 366) o que faz a abordagem da avaliação realista se distinguir das demais é porque está fortemente baseada nos princípios da explicação causal que, por sua vez, foi influenciada por autores da filosofia realista da ciência, como Bhaksar (1975) e Harré (1972). No entanto, o potencial uso do termo na avaliação vem sendo obscurecido por desentendimentos sobre seu significado, e pelo foco na lógica linear do modelo do programa. Em concordância com as críticas apresentadas, é importante sublinhar os aspectos destacados pelos autores em relação aos mecanismos (ASTBURY; LEEUW, 2010): i) usualmente estão escondidos (não são visíveis), ii) são sensíveis a variação de contexto e iii) geram os resultados. O primeiro aspecto nos lembra da importância de ir muito além do “domínio do empírico”. O segundo que os mecanismos não podem ser entendidos como leis universais, pois operam juntamente com outros mecanismos em contextos particulares. E o terceiro, que a realidade é estratificada o que nos oferece a possibilidade de entender como os eventos e as regularidades são produzidas nos seus diferentes níveis (real, atual e empírico).

Ademais, a estratégia realista de pesquisa pressupõe que as intervenções funcionam quando os recursos oferecidos condizem com os sujeitos dos programas. E, segundo Pawson (2003), o caminho percorrido do recurso até a concepção refere-se aos mecanismos dos programas. Existe uma cadeia de implementação para os programas que abrange dos formuladores de política aos sujeitos, cadeia esta permeada por negociações. Igualmente, há “empréstimos” de teorias por e para outras iniciativas, assim como há um legado histórico

herdado de reformas anteriores. Portanto, não há como escapar da complexidade (PAWSON, 2003).

Muito além das características geográficas e populacionais, o contexto se refere a um conjunto de regras, normas e valores interrelacionados que estabelecerão, por sua vez, os limites da eficácia dos mecanismos do programa (PAWSON; TILLEY, 1997). Os programas, por outro lado, introduzem novas ideias ou recursos num conjunto de relações sociais, o que reforça a concepção central da avaliação realista de que os mecanismos causais e seus efeitos não são fixos, mas sim contingenciais.

Em suma, a expressão CMR merece ser examinada como um todo: seu sentido se dá pela relação entre os componentes e não isoladamente. Assim, os mecanismos sociais estão relacionados às escolhas pessoais e às capacidades individuais, derivadas do pertencimento a certos grupos sociais, o que implica na dinâmica entre a agência e estrutura. Contudo, para os autores, o mecanismo também está relacionado ao entendimento sobre o quê no programa o faz funcionar. Acrescentam que o mecanismo não é uma variável, mas sim um relato, uma descrição, uma narrativa da composição entre comportamentos e interações daqueles processos que levam a uma certa regularidade.

2.2. O estudo de caso

O projeto (CAAE 88749418.4.0000.5240) foi aprovado pelos Comitês de Ética da ENSP e da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Por motivos de sigilo e privacidade, o lugar e a Unidade Básica de Saúde, onde foi realizado o estudo e os entrevistados não foram identificados. Um profissional da equipe mínima (médico ou enfermeiro) e um agente comunitário de saúde (ACS) de cada equipe foram entrevistados separadamente, em sala reservada, bem como uma beneficiária titular do PBF atendida em cada equipe. Foram realizadas e gravadas 30 entrevistas (com roteiros semi-estuturados), com cerca de uma hora de duração cada. Com recursos pleiteados junto ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde Pública, o áudio foi transcrito e as entrevistas categorizadas com auxílio do software NVIVO versão 9.0.

Yin (1994) alerta que a estratégia de estudo de caso não deve ser confundida com a pesquisa qualitativa uma vez que requer métodos mistos (quantitativos e qualitativos) e nem sempre precisa de observações diretas e detalhadas como fonte de evidência. Chama a atenção para a importância dos estudos de caso em pesquisas avaliativas e destaca alguns aspectos, entre

eles, que estas pesquisas requerem explicações de conexões causais inseridas em contextos complexos, ao mesmo tempo que necessitam de descrições das intervenções realizadas em contextos reais do cotidiano. Yin (2013) se refere aos estudos de caso avaliativos como aqueles que lidam com iniciativas complexas e abrangentes e, também, que intencionam explicar como os resultados foram alcançados (o que implica em adotar explicações causais). Sintetiza que na avaliação, ao fazer uso do estudo de caso, busca-se, acima de tudo, confrontar a viabilidade interna da intervenção (2013, p. 322).

Magalhães (2014) realizou um estudo sobre o processo de implementação do PBF, em Manguinhos (RJ), e fez uso do referencial analítico da avaliação baseada na teoria. Analisou o caso do Bolsa Família e propôs uma Matriz de Avaliação de Programas Multiestratégicos. Na Matriz são valorizadas as relações de interdependência entre as dimensões “validade da teoria” e “avaliação de efeitos e alcances”. O modelo da Matriz (2014, p. 2121) e as questões nela apresentadas foram adaptados para o estudo de caso e ensejaram os roteiros das entrevistas, bem como a sistematização e a análise a partir de três eixos, a seguir apresentados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Validade da Teoria do Programa

Todo programa tem uma história e, no caso da Bolsa Família, esta história emerge do debate público e acadêmico (internacional e nacional) sobre a pobreza vista como um “problema social”. Nas últimas três décadas, a transferência de renda monetária passou a ser adotada como uma das principais estratégias de política antipobreza associada à proteção social (BARRIENTOS et al., 2008; WORLD BANK, 2015). O PBF foi desenhado em um contexto em que quatro diferentes programas federais passaram a transferir uma renda mínima (para famílias pobres e extremamente pobres) vinculada à exigência de frequência escolar e participação em ações de promoção da saúde e ações dirigidas ao combate à fome (Programa Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Acesso à Alimentação). A tônica do combate à fome e a segurança alimentar, entre outros aspectos, impulsionaram a unificação dos quatro programas federais e a criação de um único cadastro para programas sociais do governo federal (CadÚnico).

Uma das ideias centrais na teoria do programa foi, então, a transferência de renda¹⁸ com condicionalidades nas áreas de saúde, educação e assistência social (associada aos “programas complementares”) o que, por um lado, induziria à intersetorialidade entre as ações ministeriais e, por outro, levaria à possível ruptura do ciclo intergeracional de pobreza e à emancipação econômica das famílias.

Ao eleger os setores de educação, saúde e assistência social, em certa medida, a teoria do programa avança e expande os limites do debate que poderia se concentrar apenas na distribuição de renda. Este, aliás, é um debate controverso que ganhou o domínio público a partir da divulgação dos dados do Censo Demográfico de 1970, quando o então presidente do Banco Mundial criticou, durante a ditadura civil-militar, o modelo brasileiro e sua distribuição de renda (LEITE LOPES, 1973; MALTA, 2011). A relevância dessa discussão, segundo Malta, é importante porque significa um “marco da sistematização do debate distributivo no Brasil” (2011, p. 214).

É possível afirmar, que na teoria do programa a transferência de renda opera como um mecanismo gerativo importante para a redução das desigualdades. A comparação de dados demonstra que em 2017, houve uma redução da pobreza em 15% do número de pobres e em 25% do número de extremamente pobres, conforme avaliação dos 15 anos do PBF (SOUZA et al., 2019). Contudo, esse mecanismo parece ser insuficiente para explicar ou interpretar a redução das desigualdades se considerada a renda monetária, e que múltiplos mecanismos são acionados se pensados o acesso à educação, à saúde e à assistência, ainda que sob o formato das condicionalidades. Nesse sentido, as garantias constitucionais (1988) da seguridade social, a proteção social não contributiva e a dupla dimensão da proteção social (serviços e benefícios) podem ser vistos como mecanismos gerativos. Esses mecanismos introduziram, antes mesmo do PBF, mudanças importantes e com resultados positivos sobre as desigualdades sociais que associados à transferência de renda potencializaram os resultados pretendidos. É o que se pode identificar por intermédio do estudo de caso realizado.

¹⁸ O valor do benefício é variável, conforme informado pela atual Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania: “O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios previstos no Programa Bolsa Família. Os tipos e as quantidades de benefícios que cada família recebe dependem da composição (número de pessoas, idades, presença de gestantes etc.) e da renda da família beneficiária”. Podem fazer parte do Programa todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais; famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. No caso da saúde, os responsáveis devem levar as crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas pelas equipes de saúde e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; as gestantes devem fazer o pré-natal e ir às consultas na Unidade de Saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família foi criada como um Programa de Saúde da Família (1994) e se caracterizava “por promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais” (SOUZA, 2002). Implementado em algumas cidades do interior, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/PSF consolidou-se, por intermédio da PNAB. Em 2017, uma nova edição foi concebida e vem sendo colocada em prática (Portaria nº 2436, de 2017), com diversas implicações sobre a política (MELO et al., 2018).

O território em que as ações de condicionalidade da saúde foram estudadas localiza-se em uma das maiores e mais antigas favelas do município do Rio de Janeiro. Situado na zona norte, o processo de ocupação iniciou-se na década de 1920¹⁹ e é aqui denominado como favela porque esta foi a definição prevista pela lei complementar nº 111 de 1/2/2011, que instituiu o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável, do Município do Rio de Janeiro.

Contudo, independente da nomenclatura adotada para fins de registros oficiais, de planejamento urbano e administrativo, “favela” constitui-se em uma categoria presente na literatura de Ciências Sociais e Humanas e no debate acerca dos estudos urbanos. Como destacado por Burgos (2014) a “forma urbana favela” se converteu em uma representação social desde a República Velha, quando se configurou um ideal excludente de cidade e se deslocou o debate de uma perspectiva mais universal da luta pelo direito à cidade. Foi, assim, criada a noção de responsabilização individualizada dos moradores da favela frente à decadência da cidade e de criminalização do favelado (2014, p. 89). O mesmo autor chama atenção para as “vantagens analíticas” para o uso da categoria território. Complementa que (2005, p. 191): “a favelização generalizada não é apenas um fenômeno decorrente da desigualdade, constitui-se ele mesmo em causa importante da reprodução e até do aprofundamento das desigualdades (...)”.

A teoria do programa pressupõe que a transferência de renda monetária associada ao acesso aos serviços básicos de saúde, educação e assistência (especialmente os programas complementares de crédito e trabalho) são fatores decisivos de mudança e ruptura dos ciclos de pobreza intergeracional. O modelo do programa foi concebido para qualquer tipo de cidade ou território (seja rural ou urbana, de pequeno, médio ou grande porte); para famílias que correspondem a um perfil de pobreza, determinado pela renda; pela disponibilidade de acesso aos serviços previstos (saúde, educação, serviço social); pela existência e acesso aos programas

¹⁹Ver registro do estudante de história, que dedicou um blog à história do território, e Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), da Prefeitura do Rio de Janeiro, aplicativo Sistema de Assentamentos de Baixa Renda (SABREN), site do: www.rio.rj.gov.br/web/ipp. Dados disponíveis em 05 de fevereiro de 2018.

complementares, além da rede de proteção social. Pressupõe, ainda, que um conjunto de condições estruturais esteja disponível e distribuído no território como, por exemplo, aqueles ligados: i) à infra-estrutura (saneamento, água potável, coleta de lixo, condições habitacionais, pavimentação, transporte público, iluminação, equipamentos públicos), ii) à segurança pública (ausência ou controle do tráfico de drogas e de armas, livre circulação da população, relações de confiança e de reciprocidade entre os moradores do território) e iii) ao desenvolvimento econômico e social (mercado de trabalho formal com garantias de direitos, formação e absorção de mão de obra, iniciativas de qualificação profissional). Por outro lado, também se faz presente na teoria do programa a disponibilidade de profissionais na quantidade e especialidades previstas, com valores éticos compatíveis ao programa e visão de mundo compartilhada acerca de iniciativas e práticas prescritas. Por último, na teoria do programa as mulheres são as titulares preferenciais haja visto, por um lado, o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres e, por outro, que as mulheres são as responsáveis pelos cuidados e pelo trabalho doméstico não remunerado, o que implicaria num maior controle e gestão dos gastos.

Contudo, o que se observa é, que apesar dos esforços e avanços produzidos em ambos os sistemas (SUS e SUAS), encontram-se barreiras e desafios para a implementação de políticas de redução da pobreza e das desigualdades, que afetam diretamente à dinâmica do cuidado, uma vez que o contexto empírico difere bastante daquele previsto pela teoria do programa.

3.2. Processo ou Teoria da Implementação

Para análise do contexto do qual faz parte a implementação do PBF, é importante indicar que, em 2009, a Prefeitura do Rio de Janeiro lançou o Programa Saúde Presente²⁰ e com a implantação do modelo, a cobertura de Saúde da Família na cidade, que apresentava um dos piores indicadores do país, passou de 3,5%, (janeiro de 2009) para 56,8% (até setembro de 2016)²¹.

O PBF está sob a responsabilidade da Assistência Social e Direitos Humanos e a ESF, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A ESF segue o modelo de contratualização com Organizações Sociais de Saúde que, na primeira gestão do Prefeito Eduardo Paes (Partido do Movimento Democrático Brasileiro, PMDB), foi adotado como diretriz político-operacional

²⁰ As seguintes unidades compõem o Programa: Clínicas da Família; Centros Municipais de Saúde (CMS); Policlínicas; Centros de Especialidades Odontológicas; CAPS – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi); Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA); Hospitais e Maternidades e Coordenações Regionais de Emergência (CER).

²¹ Cf. <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>.

(COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Esta é uma diferença relevante entre os municípios brasileiros com implicações diretas sobre as transformações internas aos programas e modos como são interpretados seus alcances e objetivos.

No Rio de Janeiro, 193 (98%) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são administradas por contratos de gestão distribuídos com OS, cabendo observar que em 2009 o indicador de cobertura por equipes de atenção básica era de 22,41 e, em 2014, foi de 50,76 o que significou uma variação de 126,10%, segundo estudo de Ramos et al. (RAMOS; SETA, 2019). Isso significa dizer que uma característica chave da implementação da ESF é a forma de contratualização (que gera a terceirização da gestão) uma vez que o Programa foi, originalmente, concebido num contexto onde a gestão entre uma SMS e uma OS não era o modelo vigente, o que difere do cenário atual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014).

