

SUMÁRIO EXECUTIVO

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS CONDICIONALIDADES EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE

SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO
MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS CONDICIONALIDADES EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE

GISELLE LAVINAS MONNERAT¹ - PROFESSORA ADJUNTA DA FACULDADE SERVIÇO SOCIAL - UERJ

JULIANA FRANÇA NOGUEIRA – ASSISTENTE SOCIAL - MESTRE EM SAÚDE COLETIVA – UFF

Resumo

Este artigo analisa a implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) no setor saúde, buscando compreender as requisições e desafios postos ao cotidiano do cuidado em saúde em um município de grande porte como o Rio de Janeiro. Utiliza-se a metodologia qualitativa, optando-se pelo estudo de caso de uma dada Área Programática de Saúde. Foram pesquisadas oito unidades de saúde e entrevistados gestores e profissionais de várias formações envolvidos com a operacionalização do PBF. O estudo dimensiona um conjunto de problemas concretos relacionados à condução, coordenação e gerenciamento do Programa Bolsa Família na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ademais, observa-se que os desafios de implementação das condicionalidades da saúde, embora em grande parte inerentes ao campo da saúde, também são consequência da incapacidade da gestão local executar um programa intersetorial.

PALAVRAS – CHAVE: PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA; PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA; CONDICIONALIDADE; POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE; INTERSETORIALIDADE.

Introdução

Este artigo analisa¹ a implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família no setor saúde, tendo em vista dimensionar dificuldades e possibilidades, de modo a contribuir com a qualificação de seu processo de operacionalização. Cabe salientar que há poucos estudos que abordam diretamente o tema em questão e este artigo pretende, de alguma forma, contribuir para sanar tal lacuna.

O Programa Bolsa Família (PBF), criado 2003, através da Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, tem como objetivo instituir um programa nacional de transferência de renda para as famílias pobres. Este Programa exige como contrapartida que as famílias beneficiárias mantenham vínculos de adesão à escola e unidades de saúde como uma estratégia de melhorar o acesso aos direitos sociais básicos.

Busca-se aqui identificar como o setor saúde do município do RJ vem se comportando diante das requisições postas pelo PBF em termos da criação de estratégias gerenciais e da organização dos serviços de atenção básica para desenvolver as ações relativas às condicionalidades da saúde.

A perspectiva de análise do processo de implementação se mostrou adequada aos objetivos da pesquisa visto que possibilita focar os fatores que interferem negativa ou positivamente nos resultados de operacionalização de uma dada política ou programa social, contribuindo assim para o dimensionamento de elementos vinculados às condições de sua sustentabilidade, tais como capacidade institucional, estrutura de incentivos e possibilidade de continuidade das ações, bem como os pontos críticos em relação ao alcance dos resultados (DRAIBE, 2001).

A aproximação empírica, através de um estudo de caso, se traduz em uma exigência da investigação proposta, uma vez que as atribuições relacionadas à implementação das condicionalidades do PBF no setor saúde recai sobre os municípios, entes responsáveis pela oferta de ações de atenção primária em saúde na esfera local de governo desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que a execução do Programa Bolsa Família exige mudanças na organização dos serviços de saúde, o que torna o nível local um 'espaço' privilegiado de análise dos rumos do programa de transferência de renda brasileiro.

A escolha do município do Rio de Janeiro busca contemplar a complexidade que caracteriza a execução do Programa Bolsa Família, assim como a estruturação de sistemas municipais de saúde em grandes centros urbanos, haja vista o reconhecimento de enormes dificuldades de acesso aos serviços sociais nesses contextos.

O Rio de Janeiro contabiliza uma população em torno de 6,3 milhões de habitantes segundo dados do censo 2010 (IBGE, 2010). As grandes dimensões geográficas e enormes desigualdades sociais existentes no município tornam ainda mais complexa a tarefa de colocar em prática o PBF, tanto no que se refere ao cadastramento das famílias quanto ao acompanhamento das condicionalidades que, por sua vez,

¹ ESTE ARTIGO É PARTE DOS RESULTADOS DA PESQUISA PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: UM ESTUDO AVALIATIVO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE, FINANCIADO PELO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO EM PARCERIA COM O MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (EDITAL MCT/CNPQ/MDS-SAGI Nº36/2010 - ESTUDOS E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME).

exige um mínimo de coordenação intersetorial. A complexidade do desenvolvimento de políticas públicas e sociais no Rio de Janeiro também se traduz no fato deste município ter mais de um milhão de seus habitantes residindo nas 1020 favelas. A renda per capita no município é de 596,65 reais, com um percentual de miseráveis de 14,572, índice menor do que o apresentado pelo estado do Rio de Janeiro que é de 19,45% (IBGE, 2000).

A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família no setor saúde no Rio de Janeiro necessita de estudos para maior entendimento acerca dos dilemas que interferem nos baixos índices de acompanhamento das famílias. Sobre este ponto, vale registrar que os dados de cobertura das 'famílias perfil saúde totalmente acompanhadas' para a primeira vigência de 2011 era de 35,06%, percentual abaixo da média do estado, cujo índice para o mesmo período esteve em 46,92%. Já o índice para o Brasil era de 70,2% (MDS, 2011).

Diante da dimensão do município e das condições de viabilidade da pesquisa, elegeu-se como campo de pesquisa a Área Programática 2.2, uma das 10 áreas em que se divide o município, abarcando duas Regiões Administrativas (a VIII e a IX RA's) constituídas pelos seguintes bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú. Nesta Área Programática, com população total de 356.036 habitantes, verifica-se um enorme contingente populacional vivendo em favelas³.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que participam da operacionalização do PBF em oito unidades básicas de saúde, seja nas de tipo 'tradicional'⁴ ou nas unidades que trabalham com a metodologia da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas tiveram como referência um roteiro integrado por perguntas abertas e fechadas, elaboradas com base no quadro teórico e nos objetivos da pesquisa, cuja intenção foi reconstruir o processo cotidiano de implementação das condicionalidades da saúde.

A formação dos profissionais de saúde entrevistados é variada, isto é, há médicos (pediatra, cardiologista e geriatra), assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, odontólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os depoimentos foram gravados com a autorização dos entrevistados que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado conforme os preceitos da ética na pesquisa social⁵. Os entrevistados foram referidos no corpo do trabalho de modo genérico para evitar qualquer identificação. Realizaram-se trinta e quatro entrevistas em profundidade, as quais foram transcritas na íntegra.

2 CONSIDERANDO-SE R\$ 80,00 POR PESSOA AO MÊS EM JULHO DE 2001 (PNUD/IPEA/FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/IBGE, 2003).

3 PODEM-SE CITAR ALGUMAS FAVELAS COMO: BARRO PRETO, VILA CABUÇU, BARRO VERMELHO, MORRO DO ENCONTRO, MORRO DO SÃO JOÃO, MORRO DA MATRIZ, MORRO DOS MACACOS, PAU DA BANDEIRA, PARQUE VILA ISABEL, ALTO SIMÃO, FAVELA DO METRO, MORRO ANDARAÍ, MORRO JAMELÃO, MORRO DA CRUZ, DENTRE OUTRAS.

4 O TERMO 'TRADICIONAL'É USADO APENAS PARA DIFERENCIAR DAS UNIDADES QUE TRABALHAM NA LÓGICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

5 COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UERJ - PARECER 040-2011.

Desenvolvimento

Nos anos 1990, a maioria dos programas de transferência de renda desenvolvidos por diversos municípios brasileiros apostou na combinação de ações assistenciais e estruturais. Em razão disso, observa-se a recorrência de programas que apresentam em seu desenho a exigência de contrapartidas com o argumento de promover processos de inclusão social, pelo menos das gerações futuras. Acompanhando essa tendência, o PBF exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma agenda de compromissos. As chamadas condicionalidades se traduzem na obrigatoriedade de inserção de crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes em determinados programas de saúde e a matrícula e frequência das crianças, adolescentes e jovens na escola.