O estudo de caso foi realizado em uma UBS, inaugurada em 2011, e atende a uma população de cerca de 23 mil pessoas, e conta com 14.133 (2017) usuários e um do total de 1228 famílias cadastradas no PBF (2015)^{22,23}. Há uma grande diversidade interna ao território²⁴,

²² No município do Rio de Janeiro, segundo dados do MDS, há 514.749 famílias inseridas no Cadastro Único; 391.369 famílias com o cadastro atualizado nos últimos dois anos; 401.637 famílias com renda até ½ salário mínimo (78%); e 306.228 (59,5%) famílias com renda até ½ salário mínimo com o cadastro atualizado. Contudo, existe uma estimativa de 458.625 famílias (89%) com renda mensal de até ½ salário mínimo por pessoa vivendo no município as quais deveriam estar cadastradas. Com base no Relatório completo do município, gerado pelo MDS: “Considerando que somente os cadastros atualizados podem ser utilizados para concessão de benefícios e participação em programas sociais, ainda faltam 56.988 cadastros a serem incluídos para que a estimativa de famílias pobres esteja devidamente coberta pelo Cadastro Único no seu município”. A Taxa de Atualização Cadastral (TAC) do município é de 76,24%, enquanto que a média nacional se encontra em 73,16%. O mesmo Relatório informa que na área da Saúde, 189.395 famílias foram acompanhadas no último semestre.. Segundo dados do MDS, a média nacional de acompanhamento na saúde é de 72,76%. (Relatório completo gerado em 13/02/2018: <http://mds.gov.br/bolsafamilia>).

²³ No caso do município do RJ, a Prefeitura criou, em dezembro de 2010, o Programa Cartão Família Carioca (CFC) voltado para as famílias que já recebem o PBF e com renda menor que R\$108,00. Há poucas informações disponíveis sobre o Programa (NERI, 2010) que visa à complementação de renda aos beneficiários do PBF, porém com condicionalidades na área de educação.

²⁴ A população residente, em 2010, do território estudado, segundo dados do IBGE em 2010, era formada por 29.678 pessoas, sendo 14.379 homens e 15.299 mulheres, em uma razão de sexo de 0.94. Do total, a maior proporção de residentes encontra-se no grupo etário de 30 a 39 anos (16.85%), seguidos por aqueles no grupo de 40 a 49 anos (12.95%) que, somados, representam 29.80%. As crianças compreendidas no grupo etário de 0 a 9 anos representam 14.96% e os jovens entre 10 e 19 anos, 17,68%. Quanto ao rendimento nominal mensal domiciliar per capita, por total de domicílios particulares, identifica-se que 39.92% recebem de mais de ½ a 1 salário mínimo (s.m.) e 24.51% de ¼ a ½ s.m. Logo, 64.43% dos domicílios vivem com ¼ a 1 s. m.. Nos extremos, encontram-se 1.05% e 6,68% dos domicílios que vivem respectivamente com até 1/8 de s. m. e de 1/8 a ¼ de s. m.; e 2,7% e 0,73% que auferem respectivamente 2 a 3 s.m. e 3 a 5 s.m.. Nenhum domicílio foi identificado com rendimento superior a 10 s.m. e apenas 15 possuem rendimento de mais de 5 a 10 s.m..Do total de domicílios, 743 (8,45%) foram identificados como sem rendimentos. Do total de pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes por sexo, cerca de 49% são mulheres e 51% homens, sendo que a renda nominal mensal das mulheres responsáveis pelos domicílios é de R\$ 442,45 e a do homem R\$ 710,35. Independente do sexo, o valor era de R\$ 579,05. Com relação aos domicílios particulares permanentes, a maior parte deles é própria (71%) e 27% alugada. O predomínio é de casas (91%) e o restante se divide entre vilas (4,3%) e (5%) apartamentos. O

ainda que com predominância de famílias com baixa renda e que dispõem de infraestrutura precária. Desde sua abertura foi administrada por uma OS responsável pela contratação de todos os profissionais. Por ser um território marcado pela violência, por conta dos confrontos entre traficantes e policiais, a instabilidade é a tônica nas relações de trabalho. Isso ocorre seja porque o contrato de trabalho não prevê vínculos empregatícios e, por conseguinte, há demissões de tempos em tempos, seja porque o repasse tardio de recursos gera atrasos de pagamento, como o que ocasionou a greve no segundo semestre de 2018 (gestão do Prefeito Marcelo Crivella, do Partido Republicano Brasileiro – PRB), ou devido ao local que em função dos tiroteios coloca em risco a vida dos moradores e dos profissionais que trabalham na Clínica.

Por ocasião da inauguração da Clínica, não havia dados disponíveis sobre as famílias beneficiárias do PBF e a visibilidade deste grupo entre os usuários da saúde foi sendo construída ao longo do tempo, o que significa que o acompanhamento das condicionalidades não era feito, sendo introduzida uma nova rotina de trabalho. Após um período de cerca de dois anos, as ações de acompanhamento eram inexistentes, com uma nova gerência foi realizado o registro, no sistema da saúde, dos beneficiários do PBF e estabelecido procedimentos administrativos para tornar as informações sobre esse grupo de usuários, cadastrados pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), disponíveis para os profissionais da Clínica. Voltando às palavras de uma entrevistada, assim sintetiza essa época:

Mas até então a gente tinha que entrar na plataforma e alimentar pessoa por pessoa. Hoje em dia ele exporta do prontuário eletrônico quem a gente encaminhou.(...) Então a gente precisa alimentar. (...) Eu treinei todo mundo, todo mundo vai ter senha, todo mundo vai entrar na plataforma (...). Olhou o pronto prontuário, tem a informação, a gente vai lançar. Não tem informação, vamos chamar(...). Então a gente terminou o segundo semestre de 2013 com 98% de acompanhamento. Fomos uma das melhores unidades do Rio de Janeiro. Isso em um mês. (E1)

A desigualdade de renda não necessariamente significa desigualdade em termos e condições de vida²⁵, contudo, apesar das mudanças ocorridas nos últimos 50 anos no país, em termos da expansão e do acesso a serviços básicos, identificam-se diferenças marcantes regionais (ARRETCHE, 2018c) e, pode-se acrescentar também intraterritoriais. Segundo a lógica de que as regiões com maior concentração de renda também tendem a apresentar

padrão de número de moradores, em geral, é de três (24%), e dois (20,4%) e quatro (19,9%) por domicílio. Com relação às condições de infra-estrutura, a grande parte (83%) dispõe de no mínimo um banheiro e água da rede geral. Já serviço de limpeza se encontra disponível para uma parte (48%) e outra (46%) dispõe apenas de caçamba de lixo. De acordo com dados do Censo, grande parte (98%) informa ter acesso ao esgotamento sanitário pela rede geral ou pluvial.

²⁵ Sobre o tema condições de vida e seus significados, ver LEITE LOPES (1982) O presente artigo não analisa as condições de vida, mas faz uso do termo considerando-se tanto as condições materiais, como também as disposições culturais dos grupos sociais.

melhores provisões de serviços básicos, o Rio de Janeiro torna-se um caso curioso uma vez que a expansão dos serviços de saúde, se considerados os dados anteriormente citados, somente cresceu depois que adotou para as Clínicas de Saúde o modelo de contratualização. Contudo, a mesma lógica (em termos de concentração de renda) pode ser adotada no caso do território do Rio de Janeiro, no qual a segregação espacial é fortemente marcada pela precariedade dos serviços associados à violência urbana.

Dito de outro modo, a UBS foi inaugurada em 2011, num momento de expansão das Clínicas de Família, na cidade do Rio de Janeiro, que apresentava os piores indicadores de cobertura. Ao longo de décadas, o território estudado foi perdendo investimentos e infraestrutura e cada vez mais convive com o confronto entre traficantes e policiais, como muitas favelas da cidade. Segundo os dados do Índice de Progresso Social (IPS, 2016), produzido pelo Instituto Pereira Passos, da Prefeitura do Rio de Janeiro, o território se posiciona entre os quatro piores índices nos componentes de nutrição e cuidados médicos; moradia; acesso ao conhecimento básico; acesso à informação e comunicação; acesso à educação superior.

A infraestrutura de serviço apesar de precária ainda assim é um fator de fixação das famílias, pois muitas não pagam serviço de água e luz, o valor do aluguel é considerado baixo, e o tempo e os custos com deslocamento, dependendo do local de domicílio, podem ser vistos como elementos compensadores. Por outro lado, o tráfico de drogas e a violência têm sido um fator que prejudica as famílias que ali vivem e trabalham, inclusive no que se refere à dinâmica dos cuidados em saúde. Sob esse aspecto, se antes de 2011, o serviço de atenção primária era limitado, por outro com a inauguração da Clínica o mesmo é valorizado ainda que conviva com as barreiras associadas ao tráfico de drogas para circulação e acesso físico aos serviços de saúde. A violência é um dos principais fatores que obstaculizam a implementação da política, no caso da ESF, e que afeta diretamente o acompanhamento das condicionalidades do PBF. Sob esse aspecto, como narrado por um profissional, a unidade de saúde é vista como um ambiente de acolhimento, mas também com um lugar “em se transforma o sofrimento das pessoas em doenças”. Esse “sofrimento”, por sua vez, está relacionado às condições de vida que “adoece” a população.

Se na Teoria do Programa Bolsa Família os territórios são indiferenciados – porque a renda seria o critério definidor da pobreza –, na implementação do programa ele é tão importante quanto a renda porque expressa as condições de vida desiguais entre parcelas da população, em uma mesma faixa de renda. Como destacado por Leite Lopes (1973, p. 50), em

estudo pioneiro: “essas imputações [estatísticas] fazem agregar uma renda não monetária à renda monetária, transformando artificialmente a heterogeneidade da primeira em benefício de uma homogeneidade segundo a ótica da renda monetária”.

Se a agregação de pessoas em uma determinada faixa de renda é insuficiente para medição da pobreza, ainda que seja o critério mais utilizado, num território relativamente homogêneo em termos de extrema baixa renda outras distinções se apresentam para diferenciação entre os pobres e extremamente pobres. Estas distinções partem de diferentes concepções e entre elas destacam-se: a que diferencia o pobre do miserável (“*aquele que não tem o que comer*”); a divisão e a ocupação interna ao território (domicílios de madeira, alagamento quando chove, esgoto dentro de casa, ausência de janelas ou ventilação, comércio de tráfico na porta da casa); a composição e a dinâmica familiar do cuidado. Portanto, o território expressa tanto aspectos tangíveis, quanto intangíveis da pobreza e das desigualdades. Nesse sentido, a existência e o funcionamento da atenção básica, materializada na Estratégia de Família, se destaca como um mecanismo que viabiliza o cumprimento das condicionalidades do PBF, ainda que a população de beneficiários não se diferencie ou, diferentemente, seja alvo de ações específicas por parte das Equipes de Saúde da Família. Assim, como dito por um dos profissionais da Clínica: “*objetivos da ESF se encaixam muito bem no território*”.

O “encaixe” dos objetivos pode ser entendido de múltiplas maneiras no que se refere à implementação da Estratégia, como ilustrado nas narrativas a seguir:

E aí para alcançar algumas coisas que tão cobrando da gente parece que a gente nunca tá trabalhando, mas se a gente for analisar cronologicamente a gente evoluiu muito depois que a clínica entrou aqui (...) Mais diagnósticos, mais tratamentos, mais oferta de saúde pra população (...) todo mundo tem acesso, é muito difícil uma pessoa chegar aqui e não ter acesso" (EP11)

Vir para cá não é só uma distância geográfica. É um abismo social que eu nunca imaginei ter. (EP15)

Quando a gente muda isso [número de profissionais por equipe] a gente simplesmente descaracteriza o que é a Estratégia Saúde da Família (...) você reduz a possibilidade de fazer um cuidado voltado para as necessidades daquela população, (...) você não consegue planejar um cuidado, você não consegue fazer promoção de saúde que dialogue com as necessidades da população. (...) a gente começa a fazer muito mais um processo de promoção de saúde e prevenção, verticalizado, e não descentralizado e regionalizado como deveria ser, a gente não foca pra necessidades da população, a gente foca para as necessidades nossas, né, que a gente acha importante (EP02)

A rotina de cuidados na Clínica não apresentou alterações significativas com a introdução do Programa Bolsa Família e a necessidade de acompanhar as condicionalidades em

saúde. Isso ocorre por diferentes motivos, e nesse processo distintos mecanismos são acionados. Para a gerência da Clínica, no início houve mudanças porque não havia informação sistematizada. Uma vez já estabelecida a rotina de coleta e lançamento de dados, a orientação para as equipes é incluir as famílias nos prontuários eletrônicos. Em outras palavras, todas as equipes são orientadas a pensar, medir e verificar a vacinação dos membros das famílias e lançar essas informações na planilha do sistema de acompanhamento. Com essa medida, foi estabelecido um procedimento que visou facilitar acompanhamento do cumprimento das condicionalidades, mas é consenso, entre os profissionais, que esta forma de interpretação é muito “reducionista”. Ainda assim, existem outras estratégias como campanhas específicas onde toda a Clínica se volta para a finalidade de “pensar, medir, vacinar” e as Visitas Domiciliares feitas pelos ACS nas famílias que não têm o hábito de usar a Clínica. Nesses casos, a partir de uma listagem daquelas famílias que estão na eminência de perder o benefício, buscam localizá-los.

Essa atitude é cercada de controvérsias, seja porque os beneficiários não cumprem suas obrigações em ir à Clínica, seja porque existe uma percepção generalizada que “os que mais precisam se cuidar, são os que não se cuidam” ou porque a “gestão da lista” não é vista como uma forma de cuidado. Sob esse aspecto, o acompanhamento das famílias como um todo, se apresenta como encarnado na ESF e está além do Bolsa Família:

Hoje a gente tem a prioridade dentro das classificações da Saúde. Hoje o Bolsa Família passou a ser mais uma classificação que a gente tem que colocar na prioridade, mas não como exclusividade ou como minha prioridade um. (...) O Bolsa Família acaba sendo uma consequência das nossas prioridades (...). Ele só tem que se atentar que essa pessoa gestante, esse menor de um ano, essa pessoa com tuberculose tem o Bolsa Família? (...) Então tem essas pessoas e tem as pessoas que de fato não estão em nenhum grupo prioritário. E eles passam a ir como mais um critério de visita domiciliar a quem recebe o Bolsa Família. (EP01)

Antigamente (...) as pessoas faziam grupo de Bolsa Família para pesar as crianças e pesar as pessoas. E eu acho que isso não alcança o objetivo de cuidado dessas pessoas. (...) acho que mais importante (...) é ouvir aquela mãe, ouvir aquela família (...) Ver como eles estão de fato. Mas hoje em dia a gente consegue uma coisa muito legal que eu acho que é uma transferência de dados do Vita Care, que é o nosso prontuário eletrônico, para o sistema do Bolsa Família. Quando está tudo direitinho, ele transfere automaticamente. Então a pessoa que já vem aqui para uma consulta. (EP10)

(...) independente das famílias serem do Bolsa Família, todas as famílias são muito vulneráveis. Então eu tenho que estar atenta as mesmas coisas para todas. (...) Eu atendo as famílias que são vulneráveis e aí tem o acompanhamento a partir do Bolsa Família. Geralmente eu pergunto nas consultas quem são, se recebem ou não. Algumas famílias eu oriento a procurar o CRAS para iniciar o recebimento do bolsa (...) Às vezes as famílias não conseguem se organizar para conseguir. (...) eu percebo que o acompanhamento está muito mais para atender uma demanda da gestão (...). Então ao invés de pensar de eu fazer o trabalho com essas famílias que eu identifico

que são vulneráveis, eu tento dar conta de preencher uma planilha para justificar que elas foram acompanhadas. Dá para entender? (EP09)

O cumprimento das condicionalidades, tal como previsto na política, é visto como aquém do necessário, pois é sabido que “ser beneficiária é a ponta de tudo”. Os profissionais reconhecem que há falhas no controle, seja porque é insuficiente, seja porque procedimentos técnicos podem gerar informações equivocadas e até mesmo contraditórias. Por outro lado, também é compreendido que a condicionalidade como um mecanismo de acompanhamento da saúde das famílias se superpõe ao que já vem sendo feito no âmbito da ESF, mas que grande parte das famílias necessita de cuidados para além do que é previsto na atenção básica: “a Estratégia sozinha não vai resolver os problemas”. Isso ocorre por motivos inter-relacionados à renda, às condições de moradia, à escolaridade, mas também por falta de profissionais (psiquiatras e psicólogos, por exemplo) e equipes multidisciplinares. Ainda que existam os Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) o mesmo ocorre em relação à limitação de profissionais para lidar com problemas específicos (como a violência de gênero). Na implementação das rotinas de acompanhamento das condicionalidades se revela a complexidade da dinâmica dos cuidados em saúde. Esta dinâmica resulta da relação entre profissionais e famílias cuja mudança nos padrões de comportamento muitas vezes envolve ações entre diferentes setores, não somente aqueles previstos pela política de transferência de renda (por exemplo, Conselho Tutelar, Secretaria de Habitação, Secretaria de Trabalho, Secretaria de Direitos Humanos).