Para os idealizadores do Programa Bolsa Família a exigência de contrapartida é a chave para criar processos de autonomização das famílias pobres. A legislação pertinente explicita que a gestão das condicionalidades deve englobar os três níveis de governo, sendo entendida como um conjunto de ações que vai desde o acompanhamento do cumprimento das contrapartidas até o registro, por parte dos municípios, das informações acerca do monitoramento realizado. A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal devem contribuir para que as famílias beneficiárias tenham condições de cumprir a agenda de compromissos, além de criar estratégias para evitar que estas permaneçam em situação de descumprimento das condicionalidades previstas no Programa. As famílias em situação de não cumprimento das condicionalidades estão sujeitas a: bloqueio do benefício por 30 dias; suspensão do benefício por 60 dias e cancelamento do benefício. As famílias estão preservadas de qualquer sanção quando ficar comprovado que o cumprimento das condicionalidades foi prejudicado em razão de problemas relativos à oferta de serviços por parte dos municípios.

No caso das condicionalidades da saúde, se por um lado, tais exigências têm potencial de facilitar o acesso de camadas da população que dificilmente conseguiriam chegar aos serviços de saúde, por outro, coloca dúvida sobre a capacidade de os serviços de saúde absorver adequadamente, em termos de quantidade e qualidade, o aumento de demanda resultante da implementação do Programa. Também não se podem desconsiderar as condições de vida (material e subjetiva) das famílias pobres para atender as várias requisições impostas pelas condicionalidades.

Não há dúvida, portanto, que tais questões dependem de vários fatores que se complementam, tais como: capacidade de indução dos níveis supranacionais para proceder à necessária reorganização dos serviços; capacitação dos profissionais envolvidos; grau adequado de coordenação intersetorial; amadurecimento das relações intergovernamentais, capacidade institucional e política do nível local, controle social, dentre outras questões.

A exigência de contrapartidas é um ponto central do desenho do PBF e, notadamente nos primeiros anos de sua operacionalização, se traduziu em uma questão bastante polêmica nas discussões acadêmicas e políticas sobre o Programa. De uma parte, se reconhece que as condicionalidades têm potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde, o que, de certa forma, pode

representar uma oportunidade ímpar para ampliar o acesso de um contingente importante da população aos circuitos de oferta de serviços sociais. Entretanto, de outra parte, a obrigatoriedade de contrapor um dever ao direito social foi fortemente questionada por diversos estudiosos da área, haja vista o entendimento de que à medida que o direito social é condicionado ao cumprimento de obrigações, os princípios clássicos de cidadania estão ameaçados (LAVINAS, 2000).

Esta autora afirma também que a contrapartida condiciona o direito constitucional à assistência ao cumprimento de exigências numa situação em que os potenciais beneficiários já estão em situação bastante vulnerável. Ainda que reconhecendo os riscos da cobrança de contrapartidas, Silva (2001) tematiza a contrapartida como uma possibilidade de combinação do compensatório com o estrutural, considerando que, por exemplo, é a própria exigência de manter crianças na escola que pode permitir minimizar os efeitos do trabalho infantil sobre as oportunidades de escolaridade de crianças e jovens.

No entanto, é preciso registrar que a contrapartida exigida não se configura em termos de contribuição financeira tal como no passado meritocrático de nossa política social. Ao exigir contrapartida dos beneficiários, os programas de transferência de renda introduzem a difícil escolha entre romper com a noção de direito incondicional à medida que os compromissos tornam os beneficiários corresponsáveis pela superação de suas dificuldades e adotar a estratégia de exigir contrapartidas com a perspectiva de atacar, de uma só vez, várias dimensões da pobreza. Desse modo, é forçoso levar em conta que esta última perspectiva pretende suprir uma deficiência de longa data, atendendo a um conjunto de carências pouco considerado no rol de políticas e programas sociais brasileiros.

Num outro plano de análise, Medeiros (2007) afirma que as condicionalidades de saúde e educação já são algo que os pais devem fazer com ou sem o benefício. Nesse caso, a discussão sobre a necessidade de cobrar condicionalidades é importante porque tem como pano de fundo questões políticas e éticas. O autor sinaliza que:

“As condicionalidades em parte atendem às demandas daqueles que julgam que ninguém pode receber uma transferência do Estado – especialmente os pobres – sem prestar alguma contrapartida direta. As condicionalidades seriam algo equivalente ao “suor do trabalho”; sem essa simbologia, o programa correria o risco de perder apoio na sociedade. Esta característica não é uma idiosincrasia do Bolsa Família, pois aparece também em vários programas implementados em outros países (MEDEIROS et al., 2007, p. 18).