Ainda que a prática de acompanhamento seja restrita, os profissionais atribuem às condicionalidades em si uma maneira de alcançar famílias que, por motivos diversos (falta de conhecimento, recursos financeiros, ausência de cuidados cotidianos em saúde) permaneceriam invisíveis. Nesse sentido, a condicionalidade em si mesma é um mecanismo controverso que ora é interpretado como um controle, fiscalização, vigilância, ora como um cuidado insuficiente, mas necessário. Em resumo, é consenso que a transformação das estruturas produtoras da pobreza e das desigualdades requer múltiplos mecanismos e a transferência de renda com condicionalidades tem impacto limitado. No entanto, alguns efeitos positivos podem ser sentidos sobre as condições de saúde da população beneficiária, ainda que as demais políticas mereçam ser mais articuladas e ampliadas.

No caso da Estratégia da Família dois outros aspectos são importantes para a compreensão da dinâmica do cuidado a partir de um caso empírico. O primeiro refere-se à forma como a política foi implementada no Rio de Janeiro cuja expansão se deu mediante a

terceirização da contratação de profissionais conjugada à remuneração mais atrativa. O segundo aspecto refere-se à formação de profissionais em saúde da família ou comunitária, como no caso da Residência, que oferece uma visão de mundo que lhes aproxima do contexto em que vão atuar. A seguir, alguns exemplos:

(...) ainda rola um pouco de preconceito também na classe médica de trabalhar a questão de remuneração, é um trabalho de 40 horas semanais, e às vezes eles podem ganhar muito mais fazendo um plantão, e é um trabalho pesado, porque você atende às vezes sem parar, você sai daqui sobrecarregado com as histórias, com paciente (...) que vai ver no outro dia, não é um paciente que você atende em uma emergência que vai embora (...) então muitos médicos também não aguentam (EP11)

(...)2012, 2013. Isso. Antes disso já estava tendo uma evolução ótima. Eles começaram a incentivar a vinda dos recém-formados para essas residências. (...) foi quando o governo federal fez também um acordo com as prefeituras para poder pagar a complementação porque a gente não recebia somente o salário da residência, a gente recebia uma complementação paga (...) por trabalhar na atenção primária e também por ser residente da medicina de família." (EP 14)

(...)E era esse encantamento porque comecei a estudar coisas, que mesmo na faculdade nas disciplinas de Saúde e Comunidade (...) eu não estudei do mesmo jeito que eu estudava aqui. (...) Lendo referência, lendo livro e colocando em prática. E vendo as coisas acontecerem (...) É a paixão ela não dura tanto tempo. Ela não é eterna. É difícil a gente sustentar esse encantamento (...) Os momentos de intensificação da violência, esse encantamento se dilui."(EP15)

Como já analisado em outros trabalhos, os ACS são o elo entre os profissionais da Clínica e as famílias, inclusive as beneficiárias. Sua posição de “agente comunitário” permite transitar por diferentes grupos de dentro da comunidade, ao mesmo tempo que a pré-condição de ser morador lhes aproxima das condições de vida das famílias. Assim, se por um lado, são reconhecidos como aqueles que medeiam os cuidados de saúde e difundem a prática da atenção primária, uma vez que têm a responsabilidade de realizar as visitas domiciliares e de acompanhar as EqSF, por outro conhecem de perto as práticas e as dinâmicas familiares no território. Nesse sentido, ainda que não tenham recebido uma formação específica em saúde da família, que justifique terem se orientado para esta profissão, por outro é o conhecimento do território e das famílias que lhes habilita no exercício da profissão. É esse saber que se faz no dia a dia, na prática, que também lhes permite desenvolver uma percepção moral acerca dos beneficiários do Bolsa Família e do programa em si, tornando-os críticos para conceber o programa como um direito social, bem como em aceitar a transferência de renda como um mecanismo para romper com os ciclos de pobreza. Quanto à valorização do trabalho dos ACS, os trechos a seguir são ilustrativos, sendo o último nas palavras do próprio agente:

Eu acho que um ponto forte aqui que está todo mundo sabendo que quem é do Bolsa Família precisa estar aqui sendo visto. Chegou, é Bolsa Família, os agentes de saúde já sabem quem são, sabem por nome, por endereço, por tudo, aqui da equipe por exemplo. (EP14)

(...) começou a condicionalidade da Bolsa Família. E elas [ACS] fazem mesmo cartazes, e botam em todos os postes, então eles vêm massa para cá, elas mesmo já sabem que aqueles pacientes que tem mais dificuldade para vir, elas combinam o momento com esses pacientes pra pelo menos pesar e medir aqui. (...) Então isso facilita nosso trabalho. (EP04)

Por mais que a gente esteja no território há sete anos falando a mesma coisa. Eles não sabem o que é atenção primária. O que é o nosso papel. O que a gente faz. (...) O médico e o enfermeiro falam dentro do consultório. E a gente faz um trabalho de prevenção para que não aconteça nada pior mais para frente. Muita gente entende isso, mas tem muita gente que não entende. (...) porque se você descuidar a pessoa relaxa também. Então a vigilância, que no caso é o que eu faço, tem que ser constante. (EP06)

Por fim, se há diferentes julgamentos sobre os efeitos do Bolsa Família e a dinâmica do cuidado em saúde, é consenso que muitas famílias dispõem do benefício como única ou principal fonte de renda. Há concordância também no que se refere ao fato de que o valor do benefício é baixo. As titulares beneficiárias entrevistadas, com exceção de uma, apresentam perfil similar e reconhecem que o benefício em si não foi capaz de trazer mudanças, mas em alguns casos, viabilizou o acesso dos filhos à escola permitindo maior flexibilidade e tempo para sua inserção em atividades de geração de renda. As entrevistadas também apontaram a maior frequência em ações voltadas ao cuidado em saúde, especialmente aquelas com filhos pequenos ou com problemas graves de saúde na família.

Em suma, para aqueles que implementam a política foi possível identificar as adaptações e rotinas necessárias para compatibilizar a teoria do programa com um território concreto, onde a adesão à teoria do Bolsa Família envolve valores objetivos e subjetivos definidores da pauperização e da dinâmica do cuidado. Assim, as resistências para a adesão ao programa recaem sobre os sentidos do cumprimento das condicionalidades, vista como um mecanismo necessário, mas insuficiente. Seja entendido pela ótica do controle, da vigilância, da fiscalização ou ainda do cuidado, o modelo “ambulatorial” tende a prevalecer na ótica do cuidado levando famílias e profissionais valorizarem os cuidados no consultório em contraposição aos cuidados preventivos que se estendem às famílias nos domicílios. A dicotomia entre o benefício como um direito e como uma “ajuda” não aparece de forma explícita, mas norteia as relações sociais onde esta última categoria surge de maneira controversa: os beneficiários têm direito ao PBF, mas este é visto como uma “ajuda” dada as condições precárias em que vivem e o valor do recurso, aquém das necessidades da família.

3.3. Articulação e interdependência entre a Teoria do Programa e a Teoria da Implementação: efeitos e alcances

Tendo em vista que o descumprimento das condicionalidades leva à suspensão do benefício, no caso estudado há uma convergência de ações no sentido de manter em dia os dados de saúde necessários das famílias, independente de serem ou não beneficiárias. Esta estratégia busca garantir que todas as famílias da Clínica passarão pelo mesmo procedimento, ao mesmo tempo que é sabido que o perfil de pobreza e desigualdades não é diferenciado uma vez que o território é formado majoritariamente por famílias vulneráveis. Esta lógica se reproduz nos demais atendimentos, pois nem sempre há clareza se a família é ou não beneficiária e a pobreza monetária não é garantia de diferenciação em face das privações. Por outro lado, dado que as famílias beneficiárias não apresentam um padrão rígido, muitas recebem o benefício, mas julga-se que não precisa. Já naqueles casos em que se julga necessário, os profissionais de saúde tendem a incentivar as famílias para que busquem, na assistência social, realizar o cadastro único. Contudo, como foi observado, muitas vezes as famílias mais pobres e vulneráveis não conhecem o benefício ou não conseguem se organizar para ter acesso a este direito. Assim, a Clínica de Família se apresenta muitas vezes como uma “porta de entrada” não só para os cuidados em saúde, mas também para o acesso ao PBF.

Se, por um lado, o cumprimento da prescrição do PBF no que se refere às condicionalidades de saúde facilita o monitoramento e manutenção das famílias, por outro, torna indiscriminadas as mais pobres e extremamente pobres e acaba por reduzir o acompanhamento das famílias à normativa programática. Se esta concepção recebe críticas entre os próprios profissionais de saúde, ações junto às famílias beneficiárias já foram ensaiadas, mas não se ampliaram ou diversificaram limitando-se ao previsto na teoria do programa. É sabido que a dinâmica do cuidado em saúde não se restringe às ações no consultório e envolve a promoção da saúde. Múltiplos mecanismos são necessários em termos de ampliar as oportunidades para as famílias beneficiárias, alguns estão ao alcance da ESF, outros não. Sob esse aspecto, as visitas domiciliares se apresentam como um mecanismo importante, diluído na teoria do programa, pois permite um contato com as famílias beneficiárias que não se limita aos consultórios, ao mesmo tempo que torna possível conhecer as condições de vida das famílias. Contudo, esse contato *in loco* requer relações de confiança nem sempre construídas em meio às relações de vizinhança, conflito, controle e julgamentos morais.

Considerando que a ESF, onde foi realizado o estudo de caso, se localiza e atende uma população pobre e extremamente pobre, o público alvo do PBF já faz parte da população usuária da Clínica. Assim, é possível afirmar que a teoria do programa e a teoria da implementação convergem em termos do alcance e foco da população atendida. Os cuidados em saúde também já fazem parte da rotina da ESF, mas se limitam à atenção primária e, geralmente, não alcançam a saúde mental e outras especialidades. Quando necessário, os arranjos institucionais são acionados para que as famílias beneficiárias possam ter acesso a cuidados mais amplos, tais como medicamentos, exames e internações específicos, porém restritos, na rede de saúde. Em muitos casos (e sobretudo aqueles em que foram realizadas entrevistas), o PBF é uma “ajuda” no sentido que não alivia o “problema” – no caso, o sofrimento decorrente da escassez de recursos materiais e imateriais – mas contribui para conviver com ele. Em outros casos, o benefício é visto como uma “ajuda”, porém indiferente, pois as titulares contam com uma rede de apoio familiar para manutenção da subsistência. Em casos de pobreza associada à doença na família e à ausência de fonte de renda, o PBF é visto como um “salário” ao invés de “benefício”, pois as famílias passam a contar com o valor para as despesas de subsistência como comida, gás, medicamentos.

Os principais desafios se referem ao conjunto de políticas sociais que precisam ser acionadas para provocar mudanças de longo prazo na dinâmica do cuidado. Há famílias cujo isolamento econômico e social é imperativo para que se insiram em uma rede de proteção social, tornando necessário que mecanismos de assistência social lhes alcancem o que não se restringe ao cumprimento das condicionalidades. Ainda que o valor do benefício seja considerado baixo, sobretudo para os padrões do Rio de Janeiro, o que tende a ser mais valorizado é a possibilidade de mudanças nas condições de vida. Contudo, se há barreiras de acesso à atenção primária em saúde estas são transponíveis, já as oportunidades educacionais e de inserção no mundo do trabalho são bem mais restritas e as ações em conjunto, entre os gestores e profissionais das políticas (educação, saúde e assistência), se mostram escassos.

Como destacado por um dos entrevistados, o PBF ajuda a entender “na prática” como as desigualdades sociais operam e se concretizam. Se não há conhecimento, clareza e até mesmo consenso sobre a teoria do programa, há o reconhecimento empírico que grande parte das famílias que vive no território necessita de diferentes tipos de apoio para romper com a pobreza estrutural que persiste entre gerações.

Os recursos disponibilizados pela ESF tendem a seguir um modelo biomédico que, por sua vez, vai ao encontro das expectativas dos usuários do serviço e pode-se acrescentar dos

gestores. Nesse sentido, as ações voltadas para os beneficiários reproduzem e reforçam esse modelo que, por sua vez é limitado. A separação entre o biológico e o social é um artifício desafiador, especialmente em condições de vida com escassez de recursos. Como reiterado em muitos depoimentos, o recurso financeiro é um mecanismo fundamental, mas é insuficiente. É insuficiente porque o valor é baixo e também porque, no caso da saúde, os efeitos advindos das condições de vida se transformam em barreiras estruturais para a prática e a dinâmica do cuidado. Isso ocorre, seja porque os recursos disponibilizados pela atenção primária são restritos, seja porque as ações em outras áreas não são oferecidas ou compatíveis com as condições de vida da população beneficiária.