A cobrança de condicionalidades tem sido, via de regra, instituída independentemente de avaliações objetivas da relação-custo benefício destas ações. Sobre isso, Monnerat assinala que:

A adoção de condicionalidades em programas de transferência de renda somente é válida quando entendida e implementada como estratégia de ampliação do acesso aos

serviços sociais e políticas de emprego e renda, não sendo, portanto, o mero reflexo de uma visão restrita do direito social” (2007, p. 1460).

Importa salientar que há consenso entre os estudiosos do assunto de que a obrigatoriedade de contrapartidas não pode se transformar numa forma de punição das famílias beneficiárias. Na atualidade, provavelmente em razão da contínua e enorme expansão do Programa, o debate acadêmico condicionalidade x direito social vem dando lugar à reflexão sobre o processo de implementação do PBF e seus impactos sobre a pobreza e a desigualdade social no país, assim como sobre as reais oportunidades geradas em termos de acesso aos serviços sociais.

O alcance do PBF em termos de público beneficiário – já é o maior programa de transferência de renda da América Latina – e a novidade relacionada à sua concepção e desenho operacional, têm atraído a atenção de formuladores e estudiosos vinculados tanto à área social como econômica. A operacionalização do PBF desafia as formas de gestão mais cristalizadas nas instâncias governamentais e exige um nível de diálogo com outras áreas de política jamais requisitado por outros programas sociais no país.

Do ponto de vista social e político, as opiniões contrárias ao PBF também arrefeceram. As críticas de que o Programa é assistencialista não aparecem mais na mídia, indicador de que a aceitação e legitimidade social com relação à transferência direta de renda para a população pobre já é algo em construção entre nós. Com efeito, dada a expansão do PBF na atualidade, grande parte da população conhece ou convive com alguma família beneficiária do Programa, proximidade que desmistifica preconceitos e leva a formação de um pensamento de que, diante das agruras da pobreza, em sã consciência, não é possível ser contrário ao PBF.

Ademais, os dividendos eleitorais provocados pelo Programa traduzidos especialmente no tamanho da popularidade do ex - presidente Lula, na sua reeleição e no fato de ter feito seu sucessor, são fenômenos políticos fortemente atribuídos à criação e execução do Bolsa Família, programa central na política social brasileira nos últimos anos.

Na esteira destes acontecimentos, verifica-se que além do Bolsa Família estar implantado na maioria dos municípios brasileiros, o cálculo político realizado pelos atuais governantes em favor do Programa vem apontando para a tendência de replicar essa 'receita de sucesso' nos níveis subnacionais de governo. São os casos dos governos do município e do estado do Rio de Janeiro que recentemente iniciaram a execução de programas de transferência de renda com condicionalidades utilizando orçamentos próprios. Como ambos os governos são politicamente alinhados à gestão federal, os programas criados se articulam ao PBF, buscando potencializar os benefícios das famílias já atendidas pelo programa federal.

Contudo, é exatamente em razão do reconhecimento da sustentabilidade dos programas de transferência condicionada de renda entre nós que o debate sobre a cidadania não pode ser secundarizado, senão recolocado, como sempre o foi, no centro do debate da política social. Os termos desse debate devem passar necessariamente pelo dimensionamento da capacidade política e social que o PBF

vem alcançando para contribuir na dinâmica de inserção da população pobre no circuito de produção, de serviços sociais e nos processos de sociabilidade e decisão política.

Do ponto de vista da inserção nos serviços sociais, há vários desafios que passam tanto pela sabida desigualdade de acesso e de atendimento às necessidades de saúde da população no SUS, quanto pela complexidade da gestão intersectorial das condicionalidades previstas no desenho do Programa Bolsa Família.

O iníquo sistema distributivo da atenção em saúde no país está confirmado no recente relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) intitulado 'As causas das iniquidades sociais em saúde no Brasil'. Este documento reitera o que muitos outros estudos já demonstraram, ou seja, a distribuição das ações em saúde conflita com os princípios constitutivos do SUS. Nesta linha, TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACAVA (2006) afirmam que:

Notou-se que o local de residência afeta o acesso, que melhora com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Os residentes na região Sudeste e Sul tiveram maior acesso do que os residentes nas outras regiões, com exceção da região norte. No entanto, contrariamente à diminuição das desigualdades sociais no acesso, as desigualdades geográficas pioraram no período do estudo. O diferencial no acesso entre os residentes das regiões Norte e Nordeste e os residentes das regiões Sudeste e Sul aumentou, isto é, a melhora observada no acesso foi maior nas regiões mais desenvolvidas (p. 983-984)

De igual modo, sabe-se que no Brasil a mortalidade infantil está diretamente relacionada ao acesso ao emprego, à renda das famílias, ao local de moradia, ao nível de escolaridade da mãe, isto é, à situação social da família (BUSS, 2007). Assim, não se pode desconsiderar que a política universal de saúde - o SUS -, tal como implementada hoje, expõe a parcela mais pobre da população às situações de discriminação e desvantagem no acesso aos serviços (FLEURY, 2007).

Apesar de estar em curso um processo de expansão da atenção via implantação de unidades do PSF nas áreas mais vulneráveis do município, a introdução de novas formas de gestão, ditas inovadoras e racionalizadoras, como as Organizações Sociais, vem levantando questionamentos entre os profissionais de saúde. Os en-

41

PROGRAMA BOLSA
FAMÍLIA E O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE:
DESAFIOS DA
IMPLEMENTAÇÃO DAS
CONDICIONALIDADES
EM UM MUNICÍPIO DE
GRANDE PORTE

6 O PROGRAMA CARTÃO FAMÍLIA CARIOCA, CRIADO PELA PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, TEM POR OBJETIVO RETIRAR DA LINHA DA POBREZA CERCA DE 100 MIL FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA FEDERAL BOLSA FAMÍLIA RESIDENTES NA CIDADE DO RJ, QUE VIVEM ATUALMENTE COM MENOS DE R\$ 108 POR MÊS POR PESSOA. OS VALORES A SEREM RECEBIDOS VARIAM DE ACORDO COM A RENDA PER CAPITA E O NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR DOMICÍLIO. PARA RECEBER O COMPLEMENTO, É EXIGIDO DAS FAMÍLIAS QUE CADA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR MANTENHA FREQUÊNCIA MÍNIMA DE 90% NAS AULAS, ALÉM DA PARTICIPAÇÃO DE PELO MENOS UM DOS RESPONSÁVEIS NAS REUNIÕES BIMESTRAIS DA ESCOLA. OS ALUNOS QUE MELHORAREM SEU DESEMPENHO ESCOLAR AO LONGO DO BIMESTRE RECEBERÃO UM BÔNUS DE R\$50 (ATÉ R\$ 200 POR ANO). O PROGRAMA RENDA MELHOR É PARTE INTEGRANTE DO PLANO DE ERRADICAÇÃO DA POBREZA EXTREMA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E TEM COMO OBJETIVO ASSISTIR COM BENEFÍCIO FINANCEIRO AS FAMÍLIAS QUE VIVEM COM MENOS DE R\$ 100 PER CAPITA POR MÊS. O AUXÍLIO VARIA DE R\$30 A R\$300, DE ACORDO COM A RENDA E AS CARACTERÍSTICAS DE CADA FAMÍLIA E ESTÁ SENDO IMPLANTADO EM VÁRIOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

▶ TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA

trevistados nesta pesquisa afirmam que um dos pontos tido como negativo diz respeito à principal forma de contratação dos profissionais para comporem a Estratégia de Saúde da Família. Isto é, parte destes profissionais tem sido contratada pelas Organizações Sociais que, apesar de garantir os direitos trabalhistas, não garante a fixação do profissional (e, por vezes, seu comprometimento), fato que pode interferir na qualidade da assistência prestada.

Com efeito, as atuais mudanças na relação público-privado no campo da saúde no estado (e especialmente no município do Rio de Janeiro), marcada pela terceirização da gestão e forte empresariamento do setor, situação na qual chama atenção a precarização dos contratos de trabalho e aniquilamento da carreira do servidor público, desafiam a crença dos defensores do SUS de que o projeto de um sistema universal de saúde não esteja sendo desconstruído entre nós.