Em resumo, diferentes mecanismos gerativos operam por intermédio da articulação entre a teoria do programa e da implementação, e as configurações podem ser assim sintetizadas:

Proposta de Configurações CMR

Eixo de Análise I - Validade da Teoria do Programa Bolsa Família

Domínio do Real

- O debate público (internacional e nacional) sobre desenvolvimento econômico no qual a distribuição de renda passa a ser objeto de mensuração **(C)** contribui para a adoção de estratégias de redução da pobreza e a articulação das desigualdades econômicas e sociais na perspectiva da proteção social **(M)**. O debate e as controvérsias sobre a concentração e a distribuição de renda (monetárias e não monetária) passam a ser incorporados aos modelos de desenvolvimento e às políticas públicas de proteção social visando à adoção de políticas antipobreza **(R)**.
- O reconhecimento que o acesso à saúde e à educação implicam em condições de vida desiguais trazem impactos para concepção de políticas sociais universais **(C)**. As garantias constitucionais (1988) da seguridade social, a proteção social não contributiva e a dupla dimensão da proteção social (serviços e benefícios) introduziram mudanças significativas sobre as condições de vida **(M)**. Essas mudanças associadas à transferência de renda potencializam os efeitos universalizantes, mas, para isso, passam a focalizar os mais pobres **(R)**.
- A transferência de renda com condicionalidades prevê o alcance dos mais pobres uma vez que passa a focalizar grupos específicos, como as mulheres que são as titulares preferenciais **(C)**. A intersectorialidade entre as ações exige uma mudança no padrão de gestão que requer maior integração entre as políticas e menor fragmentação **(M)**. O alcance da política passa a ser monitorado e avaliado para demonstrar a redução da pobreza monetária e das desigualdades sociais **(R)**.

Domínio do Atual

- As políticas sociais são coordenadas de maneira intersetorial e ações emergências de combate à pobreza são combinadas com políticas estruturais **(C)**. As famílias passam a ter acesso aos “programas complementares” **(M)** e aumentam suas perspectivas de autonomia **(R)**.
- Os entes da federação conjugam esforços com a sociedade civil **(C)** e as oportunidades de inserção social para as famílias pobres e extremamente pobres são ampliadas **(M)**. Os governos municipais passam a oferecer serviços públicos de melhor qualidade e mais focalizados, ao mesmo tempo que impactam a dinâmica econômica local **(R)**.

Domínio de Empírico

- As famílias recebem benefícios monetários para o atendimento das necessidades básicas **(c)**. Em contrapartida, passam a acessar os serviços básicos de saúde, educação e assistência social **(M)**. Os índices de escolaridade e saúde das famílias melhoram e impactam as condições de vida positivamente **(R)**.
- Estabelecida uma dinâmica do cuidado em saúde e uma rotina de acompanhamento, os dados sobre as famílias beneficiárias são coletados e sistematizados **(c)**. O cuidado em saúde é incorporado às práticas familiares por meio da adesão ao programa que passa a ser visto como um direito **(M)**. Os membros das famílias melhoram a alimentação, cumprem as condicionalidades e encontram meios de inserção social para sua emancipação econômica **(R)**.

Eixo de Análise II - Processo ou Teoria da Implementação

Domínio do Real

- A precarização das relações de trabalho, a perda de direitos trabalhistas e o subfinanciamento de políticas sociais levam a adoção e a disseminação do modelo de gestão da contratualização **(C)**. Com a terceirização, os profissionais passam a ter vínculos temporários e instáveis com os serviços **(M)**. A rotatividade de profissionais e a falta de estabilidade impactam a qualidade dos serviços e a continuidade do acompanhamento dos usuários **(R)**.
- No período de 1980 a 2010, houve uma queda significativa dos indicadores de saúde relativos à mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer, nos municípios brasileiros, as quais podem ser relacionadas à renda e as desigualdades econômicas **(C)**. Contudo, indicadores associados a sexo e raça, por exemplo, mostram que a desigualdade de renda não é determinante entre os municípios do país uma vez que as condições de vida tendem a ser piores para negros e mulheres **(M)**. As condições de vida se apresentam de forma diferenciada e se refletem também nos indicadores de saúde se observados a raça e o sexo **(R)**.
- A prescrição para o cumprimento das condicionalidades de saúde requer procedimentos específicos a serem seguidos em todo o país os quais, em conjunto com os demais setores da política, norteiam a manutenção ou o corte do benefício **(C)**. Os indicadores de saúde restringem-se à atenção básica e ao grupo materno infantil, privilegiando acompanhar o desenvolvimento infantil e a saúde materno-infantil **(M)**. Os dados no país apresentam resultados positivos em relação à prevalência da desnutrição, aumento de filhos amamentados de maneira exclusiva, aumento da cobertura vacinal, diminuição do baixo peso ao nascer **(R)**.

Domínio do Atual

- Houve expansão dos serviços básicos no país, nos últimos 50 anos, porém, o padrão é diferenciado por regiões e tende a beneficiar aquelas mais ricas **(C)**. Este padrão de expansão também se diferencia intraregião e, no caso da saúde, a contratualização foi o modelo de gestão adotado em alguns municípios **(M)**. A expansão dos serviços nesses municípios ocorre de forma rápida no fim da última década, ampliando o alcance da população que não dispunha de serviços suficientes de atenção primária. **(R)**.
- Os territórios precarizados em termos de infraestrutura urbana e violência do tráfico de drogas concentram as parcelas mais pobres da população e influenciam diretamente as condições de vida **(C)**. Nesses territórios, os serviços de saúde, como a atenção primária, se fazem necessários para lidar com os problemas de saúde avindos destas condições e tornam-se um espaço de referência para o cuidado **(M)**. As dificuldades de acesso, a falta de infraestrutura, os atrasos de pagamento, a insegurança urbana são fatores que dificultam a prestação dos serviços de atenção básica **(R)**.
- A existência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua expansão nos municípios do país contribuem para a criação de uma rede de cuidados em saúde, que está para além das clínicas de família **(C)**. A atenção básica de saúde se apresenta como um dos primeiros contatos, da população, com os serviços públicos e os beneficiários do PBF passam a ser acompanhados pela ESF **(M)**. A rotina de cuidados, já existente, incorpora as famílias beneficiárias que passam a ter a obrigatoriedade de realizar consultas nas clínicas de famílias para que seu acompanhamento seja lançado nos prontuários eletrônicos e o benefício mantido **(R)**.

Domínio do Empírico

- Os atrasos de pagamento dos profissionais contratados pelas OS, associado à violência do tráfico de drogas, reconfiguram a dinâmica do cuidado em saúde **(c)**. A circulação pelo território é restringida tanto pela diminuição do número de profissionais, como os Agentes Comunitários de Saúde, quanto da população que busca a Clínica para cuidados básicos **(M)**. Os indicadores de saúde são diretamente impactados, bem como a avaliação do cumprimento das metas previstas nos contratos de gestão **(R)**.
- Em territórios vulnerabilizados pela violência urbana, o cotidiano das ações de atenção primária é modificado **(C)**. A agenda de cuidados em saúde fica dependente de mecanismos como o “Acesso Seguro” para abrir ou fechar a Clínica **(M)**. Os usuários e profissionais da Clínica precisam adaptar sua rotina às condições de acesso à Clínica **(R)**.
- Os cuidados em saúde, por parte da ESF, são traduzidos por um conjunto de ações básicas em saúde junto às famílias beneficiárias do PBF **(C)**. Essas ações podem ser interpretadas como mecanismos de controle ao invés de cuidado e muitas vezes se limitam ao prescrito pelo PBF **(M)**. O foco em atender exclusivamente às condicionalidades de saúde leva a manutenção do benefício, mas limita as intervenções em saúde **(R)**.

<p>Eixo de Análise III - Articulação e interdependência entre a Teoria do Programa e a Teoria da Implementação: efeitos e alcances</p>

Domínio do Real

- A política de transferência de renda com condicionalidades é única no país, mas seus objetivos são interpretados de acordo com o contexto de sua implementação **(C)**. No caso da ESF, a

política de atenção básica alcança os grupos sociais vulneráveis entre os quais se encontram aqueles atendidos pelo Bolsa Família, o que potencializa os efeitos de ambas as políticas (M). Os resultados das políticas convergem em termos de seus alcances, mas as condicionalidades em saúde são interpretadas a partir dos valores e recursos disponíveis em cada contexto (R).

Domínio do Atual

- A implementação do acompanhamento das condicionalidades de saúde, no âmbito do PBF, se restringe à prescrição programática (C). O maior número possível de beneficiários é mantido uma vez que as condicionalidades em saúde são cumpridas (M). A dinâmica do cuidado em saúde tende a atender às condicionalidades, mas seu alcance é limitado (R).

Domínio do Empírico

- O valor do benefício transferido às famílias beneficiárias é considerado baixo, mesmo entre as famílias mais pobres (C) o que o caracteriza como uma “ajuda” no sentido que é insuficiente para a manutenção da subsistência familiar (M). As condicionalidades em saúde contribuem para a dinâmica do cuidado, mas esta deveria estar articulada aos demais setores, especialmente da assistência social no qual os “programas complementares” oferecem oportunidades de inserção profissional e emancipação das famílias pobres e extremamente pobres (R).

4. Considerações Finais

No caso da pesquisa avaliativa sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde, pelos beneficiários do Programa Bolsa Família, partiu-se de um caso empírico examinado à luz da teoria do programa e da teoria da implementação, num território específico, visando delinear algumas configurações CMR. O debate internacional sobre transferência de renda informa a trajetória do programa que, em sua teoria, reconheceu a importância de lidar com as dimensões monetárias e não monetárias o que, sob determinado ponto de vista, levou a considerar as condicionalidades como “contrapartidas” das famílias ou modos de acesso a serviços públicos específicos (educação, saúde e assistência social).

Ao mesmo tempo que o programa foi concebido para não reproduzir a dicotomia (renda monetária *versus* não monetária), opera com uma divisão cuja “focalização” recai sobre a renda monetária e, assim, estabelece os valores dos benefícios e, por conseguinte, os dignitários de serem beneficiários. Por outro lado, ao fazer uso de estatísticas sobre a distribuição de renda e privilegiar os valores monetários no cálculo de definição acerca da linha de pobreza, a teoria do programa reforça uma tradição em tomar os dados como realidade. Como já analisado por Leite Lopes (1973, p.51): “a possibilidade de mensuração é muito dependente da existência de relações monetárias. Ao transformar a renda não monetária em renda monetária, toda uma série de relações sociais – que estão intimamente ligadas às relações econômicas – é abstraída, obscurecendo a realidade social. ”

Dado que os objetos das ciências sociais são socialmente produzidos e definidos, os conceitos de pobreza e desigualdades são categorias abstratas, passíveis de esforços de atribuição de significados, e de mensuração, por diferentes disciplinas e entidades governamentais, de modo a torná-los oficiais e garantidores de direitos. No âmbito da pesquisa, “benefício”, “cuidado”, “condicionalidades” (e seus desdobramentos) não são tomados como conceitos sociológicos, mas sim nos termos adotados pela política e seus usuários. Assim, para existir o benefício monetário pressupõe-se um arranjo político-institucional, direcionado a uma “família” cujos critérios definidores da titularidade imputam à mulher (e mãe) a responsabilidade por gerir a renda monetária e também as condicionalidades, que no caso da saúde, é traduzida pela palavra “cuidado”. Se o “benefício” é tangível, porque lida com a transferência de recursos monetários, os critérios para seleção das famílias, assim como o “cuidado em saúde”, envolvem julgamentos subjetivos e morais que independem das relações monetárias e passam por relações sociais.

Os resultados da pesquisa corroboram as conclusões de estudos e avaliações realizadas, nacional e internacionalmente, no sentido de valorizar a importância da transferência de renda associada aos mecanismos de proteção social. Não se trata aqui de reafirmar a abordagem da determinação social em saúde sobre as condições de vida, mas sim de refletir que renda e acesso aos serviços tendem a se reforçar (ARRETCHE, 2018b; ROCHA, 2003) e delimitam os contornos da pobreza, vista como um fenômeno concreto. A heterogeneidade da população que vive em condições precárias e as desigualdades tendem a aumentar em decorrência das escolhas políticas, que ora pendem para a distribuição de renda, ora para a ampliação do acesso aos serviços públicos.

A avaliação realista e o realismo crítico contribuem para analisar as mudanças pretendidas pelos programas sociais ou intervenções complexas, tais como os de transferência de renda (OWUSU-ADDO; RENZAHU; SMITH, 2019). Apesar dos entendimentos e usos diversos do termo mecanismo, reconhece-se “a dimensão poética da ação transformativa” (VANDENBERGHE, 2010, p. 31) que torna possível introduzir mudanças a partir de programas sociais. Ainda que não sejam lineares, variem em sua intensidade e seus efeitos sejam interpretados diferentemente pelas experiências de grupos sociais, os resultados dos programas não se dão *a priori*, não são fixos ou absolutos, como se pode observar pela diversidade de configurações CMR. Contudo, o contexto político-econômico de austeridade, privatização e mercantilização das políticas sociais podem neutralizar os resultados pretendidos pela transferência de renda e ameaçar a teoria do programa. Se em contextos de extrema

pobreza, a transferência de renda e o acesso aos serviços públicos contribuíram para a melhoria das condições de vida e dos cuidados básicos em saúde, isso não significou romper com o ciclo intergeracional de pobreza uma vez que as desigualdades persistem e as vulnerabilidades são preponderantes.

REFERÊNCIAS

- ALVAREDO, F. A. et al. **World inequality report 2018**. Washington, DC. World Inequality Lab, 2017, 2018.
- ARRETICHE, M. Preface. In: Marta Arretiche (ed.). **The paths of inequality in Brazil. A half-century of change**. New York, NY: Springer, 2018a. p. v–xviii.
- ARRETICHE, M. (ed.). **Paths of inequality in Brazil: a half-century of changes**. New York, NY: Springer, 2018b.
- ARRETICHE, M. The Geography of Access to Basic Services in Brazil. In: Marta Arretiche (ed.). **Paths of Inequality in Brazil A Half-Century of Changes**. New York, NY: Springer Science, 2018c.
- ARRETICHE, M. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, n. 96, 5 fev. 2018d.
- ASTBURY, B.; LEEUW, F. L. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. **American Journal of Evaluation**, v. 31, n. 3, p. 363–381, set. 2010.
- BHASKAR R. Philosophy and scientific realism. In: Margaret Archer, Roy Bhaskar, Andrew Collier, Tony Lawson and Alan Norrie (ed.). **Critical realism: essential readings**. London; New York: Routledge; 1998. p. 16-47.
- BHASKAR R. Postscript to the second edition. In: Roy Bhaskar. **A realist theory of science**. London; New York: Routledge; 2008. p. 243-53.
- BARNES, M.; MATKA, E.; SULLIVAN, H. Evidence, understanding and complexity: evaluation in non-linear systems. **Evaluation**, v. 9, n. 3, p. 265–284, 2003.
- BARRIENTOS, A. et al. **Social protection for the poor and poorest: concepts, policies and politics**. New York, N.Y.: Palgrave Macmillan, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União.
- BURGOS, M. B. Cidade, território e cidadania. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, v. 48, n. 1, p. 189–222, 2005.
- BURGOS, M. B. Favela, conjuntos habitacionais, bairros populares e outras formas urbanas. In: **Cidades Sustentáveis? Alguns olhares sobre o tema**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 83–106.
- CHEN, H.-T. 2 - The theory-driven perspective: the new alternative 4 - Applications of theory-driven evaluations. In: **Theory-driven evaluations**. USA: SAGE Publications, 1990. p. pp.39-56; p.77–86.
- CHEN, H.-T.; ROSSI, P. H. Issues in theory-driven perspective. **Evaluation and Program Planning**, v. 12, p. 299–306, 1989.

CLARK, A. M. Critical realism. In: Lisa M. Given (ed.). **The Sage Encyclopedia of qualitative research methods**. London, New York. 2008.

COCKERHAM, W. **Social causes of health and disease**. 2nd. ed. Cambridge Malden, MA: Polity Press. 2013.

CORYN, C. L. S. et al. A systematic review of theory-driven evaluation: practice from 1990 to 2009. **American Journal of Evaluation**, v. 32, n. 2, p. 199–226, jun. 2011

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3593–3604, ago. 2014.

DANERMARK, B. et al. **Explaining Society**. London: New York, 2001.

DOUTHWAITE, B. et al. Evaluating complex interventions: A theory-driven realist-informed approach. **Evaluation**, v. 23, n. 3, p. 294–311, 2017.

GEORGES, R. **A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo, SP: Oxfam Brasil, set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Perfil dos Municípios Brasileiros 2013**. Rio de Janeiro: RJ, IBGE, 2014.

LAVINAS, L. A financeirização da política social: o caso brasileiro. **Politika (Forthcoming at)**, v. 2, n. Rio de Janeiro: Fundação João Mangabeira, p. 1–21, jul. 2015.

LEITE LOPES, J. S. Sobre o debate da distribuição da renda leitura crítica de um artigo de fishlow. **Revista de Administração de Empresas**, v. 13, p. 47–61, 3 set. 1973.

LEITE LOPES, J. S. Anotações em torno do tema “condições de vida” na literatura sobre a classe operária. In: Luiz Antonio Machado da Silva (org.). **Condições de vida das camadas populares**. Zahar Editores S. A.: Rio de Janeiro:, 1982. p. 21–58.

MAGALHÃES, R. Implementação de programas multiestratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19(7), p. 2115–2123, 2014.

MALTA, M. M. DE. Sentos do contraste: o debate distributivo no “milagre”. In: Maria Mello de Malta.[et al.] (org.). **Ecos do desenvolvimento: uma história do pensamento econômico brasileiro**. Rio de Janeiro: Ipea: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento:, 2011. p. 193–222.

MALTA, M. M. DE; GANEM, A. (EDS.). **Ecos do desenvolvimento: uma história do pensamento econômico brasileiro**. 1a ed. Rio de Janeiro: Ipea: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2011.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

NERI, M. Cartão Família Carioca: o Bolsa Família 2.0. **Revista Conjuntura Econômica**, v. 64, n. n.11, p. 60- 64., nov. 2010.

NERI, M. C. **A escalada da desigualdade - Qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e pobreza?** Fundação Getúlio Vargas - Centro de Políticas Sociais: Rio de Janeiro, ago. 2019.

NU. CEPAL. **Panorama Social de América Latina 2018**. Chile: Santiago, 2018.

OWUSU-ADDO, E.; RENZABO, A. M. N.; SMITH, B. J. Evaluation cash transfer program in sub-Saharan Africa: a methodological review. **Evaluation and Program Planning**, v. 68, n. Elsevier, p. 47–56, 2018.

OWUSU-ADDO, E.; RENZABO, A. M. N.; SMITH, B. J. Cash transfers and the social determinants of health: Towards an initial realist program theory. **Evaluation**, v. 25, n. 2, p. 224–244, abr. 2019.

PATTON, M. Q. 8. Evaluation focus options: developmental evaluation and other alternatives. In: **Utilization Focused Evaluation**. 4th. ed. USA: SAGE Publications Sage UK: London, England, 2008. p. 271–305.

PAWSON, R. Nothing as Practical as a Good Theory. **Evaluation**, Speeches and Addresses. v. 9, n. Sage Publications, p. 471–490, 2003.

PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic evaluation**. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage, 1997.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi; Francisco J. Mercado (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3 ed. ed. Petrópolis, RJ: Vozes:, 2013. p. 65-86.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. D. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 8 abr. 2019.

RIDDE, V.; GUICHARD, A. Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. **Global Health Promotion**, v. 18, n. 3, p. 47–60, set. 2011.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** 1a. ed., Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SAYER, A. **Method in Social Science: a realist approach**. 2nd. ed. London: Routledge, 1992.

SCALON, C., SALATA, A. Desigualdades, estratificação e justiça social. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 16. n. 2, p. 179, 31 ago. 2016.

SOUZA, P. H. G. F. DE. **A desigualdade vista do topo: a concentração de renda entre os ricos no Brasil, 1926-2013**. Doutorado—Brasília, DF: Universidade de Brasília Instituto de Ciências Sociais Departamento de Sociologia, set. 2016.

SOUZA, P. H. G. F. DE et al. **Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA, Rio de Janeiro, ago. 2019.

- SOUZA, M. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, SP: Hucitec Editora, 2002.
- TILLY, C. **Durable inequality**. Berkeley: University of California Press, 1998.
- VANDENBERGHE, F. **Teoria social realista: um diálogo franco-britânico**. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Editora UFMG : IUPERJ, 2010.
- WEISS, C. H. Theory-based evaluation: past, present and future. New directions for evaluation. **New Directions for Evaluation**, v. 76, n. San Francisco, CA: Jossey-Hass, p. 41–55, 1997.
- WORLD BANK (ED.). **The state of social safety nets 2015**. Washington, DC: World Bank Group, 2015.
- YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. EUA: SAGE Publications, 1994.
- YIN, R. K. Validity and generalization in future case study evaluations. **Evaluation**, v. 19, n. 3, p. 321–332, jul. 2013.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pobreza e a desigualdade podem ser estudadas a partir de diferentes abordagens e perspectivas de análise. Optou-se por estudar um termo associado a outro, pois se compreende que são interdependentes. Pobreza não é sinônimo de privação de renda, tampouco as desigualdades se reduzem às desigualdades de renda (ROCHA, 2003; SCALON, 2011). Ambos os conceitos são complexos e dificilmente é possível analisar um, sem relacionar o outro. Pobreza e desigualdade se interpenetram e buscam mostrar variações, internas aos grupos sociais, evitando-se assim tornar um ou outro conceito absoluto e homogeneizador. Entende-se ambos os conceitos como relacionados a fenômenos que são multidimensionais e de longa duração.

A desigualdade de renda ocupa o centro do debate público e acadêmico, tendo sido objeto de diversos estudos que tendem, sistematicamente, a afirmar e a demonstrar que o Brasil (considerado como um país de rendimento médio-alto) não é um país pobre, mas sim desigual. A renda do país se concentra entre os 5% mais ricos que detêm a mesma fatia de renda que os demais 95% (GEORGES, 2017) e a pobreza monetária cresceu nos anos recentes (IBGE, 2019). Entre 2016 e 2017, a pobreza aumentou 4% (54,8 milhões de pessoas) e a pobreza extrema atingiu 13% (15,3 milhões de pessoas), dois milhões a mais que em 2016. Conforme demonstrado pelo IBGE, a pobreza monetária se soma às desigualdades sociais haja vista, por exemplo, que mais da metade dos arranjos familiares formados por responsável sem cônjuge e com filho(s) até 14 anos estava abaixo da linha da pobreza²⁶ (54%). Quando o responsável é mulher preta ou parda o percentual aumenta para 63% (IBGE, 2019, p.62).

Considerando a magnitude e a persistência da pobreza (monetária e não monetária) e suas implicações sobre a saúde, elegeu-se como objeto de investigação o Programa Bolsa Família e o desafio para a melhoria das condições de saúde e das vulnerabilidades sociais dos beneficiários. Sob esse aspecto, o PBF foi examinado a partir da implementação das condicionalidades de saúde. É sabido que a transferência de renda viabilizou a subsistência e o acesso ao mercado de consumo de parcela da população beneficiária (COHN, 2013; LAVINAS, 2015; LAVINAS, 2013) e que seu maior impacto foi sobre a pobreza extrema (SILVA, 2018). Contudo, seu efeito sobre a desigualdade de renda foi nulo (ARRETCHE, 2018). Segundo

²⁶ Sobre a linha da pobreza, ver IBGE, 2019 (p. 58): com base na Renda Nacional Bruta - RNB per capita, o Banco Mundial sugere a linha de US\$ 5,50 per capita em Paridade de Poder de Compra (PPC) para classificar as pessoas na pobreza. Essa linha foi adotada nas Sínteses de Indicadores Sociais de 2017 e de 2018. Segundo o IBGE, em 2018, no Brasil, havia 25,3% da população com rendimentos inferiores a US\$ 5,50 PPC por dia, aproximadamente R\$ 420 mensais, o que equivale acerca de 44% do salário mínimo vigente em 2018.

Arreteche, as transferências governamentais (contributivas e não contributivas) e os ganhos salariais vinculados ao salário mínimo tiveram maior impacto.

Nesse sentido, a pergunta de amplo espectro sobre os efeitos do PBF sobre a desigualdade de renda já foi respondida. Ainda assim, é possível, a partir de um caso empírico, indagar se a transferência de renda condicionada contribui para a redução da pobreza, das desigualdades e a melhoria do cuidado à saúde junto às famílias. Para responder a esta pergunta avaliativa, selecionou-se uma Unidade Básica de Saúde, localizada em uma das maiores favelas do município do Rio de Janeiro. Dado que a Estratégia Saúde da Família passou a incorporar, em suas atividades, a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias inseridas no programa, buscou-se examinar a implementação das ações e seus possíveis alcances e limites.

Por se tratar de uma pesquisa avaliativa, os resultados empíricos estão em grande parte atrelados ao referencial teórico-metodológico. Por este motivo, nesta pesquisa os programas de transferência de renda, com ou sem condicionalidades, foram interpretados como intervenções complexas (OWUSU-ADDO; RENZABO; SMITH, 2018), fortemente dependentes dos contextos locais de implementação e capazes de produzir múltiplos impactos influenciados por diferentes fatores (ambiente político, condições socioeconômicas, níveis de adesão dos beneficiários, gestores e profissionais, infraestrutura de serviços públicos). A pesquisa avaliativa desenvolvida valorizou tal complexidade e aprofundou a análise sobre a natureza das mudanças pretendidas. Neste esforço, o estudo da teoria do programa Bolsa Família e da Estratégia Saúde da Família foi crucial. A premissa foi, portanto, de que as avaliações não podem prescindir da reflexão sobre a complexidade das intervenções e sobre as hipóteses que sustentam a articulação entre atividades, recursos, efeitos e alcances. Para dar conta das mudanças pretendidas pelos Programas é fundamental a realização de pesquisas que contribuam para a produção de conhecimento, por meio da capacidade reflexiva gerada acerca das práticas, dos programas e das políticas em cada contexto.

Com base na avaliação realista e na avaliação orientada pela teoria, o estudo privilegiou o processo de implementação local. Não se buscou apenas confrontar a teoria do programa e sua implementação, mas sim compreender a densidade das premissas acerca dos alvos de mudança, e os conflitos e as contradições associados à efetividade das ações. Como visto, o contexto local é desafiante e a realidade não é determinada e unívoca. Pelo contrário, é estruturada, diferenciada e em mudança, como enfatizado por Bhaskar (1998), na sua *démarche* sobre o realismo crítico.

O estudo permitiu identificar que uma parte importante da teoria do programa refere-se às iniciativas voltadas para a “emancipação das famílias”. Estas iniciativas, constituídas fundamentalmente por “programas complementares”, revelam mecanismos externos ao setor da saúde e são as que apresentam as principais lacunas. É consenso que o valor do recurso de transferência de renda é baixo e insuficiente para a manutenção da subsistência o que, em certa medida, explica porque no PBF muitas famílias permanecem beneficiárias por um longo período de tempo. Por outro, a dinâmica das relações sociais e dos arranjos familiares (mulheres chefes de família, grau educacional, violência doméstica, segregação ocupacional em razão do território, fragilidade das redes pessoais e institucionais de apoio) revela que a pobreza e as desigualdades estruturais requerem ações de longo prazo, intersetoriais e contínuas. São famílias atendidas pelo Programa que, em alguns casos, dependem por gerações de algum auxílio público, mas este é restrito (caso do “aluguel social” para moradia) e insuficiente para romper o ciclo intergeracional de pobreza. Políticas estruturais de redistribuição de renda associadas aos mecanismos de proteção social não parecem ter surtido efeito ou alcançado a população pobre, e mesmo a extremamente pobre, na intensidade que se faz necessária para frear as desigualdades duráveis e alterar as trajetórias de vida.

Profissionais e titulares beneficiários entrevistados reconheceram que a expansão da Estratégia da Saúde da Família trouxe alternativas para a maior cobertura das ações e dinamização do cuidado, até então inexistente no território e para a população como um todo. Independente de receber ou não benefício, as ações de atenção básica foram valorizadas, ainda que passíveis de crítica em função da escassez de profissionais, de medicamentos e da necessidade de funcionamento em horário integral e ininterrupto (haja vista o fechamento da Clínica e a suspensão das visitas domiciliares devido aos confrontos armados). Para as titulares, o acompanhamento em saúde é relevante, mas secundarizado em face do recurso monetário e do acesso à escola para os filhos que lhes permite, dependendo do caso, exercer atividades remuneradas. A saúde materno-infantil é incentivada junto aos usuários da Clínica como um todo e, sob esse aspecto, as condicionalidades de saúde são vistas como parte da rotina para as beneficiárias entrevistadas, pois acreditam que cumpririam o calendário de vacinas e demais cuidados independentemente do PBF. Contudo, a experiência de alguns profissionais indicou o contrário, e atestou a necessidade de manter as condicionalidades como uma exigência do cuidado em saúde.

O recurso monetário é recebido como um alívio da pobreza (“ajuda”), e insuficiente para “mudar de vida”. Já os cuidados em saúde, em certa medida, são resguardados pela atenção

primária, auxiliando no desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis, ainda que constrangidos pelos recursos econômicos, a violência no território e a falta de infraestrutura local (ausência de espaços de lazer, isolamento social em decorrência do estigma da favela, espaços públicos inadequados ou inexistentes para a prática de esporte). Alguns beneficiários reconhecem que “morreriam de fome” se fossem depender do recurso para sobreviver e imputam à sua própria força de vontade a busca por alternativas e por mudanças. Já outros, mais velhos e sem rede de apoio, assumem uma condição de maior dependência do benefício e também dos cuidados em saúde, proporcionados pela Clínica. Alguns casos são emblemáticos, tanto em termos da condição de extrema pobreza e vulnerabilidade, quanto pelas intervenções em saúde, associadas ou não ao PBF, mas que imprimem mudanças na dinâmica familiar de cuidados.