Ao resgatar o debate acerca do PBF e a acessibilidade aos serviços de saúde, os argumentos acima atestam que a inserção (de qualidade, com adesão aos programas) das famílias pobres no SUS depende de inúmeras outras variáveis para além da eficiência e potencialidade esperada com a operacionalização dos programas de transferência condicionada de renda.

No entanto, apesar de os problemas estruturais do SUS serem determinantes para as condições de acesso da população pobre aos serviços e afetarem a qualidade da atenção ofertada, não se pode deixar de reconhecer a importância da capacitação técnica e política dos profissionais de saúde para executar os diversos programas sociais no âmbito do setor saúde.

Reconhece-se, assim, que o modo de organização dos serviços e a forma como as unidades básicas de saúde definem seu processo de trabalho e sua linha de cuidado é também crucial na discussão sobre o poder de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Com isto, se quer sublinhar que a capacidade técnica e política dos serviços sociais é elemento fundamental na facilitação da integração dos beneficiários do Programa Bolsa Família aos serviços públicos de saúde. Sendo assim, uma vez exigidas condicionalidades é preciso traçar mecanismos consistentes de acompanhamento social das famílias beneficiárias, tendo em vista a necessidade de reverter tal exigência em oportunidade de inserção no circuito de acesso à cidadania.

A implementação de programas de transferência de renda com condicionalidade exige investimentos institucionais, políticos, assim como a organização de processos de gestão intersetorial que, por sua vez, requer uma dada capacidade de diálogo nada trivial na trajetória de constituição de nosso sistema de proteção social. Para instituir em nível nacional a gestão das condicionalidades, a coordenação do PBF no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social vem, desde 2005, regulamentando as atribuições dos entes federados, das famílias beneficiárias, assim como definindo as ações de acompanhamento e monitoramento a serem desenvolvidas.

A cobrança de condicionalidades já está prevista desde a lei de criação do PBF (Lei n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004), mas a normalização da gestão das condicionalidades está traduzida, basicamente, em duas Portarias – uma de 2005 e outra

de 2008 – as quais demarcam momentos diferentes do itinerário de implementação do Bolsa Família.

Em novembro de 2005, o MDS publica a Portaria 551 que regula a gestão e controle das condicionalidades, estabelecendo principalmente as sanções aplicáveis às famílias que não cumprirem as contrapartidas do Programa. A observação atenta da conjuntura autoriza cogitar que uma das razões que motivou a publicação dessa Portaria foi a massiva divulgação, pela mídia, de inúmeras críticas ao PBF, notadamente a falta de controle do cumprimento das condicionalidades.

Em 2008 é publicada uma nova Portaria (GM/MDS N.º 321/2008) com o mesmo objetivo, revogando a anterior, de 2005. Na apresentação desta Portaria, já percebemos mudanças significativas no intuito de rever a perspectiva punitiva atribuída às condicionalidades e fortalecer uma concepção mais educativa. Nos parágrafos de introdução da Portaria é dada uma nova conotação às condicionalidades, não sendo essas destacadas somente como contrapartida da família para recebimento do benefício. De fato, há na Portaria N.º 321/2008 uma flexibilização da idéia de co-responsabilidade das famílias, visto, claro, a patente fragilidade e falta de efetividade de nosso sistema de proteção social. Embora mantenha o sistema de sanção progressiva, as condicionalidades são, nesta legislação de 2008, enfaticamente apresentadas como possibilidades de:

(...) Reforçar o direito de acesso das famílias às políticas de saúde, educação e assistência social, promovendo a melhoria das condições de vida da população beneficiária, assim como levar o Poder Público a assegurar a oferta desses serviços (BRASIL, 2005).

Ademais, nesta norma está sinalizada a importância de identificação das vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias aos serviços a que têm direito. Ou seja, é reconhecido que essas famílias possuem direitos previamente garantidos, aos quais elas têm dificuldade de acessar, sendo dever do poder público identificar os motivos que interferem nesse acesso, acompanhando essas famílias de forma que as dificuldades de acesso sejam superadas.