Constatou-se, a partir do estudo, que as condicionalidades são cumpridas prescritivamente o que, por um lado, permite sua tradução em metas e indicadores compatíveis com a métrica nacional, mas por outro, restringe a capacidade de ações de mais amplo alcance e ao mesmo tempo mais específicas. A dinâmica do cuidado opera tanto pelo recurso que permite a compra de alimentos, de gás, de remédios, de fraldas descartáveis, roupas e calçados para os filhos, quanto também pelo acesso aos serviços de saúde. A condicionalidade de saúde é um mecanismo gerativo limitado, pois é sabido que apenas “pesar, medir e vacinar” é insuficiente para a melhoria das condições de vida, mas é uma oportunidade para que “mulheres-mães” e seus filhos acessem à Clínica, com relativa regularidade. Ainda assim, o cuidado em saúde, no âmbito das condicionalidades, lida com os limites de implementação da APS, uma vez que casos complexos, como de saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas, requerem ações intra e intersetoriais. A mudança de padrões, no cuidado e autocuidado, é vista para além da saúde, o que impõe ações conjuntas na abordagem com determinadas famílias, o que torna ainda mais complexa a implementação das iniciativas. Por outro lado, é consenso que aqueles que mais necessitam de atenção em saúde não necessariamente procuram a Clínica, inclusive entre os beneficiários do PBF.

É possível afirmar que as condicionalidades em saúde expressam um componente importante do PBF e que a ESF contribui para a operacionalização e catalisação dos seus efeitos, uma vez que recai sobre a equipe esta responsabilidade. Apesar da teoria do programa prever que esta responsabilidade seja compartilhada entre as famílias e os poderes públicos, muitas vezes se observa a sua transformação em um mecanismo de controle sobre as famílias, o que ocasiona a negativa em receber os ACS ou até mesmo cumprir as condicionalidades. As

interpretações sobre esta recusa são diversificadas e reúnem desde a falta de compreensão e interesse no cuidado condicionado ao Programa até explicações que passam pela alegação de que os beneficiários são “preguiçosos” e por isso recebem (indevidamente) o benefício. A recusa ao cuidado ativa mecanismos morais para lidar com a diversidade de situações em que, geralmente, as “mulheres-mães” responsáveis pela família são jovens, com baixa escolaridade e com filhos pequenos.

Ainda que a EqSF apresente uma visão não uniforme sobre os efeitos do PBF e sobre as famílias atendidas, no sentido de que muitas não são efetivamente alcançadas, prevalece a ideia de que sem a condicionalidade em saúde as famílias estariam em piores condições. Se na teoria do programa um dos efeitos pretendidos é a melhoria dos cuidados em saúde, é possível afirmar que onde a ESF foi implementada este componente do PBF apresenta efeitos positivos. Ainda assim, é consenso que o sucesso da implementação do Programa está para além da saúde e implica em projetos que permitam romper com os ciclos intergeracionais de reprodução das condições de pobreza.

Apesar dos avanços em termos de política de proteção social, garantida constitucionalmente, a heterogeneidade estrutural socioeconômica permanece gerando profundas desigualdades. Os mecanismos gerativos das desigualdades, e consequentes vulnerabilidades, reforçam a pauperização. O desafio da efetividade da transferência de renda, com ou sem condicionalidade, como principal mecanismo de combate à pobreza permanece incontornável. A institucionalização e a expansão da Estratégia Saúde da Família se destacam como aspectos importantes no processo de reconhecimento da saúde como um direito. Contudo, encontram-se ameaçados pelo modelo econômico adotado e as restrições orçamentárias, o que pode levar à diminuição da oferta de serviços de saúde pública.

Tradicionalmente as avaliações tendem a privilegiar o impacto do PBF sobre a população beneficiária e em que medida os indicadores, gerados pelo acompanhamento das condicionalidades, corroboram ou não o avanço das ações em educação e em saúde. Ao adotar a avaliação realista e incorporar aspectos do realismo crítico para a análise do PBF, o estudo destaca a importância de pesquisas avaliativas e do alcance de teorias de longo e médio alcance que permitam “testar” as teorias. Por outro lado, ao tomar a pobreza e as desigualdades como fenômenos concretos, a pesquisa buscou operacionalizar os diferentes domínios da realidade (real, atual e empírico). Partindo do princípio que os programas são pensados para intervir sobre problemas sociais, o objetivo ampliado da pesquisa foi compreender como os programas, e especialmente o BF, têm poderes para provocar mudanças. Assim, foi possível reconhecer a

existência de mecanismos gerativos (visíveis e invisíveis) capazes de gerar resultados em determinados contextos, dependendo de para quem, como e em quais situações incidem. O PBF envolve múltiplos mecanismos e contextos. Ainda assim é possível, por intermédio de um estudo de caso, estabelecer padrões de regularidades capazes de “testar” a teoria do programa, e problematizar os sinais de efetividade e mudança no contexto.

O trabalho de campo e as entrevistas forneceram amplo material empírico de pesquisa a ser complementado em estudos futuros que permitam suprir lacunas e fragilidades. Se foi possível compreender como as famílias “se tornam” beneficiárias do programa e passam a ser acompanhadas pela Clínica, o mesmo não foi possível no que se refere à dinâmica que envolve aquelas famílias que passaram a não receber mais o benefício. Os casos de desligamento do programa por conta de “irregularidades” ou “descumprimento” das condicionalidades são conhecidos, mas aqueles em que as famílias rompem o ciclo de pobreza, ainda que reduzidos, merecem ser estudados. Outra lacuna refere-se ao estudo aprofundado das dinâmicas familiares a partir de múltiplos pontos de vista, incluindo-se aqueles associados à rede de parentesco. As narrativas de adolescentes, homens e casais ampliam as possibilidades de análise e entendimento dos mecanismos de manutenção das desigualdades sociais e da pobreza intergeracional. Igualmente, cabe ampliar investigações sobre as formas de legitimação da transferência de renda e os cuidados em saúde, considerando-se os agentes sociais que participam dessa produção, como por exemplo, demais gestores públicos, membros das equipes multiprofissionais de saúde, integrantes dos demais setores da política (educação e assistência).

Alguns limites podem ser enumerados no estudo os quais, por sua vez, apontam caminhos futuros de pesquisa. As entrevistas com as titulares das famílias beneficiárias foram realizadas na Clínica uma única vez. Tendo em vista a dificuldade para contatá-las, foi feita uma entrevista, cabendo futuramente retornar às entrevistadas, e ampliar o horizonte temporal no sentido de precisar as mudanças trazidas pelo PBF e seus efeitos de mais longo prazo sobre as condições de vida e de saúde. Tendo em vista os confrontos violentos no território, não foi possível realizar as entrevistas nos domicílios ou em outros lugares escolhidos pelas titulares entrevistadas. A ida ao local de residência e as conversas com outros membros da família poderiam estender as possibilidades de análise e conhecimento sobre a dinâmica do cuidado. Igualmente, cabe melhor entender a trajetória de vida das famílias beneficiárias, bem como dos profissionais. Em ambos os casos foi possível uma aproximação dessa trajetória que revelou perfis distintos, no caso dos profissionais, mas também aspectos em comum que estabelecem conexões entre os ACS e os beneficiários. No caso dos profissionais com ensino superior, a

formação voltada para o atendimento de famílias ou comunidades apresenta-se como um mecanismo importante para entendimento do contexto da pobreza urbana. Uma limitação da pesquisa foi não ter aprofundado o conhecimento das iniciativas governamentais oferecidas para as famílias no sentido de inserção no mundo do trabalho, e da rede de apoio necessária para acessar esses recursos como por exemplo, capacitação profissional e educação continuada. Da mesma maneira, caberia examinar a relação entre os entes federativos no que se refere a gestão da ESF e do PBF no sentido de compreender como a política estadual e municipal se articulam e quais os recursos disponíveis para implementar ações intersetoriais. Tendo em vista a trajetória do Programa, também seria pertinente retornar aos agentes-chave da sua concepção. Igualmente relevante é a realização de estudos futuros comparativos, os quais poderão contribuir para a generalização das conclusões apresentadas e, assim, ampliar o escopo da análise.

Por fim, é importante dar continuidade e refinar as abordagens e enfoques teórico-metodológicos no campo dos estudos sobre pobreza, desigualdades e vulnerabilidades associadas à saúde. Nesta aproximação, a articulação se deu mediante as condicionalidades e a atenção primária. Contudo, vale aprofundar a análise sobre a dinâmica de saúde, para além da atenção primária e dos seus serviços, expandindo o estudo das diferentes dimensões do processo de promoção da saúde em outras esferas da saúde. Igualmente importante é o estudo dos múltiplos mecanismos gerativos acionados por programas para além do PBF, mas que trazem em comum o foco sobre a redução das desigualdades, da pobreza e das vulnerabilidades sociais.

6. REFERÊNCIAS

- ABRAMO, L.; CECCHINI, S. Presente y futuro de las transferencias monetarias para la superación de la pobreza frente a los desafíos de inclusión social y laboral. In: Tiago Silva Falcão (org.). **Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)**. Brasília: Enap., 2018. p. 507-530.
- AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291–4300, nov. 2014.
- ALKIN, M. C.; VO, A. T. Section A - What is evaluation? In: **Evaluation essentials from A to Z**. New York: Guilford: 2018, p. 5-15.
- ALVAREDO, F. A. et al. **World inequality report 2018**. Washington, DC. World Inequality Lab, 2017, 2018.
- ALVES, H.; ESCOREL, S.. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. **RevistaPanamSaludPublica** 34(6), 2013
- ANDRADE, M. V. et al. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). **Health Policy and Planning**, v. 33, n. 3, p. 368–380, 1 abr. 2018.
- ARRETICHE, M. Preface. In: Marta Arretiche (ed.). **The paths of inequality in Brazil. A half-century of changes**. New York, NY: Springer, 2018. p. v–xviii.
- ARRETICHE, M. **Paths of inequality in Brazil: a half-century of changes**. New York, NY: Springer, 2018b.
- ARRETICHE, M. The Geography of Access to Basic Services in Brazil. In: Marta Arretiche (ed.). **Paths of Inequality in Brazil: a half-century of changes**. New York, NY: Springer, 2018c.
- ARRETICHE, M. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, n. 96, 5 fev. 2018d.
- BADDINI, C.; VIANA, I. A. V. Mecanismos de coordenação no Bolsa Família: a importância da estratégia de implementação. In: Tiago Falcão Silva (org.). **15 Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, 2018, p. 57-78.
- BARBOSA, T. V. O Programa Bolsa Família segundo a comunidade científica internacional. In: Tiago Falcão Silva (org.). **Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, 2018. p. 33–56.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: Portugal, 2011.
- BARLEY, N. **El antropólogo inocente: notas desde una choza de barro**. Barcelona: Anagrama, 1995.
- BARNES, M.; MATKA, E.; SULLIVAN, H. Evidence, understanding and complexity: evaluation in non-linear systems. **Evaluation**, v. 9, n. 3, p. 265–284, 2003.

BARRIENTOS, A. et al. **Social protection for the poor and poorest: concepts, policies and politics**. New York, N.Y.: Palgrave Macmillan, 2008.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Editora Hucitec: SP, 1993.

BHASKAR R. Philosophy and scientific realism. In: Margaret Archer, Roy Bhaskar, Andrew Collier, Tony Lawson and Alan Norrie (ed.). **Critical realism: essential readings**. London; New York: Routledge; 1998. p. 16-47.

BHASKAR R. Postscript to the second edition. In: Roy Bhaskar. **A realist theory of science**. London; New York: Routledge; 2008. p. 243-53.

BLAMEY, A.; MACKENZIE, M. Theories of change and realistic evaluation: peas in a pod or apples and oranges? **Evaluation**, v. 13, n. 4, p. 439–455, out. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. .

BRASIL. **Exposição de Motivos nº 47/C.CIVIL-PR**. 20 de outubro de 2003.

BRASIL. **Lei nº. 10.836 de 9 de janeiro de 2004** estabelece o Programa Bolsa Família, criado inicialmente por medida provisória MPv nº 132 de 20 de outubro de 2003.

BRASIL. **Lei nº 12.817 de 5 de junho de 2013**.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas**

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 **do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 44ª edição. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRITO, T. F. The emergence and popularity of conditional cash transfer in Latin America. In: **Social protection for the poor and poorest: concepts, policies and politics**. Palgrave Macmillan: New York/EUA: Armando Barrientos, David Hulme, 2008. p. 181–193.

CAEIRO, A. Poemas Inconjuntos, (1913-1915). In: **Poemas Completos de Alberto Caeiro**, Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar, 1986, pp. 172-173)

CAMPBELL, D. T.; OVERMAN, E. S. **Methodology and epistemology for social science: selected papers**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (eds.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013.

CHEN H. Cap. 2 - The theory-driven perspective: the new alternative. Cap. 4 - Applications of theory-driven evaluations. In: H. Chen. **Theory-driven evaluations**. SAGE Publications UK: London, England; 1990. p. 367-56; p.77-86.

CHEN, H.-T.; ROSSI, P. H. Issues in theory-driven perspective. **Evaluation and Program Planning**, v. 12, p. 299–306, 1989.

CLARK, A. M. Critical realism. In: Lisa M. Given(ed.). **The Sage Encyclopedia of qualitative research methods**. UK, 2008.

COLLIER, A. **Critical realism: an introduction to Roy Bhaskar's philosophy**. London ; New York: Verso, 1994.

COHN, A. Desafios de uma trajetória de êxito: dez anos do Bolsa Família. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013. pp.455-466.

COHN, A. O Estudo da Políticas de Saúde: Implementações e Fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 219-246.

COHN, Amélia. **Programa de transferência de renda e a questão social no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos Estudos - INAE, 2004. (Estudos e Pesquisa. Nº85.

CORYN, C. L. S. et al. A Systematic Review of Theory-Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009. **American Journal of Evaluation**, v. 32, n. 2, p. 199–226, jun. 2011

CRESWELL, J. W. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches** (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2009.

DRAIBE, S. Social Policy and Development in Latin America: The Long View. **Social Policy Administration**, v. 43, n. 4, p. 328-346, 2009.

DANERMARK, B. et al. **Explaining Society**. UK: Routledge, 2001.

DE SALAZAR, L.; UNIVERSIDAD DEL VALLE. **Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas**. Santiago de Chile (Chile): Universidad del Valle, 2011.

DEVEREUX, S. **Social protection for the poor: lessons from recent international experience**. Brighton: IDS, 2002.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, dez. 2016.

FONSECA, A. M. M.; D'ÁVILA VIANA, A. L. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12(6), p. 1505–1512, 2007.

FERRAREZI, E. F.; AREAS DA SILVA, M. A. SAGI: doze anos de gestão da informação e

do conhecimento para políticas e programas de desenvolvimento social. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate - Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2015-2016**, v. n.º. 27, p. 68–107, de maio de 2016.

FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. T. O processo avaliativo em promoção da saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **Boletim Técnico do SENAC: a R. Educ. Prof.**, v. 35, n. n. 2, p. 28–35, maio/ago 2009.

GEORGES, R.(org.). **A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo, SP: OXFAM Brasil, 2017.

GIVEN, L. M. (Ed.). **The Sage encyclopedia of qualitative research methods**. Los Angeles, Calif: Sage Publications, 2008.

HIMMELFARB, G. **La idea de la pobreza: Inglaterra a principios de la época industrial**. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

HIMMELFARB, G. Introducción. In: HIMMELFARB, G. **La idea de la pobreza. Inglaterra a principios de la época industrial**. México: Fondo de Cultura, 1988. p. 11–28.

ICHIHARA, M. et al. Programa de Transferência de Renda Condicionada e seus efeitos na saúde: impactos do Programa Bolsa Família. In: Tiago Silva Falcão (org.). **Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)**. Brasília: Enap: Tiago Silva Falcão, 2018. p. 315–338.

INSTITUTO CIDADANIA. **Projeto Fome Zero – Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil - Documento Síntese Versão 3**:Instituto Cidadania: São Paulo, , 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019**. Rio de Janeiro, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2019.

JULIEN, H. Content Analysis. In: Lisa M. Given (ed.). **The Sage encyclopedia of qualitative research methods**. Sage Publications Inc.: UK, 2008. p. 120–121.

KELLY, M. J. Evaluation Research. In:Lisa M. Given (ed.). **The Sage encyclopedia of qualitative research methods**. Sage Publications Inc.: UK, 2008. p. 303–306.

LAVINAS, L. Latin America. Anti-Poverty schemes instead of social protection. **Desigualdades Working Paper**, v. n. 51, n. Berlin, Freie Universität, 2013.

LAVINAS, L. A financeirização da política social: o caso brasileiro. **Politika (Forthcoming at)**, v. 2, n. Rio de Janiro: Fundação João Mangabeira, p. 1–21, jul. 2015.

LAVINAS, L.; SIMÕES, A. Social policy and structural heterogeneity in Latin America: the turning point of the 21st century.**Revista de Economia Contemporânea**, v. 21, n. 2, 21 dez. 2017.

LEITE LOPES, J. S. Sobre o debate da distribuição da renda leitura crítica de um artigo de fishlow. **Revista de Administração de Empresas**, v. 13, p. 47–61, 3 set. 1973.

LEITE LOPES, J. S. Anotações em torno do tema “condições de vida” na literatura sobre a classe operária. In: **Condições de vida das camadas populares**. Zahar Editores S. A.: Rio de Janeiro: Luiz Antonio Machado da Silva, 1982. p. 21–58.

LINDELOW, M. et al. Evaluating the impact of Bolsa Família on health outcomes: a critical review. In: Tiago Silva Falcão (org.). **Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)**. Brasília: Enap: 2018. p. 293–314.

LINDERT, K. et al. **The nuts and bolts of Brazil’s Bolsa Família Program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context**. The World Bank, Washington, 2007.

MACEDO, J. M.; XEREZ, F. H. S.; LOFRANO, R. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate - Nº 26 - Intersetorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do programa bolsa família**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2016.

MACHADO DA SILVA, L. A. A política na favela. Artigo originalmente publicado na revista “Cadernos Brasileiros” em 1967. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social.**, v. 4, n. nº 4, p. 699–716, dez. 2011.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; CONSTANTE JAIME, P.; LIMA, A. M. C. DE. O papel do setor saúde no programa bolsa família: histórico, resultados e desafios para o sistema único de saúde. In: **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília, DF: IPEA, 2013.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21(6). P. 1767-1775, 2016.

MAGALHÃES, R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1427–1436, jul. 2015.

MAGALHÃES, R. Implementação de programas multiestratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19(7). p. 2115-2123, 2014.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R.. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizagens. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14(3). p. 861-868, 2009.

MAGALHÃES, R.; RAMOS, C. L.; BODSTEIN, R.; PERES, F.; BURLANDY, L.; COELHO, A.V.; FERREIRA, M.N.; SENNA, M.C.M.; SILVA, C. S.; GOMES, L.C.. Análise da implementação de ações intersetoriais: desafios e alternativas metodológicas. In: **Cidades saudáveis? alguns olhares sobre o tema**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2014. pp. 225-242.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos aos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. 3ª ed. São Paulo, SP: Abril Cultural, 1984.

MARMOT, M. Brazil: rapid progress and the challenge of inequality. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, dez. 2016.

MARCHAL, B.; BELLE, S. V.; OLMEN, J. V.; HOERÉE, T.; KEGELS, G. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health system research. **Evaluation**, v. 18, n. 2, p. 192–212, 2012.

MARQUES, R. M. **A importância do Bolsa Família nos municípios brasileiros**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília 2005.

MAXWELL, J. A. **A realist approach for qualitative research**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2012.

MAXWELL, J. A.; MITTAPALLI, K. Realism as a stance for mixed methods research. In: **SAGE Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research**. 2nd ed, Sage Publications: UK, 2010.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ, Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS); SECRETARIA NACIONAL DE RENDA E CIDADANIA (SENARC). **Coletânea da Legislação Básica do Cadastro Único do Programa Bolsa Família**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, 2017.

MOORE, G. F. et al. From complex social interventions to interventions in complex social systems: future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. **Evaluation**, v. 25, n. 1, p. 23–45, jan. 2019.

MORAES, V. D. DE; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 129–143, set. 2017.

MOYSÉS, S. T.; FRANCO DE SÁ, R. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4323–4330, nov. 2014.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, dez. 2016.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo, SP: Hucitec Editora, 2013.

OWUSU-ADDO, E.; RENZABO, A. M. N.; SMITH, B. J. Evaluation cash transfer program in sub-Saharan Africa: a methodological review. **Evaluation and Program Planning**, v. 68, n. Elsevier, p. 47–56, 2018.

PATTON, M. Q. Chapter 2 - When to use qualitative methods. Chapter 6 - Analysing and interpreting qualitative data. In: **How to use qualitative methods in evaluation**. UK: SAGE Publications, Inc. UK: London, 1987. p. 23–43; 144–145.

PATTON, M. Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 2002.

PAUGAM, S. **La société française et ses pauvres: l'expérience du revenu minimum d'insertion**. 2. éd.Paris: Presses universitaires de France, 1993.

PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic evaluation**. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage, 1997.

PAWSON, R.. Nothing as practical as a good theory. In: Evaluation. Vol 9, n. 4, p. 471-490, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Compara Rio**. Disponível em: <<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/comparario/>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro, RJ: Campus, 1980.

POTVIN, L; CHABOT P. O esplendor e a miséria da epidemiologia na avaliação da promoção da saúde. In: Zulmira Hartz, Louise Potvin e Regina Bodstein (orgs.).**Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012**. Brasília (DF): CONASS; 2014. p. 23-37.

POTVIN, L. Intersectoral action for health: more research is needed! **International Journal of Public Health**, v. 57, n. 1, p. 5–6, fev. 2012.

POTVIN L, McQueen DV, Hall M. **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer; 2008.

POTVIN L, GENDRON S, BILODEAU A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi Francisco Javier Mercado (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.

PUTNAM, R. **Our kids: the American Dream in crisis**. Simon & Schuster Paperbacks, 2015.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C. A. T.; PAES-SOUSA, R; BARRETO, M.L.. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. Disponível em: www.thelancet.com. Published online May 15, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** 1a.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SABATES-WHEELER, R.; DEVEREUX, S. Transformative social protection: the currency of social justice. In: Armando Barrientos, David Hulme (ed.). **Social protection for the poor and the poorest: concepts, policies and politics**. New York, N.Y., 2008. p.64-84.

SANTOS, C. R. B.; MAGALHAES, R. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.5, pp.1215-1224.

SAYER, R. A. Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. **Estudos de Sociologia. Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**. v. 6, p. 7–32, 2014.

SAYER, R. A. **Method in social science: a realist approach**. 2nd ed. London ; New York: Routledge, 1992.

SAYER, R. A. **Why things matter to people: social science, values and ethical life**. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2011.

SCALON, C. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate - Dossiê Diferenças e (Des)Igualdades. **Revista de Sociologia da UFSCar**, v. n. 1, n. São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, p. 49-68, jun. 2011.

SCALON, C., SALATA, A. Desigualdades, estratificação e justiça social. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 16. n. 2, p. 179, 31 ago. 2016.

SABATES-WHEELER, R.;DEVEREUX, S. Transformative social protection: the currency of social justice. In: Armando Barrientos, David Hulme (ed.). **Social protection for the poor and poorest: concepts, policies and politics**. New York, N. Y.; 2008. p.64-84.

SHANKARDASS, K. et al. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **International Journal of Public Health**, v. 57, n. 1, p. 25–33, fev. 2012.

SILVA, T. F. **Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, 2018.

SOUSA, R. P. DE; VAITSMAN, J.; BRAZIL (EDS.). **Metodologias e instrumentos de pesquisas de avaliação de programas do MDS: Bolsa Família, assistência social, segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2007.

SOUZA, P. H. G. F. DE. **A desigualdade vista do topo: a concentração de renda entre os ricos no Brasil, 1926-2013**. Doutorado—Brasília, DF: Universidade de Brasília Instituto de Ciências Sociais Departamento de Sociologia, set. 2016.

SOUZA, P. H. G. F. DE et al. **Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Rio de Janeiro, ago. 2019.

SOUZA, M. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, SP: Hucitec Editora, 2002.

STEINMETZ, G. Odious comparisons: incomensurability, the case study, and “Small N’s” in Sociology. **Sociological Theory**, v. 22:3, n. American Sociological Association, p. 371–400, set. 2004.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research**. United States: SAGE Publications, Inc., 2010.

TILLY, C. **Durable inequality**. Nachdr. ed. Berkeley: Univ. of California Press, 1998.

TILLY, C. Relational Studies of Inequality. **Contemporary Sociology**, v. 29, n. 6, p. 782, nov. 2000.

TREVISANI, J. DE J. D. **Avaliação da implementação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e seu papel no cuidado à saúde - estudo de caso do município do Rio de Janeiro**. Doutorado - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

VAN PARIJS, P.; VANDERBORGHT, Y. Chapter 3 - Prehistory: public assistance and social insurance; Chapter 4 - From utopian dream to worldwide movement. In: **Basic Income: A Radical Proposal for a Free Society and a Sane Economy**. Cambridge, Massachusetts; London, England: Harvard University Press, 2017. p. 62-80; 81-109.

VANDENBERGHE, F. **Teoria social realista: um diálogo franco-britânico**. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Editora UFMG : IUPERJ, 2010.

VANDENBERGHE, F. **What's critical about critical realism? essays in reconstructive social theory**. London ; New York: Routledge, 2014.

VIANA, A. L. D'AVILA; FONSECA, A. M. M. DA; SILVA, H. P. DA. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017.

WEISS, C. H. Theory-based evaluation: past, present and future. New directions for evaluation. **New Directions for Evaluation**, v. 76, n. San Francisco, CA: Jossey-Hass, p. 41–55, 1997.

WEISS, C. H. Understanding the program. In: Carol H. Weiss. **Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies**. 2.ed. United States: Prentice Hall; 1998, p. 46-71.

WORLD BANK (ED.). **The state of social safety nets 2015**. Washington, DC: World Bank Group, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Health in all policies: Helsinki statement, framework for country action : the 8th Global Conference on Health Promotion jointly organized by**. 2014.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. EUA: SAGE Publications, 1994.

YIN, R. K. Validity and generalization in future case study evaluations. **Evaluation**, v. 19, n. 3, p. 321–332, jul. 2013.

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o indivíduo participante

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*O Programa de Transferência Condicionada de Renda Bolsa Família e o Cuidado à Saúde: um estudo de caso*”, realizada por Delaine Martins Costa, discente do doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Rosana Magalhães.

O principal objetivo desta pesquisa é “*analisar o processo de implementação do PBF, com foco sobre as condicionalidades de saúde, no contexto do XXXXX/Rio de Janeiro, identificando alcances, limites e efeitos das intervenções*”.

O convite a sua participação se deve por ser um(a) profissional da Clínica xxxxxxxx e trabalhar na Estratégia Saúde da Família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirá-la a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

O seu depoimento nos permitirá conhecer melhor sua experiência no cuidado à saúde no âmbito do Programa Bolsa Família. Sua participação foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto. Poderemos conversar em sala reservada e será realizada uma entrevista, com tempo de duração previsto de até uma hora.

Caso permita, a entrevista será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro e o áudio será guardado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito e em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Igualmente, o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do CEP/ENSP, e com o fim deste prazo, será descartado.

Toda pesquisa envolve riscos, caso perceba algum constrangimento durante a entrevista a mesma poderá ser interrompida. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, assim como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde e redução das desigualdades sociais. Pretende-se, assim, contribuir para o fortalecimento da troca de saberes e de espaços públicos de saúde, além de trazer mais benefícios diretos e indiretos para os envolvidos com a pesquisa, conhecimentos teóricos e práticos para políticas públicas, formação de profissionais e ações relacionadas à saúde e à atenção junto aos usuários do SUS.

O Termo é redigido em duas vias, sendo uma do(a) participante e outra do pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo(a) participante da pesquisa e pesquisador, com ambas assinaturas apostas na última página. Você receberá uma via e ao final constam os telefones e os endereços institucionais do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da Prefeitura do Rio de Janeiro, instituição coparticipante.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro,

Pesquisador responsável - Delaine Martins Costa, DCS/ENSP/FIOCRUZ

Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

E-mail: delaine.costa@ensp.fiocruz.br

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – DCS, Manguinhos, CEP 21041-210, Tel (21) 2598-2643

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480– Manguinhos, - RJ, CEP 21041-210

Tel (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro – RJ, CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “*O Programa de Transferência Condicionada de Renda Bolsa Família e o Cuidado à Saúde: um estudo de caso*” e concordo em participar. E, ainda:

- Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).
- Não autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).

Assinatura: _____
Participante: Nome: _____
Data: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o indivíduo participante

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*O Programa de Transferência Condicionada de Renda Bolsa Família e o Cuidado à Saúde: um estudo de caso*”, realizada por Delaine Martins Costa, discente do doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Rosana Magalhães.

O principal objetivo desta pesquisa é “*analisar o processo de implementação do PBF, com foco sobre as condicionalidades de saúde, no contexto do XXXXXX/Rio de Janeiro, identificando alcances, limites e efeitos das intervenções*”.

O convite a sua participação se deve por ser um(a) profissional do CRAS. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirá-la a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

O seu depoimento nos permitirá conhecer melhor sua experiência no âmbito do Programa Bolsa Família. Sua participação foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto. Poderemos conversar em sala reservada e será realizada uma entrevista, com tempo de duração previsto de até uma hora.

Caso permita, a entrevista será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro e o áudio será guardado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito e em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do CEP/ENSP, e com o fim deste prazo, será descartado.

Toda pesquisa envolve riscos, caso perceba algum constrangimento durante a entrevista a mesma poderá ser interrompida. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, assim como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde e redução das desigualdades sociais. Pretende-se, assim, contribuir para o fortalecimento da troca de saberes e de espaços públicos de saúde, além de trazer mais benefícios diretos e indiretos para os envolvidos com a pesquisa, além de conhecimentos

teóricos e práticos para políticas públicas, formação de profissionais e ações relacionadas à saúde e à atenção junto aos usuários do SUS.

O Termo é redigido em duas vias, sendo uma do(a) participante e outra do pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo(a) participante da pesquisa e pesquisador, com ambas assinaturas apostas na última página. Você receberá uma via e ao final constam os telefones e os endereços institucionais do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da Prefeitura do Rio de Janeiro, instituição coparticipante.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro,

Pesquisador responsável - Delaine Martins Costa, DCS/ENSP/FIOCRUZ

Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

E-mail: delaine.costa@ensp.fiocruz.br

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – DCS, Manguinhos, CEP 21041-210, Tel (21) 2598-2643

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480– Manguinhos, - RJ, CEP 21041-210

Tel (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro – RJ, CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “*O Programa de Transferência Condicionada de Renda Bolsa Família e o Cuidado à Saúde: um estudo de caso*” e concordo em participar. E, ainda:

- Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).
 Não autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).

Assinatura: _____
Participante: Nome: _____
Data: _____

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o indivíduo participante

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*O Programa de Transferência Condicionada de Renda Bolsa Família e o Cuidado à Saúde: um estudo de caso*”, realizada por Delaine Martins Costa, aluna do doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Rosana Magalhães.

O principal objetivo desta pesquisa é “*analisar o processo de implementação do Programa Bolsa Família, com foco sobre as condicionalidades de saúde, no contexto do XXXXX/Rio de Janeiro, identificando alcances, limites e efeitos das intervenções*”.

O convite a sua participação se deve por ser beneficiário(a) do Programa Bolsa Família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirá-la a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira se não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

O seu depoimento nos permitirá conhecer melhor sua experiência no Programa Bolsa Família e o cuidado à saúde. Sua participação foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto. Poderemos conversar em sala reservada e será realizada uma entrevista, com tempo de duração previsto de até uma hora.

Caso permita, a entrevista será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro e o áudio será guardado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito e em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Toda pesquisa envolve riscos, caso perceba algum constrangimento durante a entrevista a mesma poderá ser interrompida. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, assim como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde e redução das desigualdades sociais.

O Termo é redigido em duas vias, sendo uma do(a) participante e outra do pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo(a) participante da pesquisa e pesquisador, com ambas assinaturas apostas na última página. Você receberá uma via e ao final constam os telefones e os endereços institucionais do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da Prefeitura do Rio de Janeiro, instituição coparticipante.

O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Rio de Janeiro,

Pesquisador responsável - Delaine Martins Costa, DCS/ENSP/FIOCRUZ

Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

E-mail: delaine.costa@ensp.fiocruz.br

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – DCS, Manguinhos, CEP 21041-210, Tel (21) 2598-2643

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480– Manguinhos, - RJ, CEP 21041-210

Tel (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro – RJ, CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro que entendi minha participação na pesquisa e concordo em participar do Projeto intitulado “*O Programa de Transferência Condicionada de Renda Bolsa Família e o Cuidado à Saúde: um estudo de caso*”. E, ainda:

- Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).
- Não autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA: profissionais das Equipes da Clínica e gestores (da ESF ou do PBF)

Trajetória de vida

1. Por favor, me informe seu nome, idade e onde nasceu?
2. Você poderia me contar a sua história, sua formação e como veio a trabalhar na Clínica?

Percepções sobre o território

3. Como você descreveria o território e sua população?

Teoria do Programa

4. Como base na sua experiência, como você percebe os objetivos e alcances do PBF e da ESF, no território?

Teoria da Implementação

5. Quais são atividades desenvolvidas junto aos beneficiários do PBF, aqui na Clínica?
6. Com quais recursos você dispõe no dia a dia para acompanhar as condicionalidades de saúde dos beneficiários de PBF?
7. O que dificulta e facilita o apoio/cuidado a essas famílias?
8. O que mudou na sua rotina de trabalho com acompanhamento do PBF (verificar quando essa é oportuna)
9. Quais são as possíveis mudanças e adaptações que poderiam ser implementadas nessa rotina de cuidado das famílias beneficiárias do PBF?
10. Como são discutidas e disponibilizadas as informações sobre o PBF e a ESF no contexto local?

Articulação entre Teoria do Programa e Teoria da Implementação

11. Quais as principais barreiras, oportunidades e contingências que, na sua opinião, afetam a implementação das condicionalidades do PBF, no contexto da Estratégia da Saúde da Família?
12. Com base em sua experiência, o que funciona (pontos fracos e fortes) no âmbito do Programa no que se refere ao cuidado à saúde e à melhoria das condições de vida das famílias atendidas na Clínica e beneficiárias do PBF?
13. Você acha que melhorou o cuidado à saúde das famílias depois que entraram no Programa?
14. Como o PBF poderia ser aperfeiçoado no que se refere aos cuidados à saúde?
15. Quais as principais lições aprendidas no âmbito do PBF, no contexto da ESF,
16. Como você avalia o PBF?
17. você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: beneficiário/a

Trajatória de vida

1. Por favor, me informe seu nome, idade, onde nasceu e há quanto tempo vive no território?
2. Você poderia me contar a sua história, de como chegou no território?

Configuração Familiar

3. Quem é a sua família?
4. Quem vive com você?

Teoria do Programa e o cuidado à saúde

5. Onde você busca atendimento de saúde?
6. Você e sua família usam a Clínica da Família do território?
7. Quantas vezes, ao ano, vão a Clínica e com quais finalidades?

Teoria da Implementação.

8. Como e quando você passou a receber o benefício do Programa Bolsa Família?
9. Como você usa o dinheiro (benefício) que você recebe?
10. Você considera que houve alguma mudança na sua vida ou da sua família desde o ingresso no programa? Se sim, quais?

Articulação entre Teoria do Programa e Teoria da Implementação

11. Agora, gostaria de refletir sobre os pontos forte e fracos do Programa. Para você quais são os pontos fortes?
12. E os fracos?
13. Na sua opinião, como o programa pode ser melhorado [para avançar na diminuição da pobreza, no cuidado à saúde]?
14. Para você o que o Programa Bolsa Família significa?
15. O que você gostaria de fazer após deixar de receber o benefício?
16. Para você o que é saúde e cuidar da saúde?
17. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE IV

Relação de entrevistados para a pesquisa

Codificação	Categoria	Duração
1	Profissional	1:46:37
2	Profissional	1:31:53
3	Profissional	1:24:25
4	Profissional	0:50:55
5	Profissional	1:07:53
6	Profissional/ACS	0:52:57
7	Profissional/ACS	0:34:12
8	Profissional/ACS	1:04:41
9	Profissional	1:07:48
10	Profissional	0:52:00
11	Profissional	0:57:41
12	Profissional/Creche	0:57:04
13	Profissional/ACS	0:41:48
14	Profissional	1:07:05
15	Profissional	1:40:58
16	Profissional/ACS	0:50:04
17	Profissional/ACS	1:20:00
18	Profissional/CRAS	0:48:00
19	Profissional/CRAS	1:10:00
1	PBFCFADS	0:41:32
2	PBFCFADS	1:17:03
3	PBFCFADS	0:53:43
4	PBFCFADS	1:01:59
5	PBFCFADS	0:49:49
6	PBFCFADS	0:28:55
7	PBFCFADS	0:42:02
8	PBFCFADS	0:39:42
9	PBFCFADS	0:32:28
10	PBFCRECHE	1:11:58
11	PBFCRECHE	0:52:48

APÊNDICE V

PERFIL DAS TITULARES E FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS ENTREVISTADAS: entrevistas realizadas no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019

Nome	idade	raça	escolaridade	origem da família	Chefia da Família	composição familiar	valor do BF	tempo que recebe o benefício	como soube do benefício	composição da renda familiar	uso do BF	observações gerais
01. *	21	negra	fundamental incompleto	xxx	A mãe	reside com a filha de um ano + a mãe + duas irmãs: uma de dez anos e outra de 20 anos que cuida da Angélica	não soube informar	cerca de um ano	Na Clínica	BF + R\$50,00 do pai da filha + a mãe recebe uma aposentadoria do marido que faleceu e era gari	fraldas para a filha e a neta + alimentação	a família é considerada um caso complexo: XXX se prostituía, é soropositivo, teve sífilis e recentemente um AVC o que comprometeu sua fala e mobilidade. Tem uma filha de um ano e entrevistei a mãe e a técnica de enfermagem
03.	65	negra	fundamental incompleto (sabe ler e escrever)	xxx	a própria	reside com o neto de 13 anos	R\$ 130,00	dois anos	Não lembra mas acredita que foi pelo Conselho Tutelar devido ao caso do neto: a filha morreu e deixou dois filhos pequenos	BF + passa roupa de vez em quando + cata latinhas para vender (reciclagem)	Alimentação + Aluguel	cuida do neto desde que tinha seis anos pois a mãe morreu. O outro neto (desta mesma filha) é criado por uma tia em Irajá. O neto é descrito como tendo problemas de aprendizagem na escola e deverá mudar de escola devido ao comportamento
4	[30 anos]	branca	ensino médio incompleto	nasceu na Bahia, mas foi criada em Sergipe	o marido	reside com o marido e os três filhos (dois meninos 13 e 11 anos, e uma menina de 5 anos)	R\$ 105,00	desde 2010	CRAS (não existia a Clínica)	BF + renda do esposo que trabalha em uma lanchonete + artesanato (faz arcos e laços de fita para vender)	Alimentação (" <i>coisas pra dentro de casa</i> "): leite, biscoito + roupas	é casada e os três filhos são criados por ela e o esposo. Veio para o RJ com 17 anos e o primeiro filho com dois meses. A sogra a acompanhou na viagem de ônibus. Vieram para o território porque o marido já estava residindo ali.

05.	22	negra	ensino médio incompleto	Duque de Caxias/RJ mas reside desde 2005 no território	o marido	estava grávida de oito meses e tem um filho de um ano e dez meses: reside com atual marido. O primeiro filho é de um relacionamento e o segundo de outro.	R\$ 180,00	desde 2018	a mãe e a vizinha incentivaram para ir ao CRAS	BF + pais (pai mecânico e mãe trabalha no comércio) + o pai do primeiro filho: manda dinheiro + atual marido	biscoito, danone, passeios	Disse que não tinha interesse em receber o BF: <i>"Vou colocar meu filho nisso não". Ficava com preguiça. Vou colocar não</i> ". Mas a mãe e a vizinha insistiram e ela fez o cadastro no CRAS.
06.	27	negra	ensino médio incompleto	Vidigal/RJ mas veio para o território com cinco anos	[a avó que paga o aluguel]	reside com a mãe e os três filhos (um menino de 10 anos; uma menina de 8 anos; e um menino de 1 ano e 2 meses) e dois irmãos	R\$ 358,00	dois meses	CRAS: a mãe recebeu durante muito tempo o "cheque cidadão"	BF + avó que paga o aluguel + R\$ 300,00 (pensão para dois filhos paga pelo pai)	alimentação + roupas	Os filhos são de dois relacionamentos diferentes . Tem uma deficiência nos pés, não tem as unhas e os dedos são juntos o que a faz desequilibrar, dá dores, inchaço e impede de suar alguns tipos de calçado.
07.	43	negra	ensino fundamental incompleto	Morro da Formiga/RJ e reside no território há 20 anos	a própria	reside com dois filhos: um de 13 anos e outro de 11 anos	R\$ 300,00 + cartão carioca +alguel social	não sabe informar	CRAS	cartão carioca + aluguel social + "cata latinhas"	alimentação + roupa	teve seis filhos, um deles, uma menina, morreu com dois meses de idade. Diz que a partir desse episódio passou a ter problemas de ansiedade. Diz "Ouvir vozes" e toma remédios para dores na coluna e "nervos". Embora não tenha falado sobre o uso abusivo de drogas, o enfermeiro da Equipe informou que é usuária e que já foi chamada pelo Conselho Tutelar.

8	37	branca	ensino fundamental incompleto	Natal/RN	a própria	reside com irmã gêmea que sofre de depressão	R\$ 163,00	cerca de cinco meses	soube através da vizinha que a estimulou a fazer o cadastro no CRAS	BF + "bicos" (passar e lavar roupa)	alimentação + higiene + remédio	Veio para o território para cuidar do irmão que estava com tuberculose. Tem dificuldades para arrumar trabalho porque não pode deixar a irmã em casa, sozinha.
09.	30	branca	ensino médio incompleto	xxx	a própria	três filhas: 13, 9 e 3 anos	R\$ 354,00 (no início) e hoje R\$ 212,00	um ano e meio	CRAS	BF + pensão irregular de um dos filhos	alimentação + vestuário	Cada filha é fruto de um relacionamento diferente. O último esposo está preso. Um dos pais deposita R\$ 200,00 eventualmente pois foi acionado na Justiça.
10.	26	branca	supletivo	xxx	o pai	reside com o pai aposentado e a filha de 2 anos e 9 meses	R\$ 177,00 (no início) e R\$ 268,00 (hoje)	um ano e meio	CRAS	Bf + pais	alimentação + vestuário + curso de manicure	Teve um problema de saúde na adolescência em função de remédios que tomou por conta própria para emagrecer. Desenvolveu hipertireoidismo e se trata com medicamentos. Diz que hoje está muito bem mas quase morreu.
11.	44	branca	ensino fundamental incompleto	xxx	o marido	tem dois filhos mas reside com o marido + um filho de 3 anos + uma irmã e os três sobrinhos. O primeiro filho, de 20 anos, reside com a avó em Jacarepaguá.	R\$ 160,00	três anos	"chegou de surpresa"	BF + aposentadoria do marido (pagava como autônomo)	gás + alimentação + vestuário	O primeiro filho foi criado sozinho pois o pai não assumiu a paternidade. O segundo filho é criado por ela e o esposo, que tem outros três filhos que residem com as respectivas esposas. O marido teve câncer mas está curado. O filho tem um problema de encurtamento de uma das pernas que está sendo investigado.

*o acesso às informações foi realizado em entrevistas com a mãe e a técnica de enfermagem pois ela está sem poder falar devido ao AVC e ao estado avançado do HIV.

XXX : no território.