Análise de Resultados

O Programa Bolsa Família foi implantado no município do Rio de Janeiro em 2004 estando, desde o início, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). A gestão intersetorial apresenta-se ainda pouco estruturada havendo indefinição em termos de canais institucionais para o diálogo. A interface entre a assistência social e a saúde vem ocorrendo, principalmente, através de um profissional da SMAS que tem a delegação de acompanhar o PBF junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

É sabido que a implantação de qualquer programa social descentralizado depende, dentre outras coisas, de como se dá o processo de formulação, principalmente no que se refere ao grau de participação da cadeia de atores interessados e das estratégias de operacionalização adotadas.

Assim como em outros municípios⁷, também no caso do desenvolvimento do PBF no setor saúde do Rio de Janeiro, todos os atores entrevistados afirmam que tiveram que iniciar a implementação de um programa sobre o qual não conheciam quase nada, situação emblemática da dificuldade inicial de concertação intergovernamental em torno de um programa que o governo federal teve (e tem) como prioritário e, por isso, impôs urgência em sua execução⁸. É certo que a impressionante velocidade de implementação do Bolsa Família adicionou outros dilemas à já complexa operacionalização descentralizada de programas e políticas sociais no país.

Assim, apesar de o Programa prever em seu desenho a gestão intersetorial, parte dos gestores e profissionais da SMS desconhece a forma como ocorreu a implantação do PBF no município ou se refere a este momento de forma impressionista, mostrando dificuldade para reconstituir tal processo.

Neste estudo chama atenção a persistência do elevado grau de desconhecimento dos profissionais sobre o Programa, o que, em parte, pode ser explicado em razão do lugar institucional ocupado pelo PBF na SMS. Isto é, atualmente o profissional que coordena o Programa Bolsa Família no âmbito desta secretaria compõe a equipe da Coordenação de Saúde da Família, uma das cinco coordenações da Superintendência de Atenção Primária. Cabe ressaltar que esse profissional não possui formalmente o cargo de coordenador do PBF na saúde, apenas assume essa função, dentre outras, não possuindo uma equipe específica para realizar tal função.

Na verdade eu não tenho cargo assim, eu não sou coordenadora do Bolsa Família no município porque não existe esse cargo no município. Eu sou responsável por fazer o acompanhamento (das condicionalidades). Eu não tenho equipe do Bolsa Família...é a equipe da coordenação da saúde da família, porque eu estou dentro da coordenação. (Entrevista 1 - Gestor Saúde).

Tal situação indica a pouca prioridade dada ao programa pela gestão municipal. Se, por um lado, o profissional responsável pelo PBF na saúde encontra-se lotado na Coordenação de Saúde da Família, por outro, o acompanhamento das condicionalidades não ocorre apenas em unidades de Saúde da Família. Ao contrário, a maioria das Unidades Básicas do município ainda é do tipo tradicional, e estão sob outra gerência, a Coordenação de Policlínicas. Essa situação é bastante complexa, pois tende a comprometer a gestão do Programa e, conseqüentemente, o acompanhamento das condicionalidades.

É importante ressaltar que nas coordenadorias de saúde em cada Área Programática do RJ, há definição de um profissional responsável pelo acompanhamento das condicionalidades da saúde. Mas, assim como no nível central, este cargo não está formalizado e tampouco há estrutura administrativa e de recursos humanos para tal. Deste modo, o responsável pelo PBF assume inúmeras outras funções, além da coordenação do Programa, o que é visto de forma bastante negativa pelos

7 ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI – RJ REALIZADO POR MONNERAT (2009) DETECTA OS MESMOS RESULTADOS PARA O CASO DO RIO DE JANEIRO.

8 NÃO É À TOA QUE, EM 2006, APÓS EXATOS TRÊS ANOS E TRÊS MESES DE FUNCIONAMENTO, O PBF JÁ HAVIA ATINGIDO A SUA META, QUAL SEJA: A DE ATENDER 11 MILHÕES DE FAMÍLIAS. EM OUTUBRO DE 2011, O NÚMERO TOTAL DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS JÁ ESTAVA EM TORNO DE 13.171.810.

profissionais responsáveis, pois a coordenação do PBF demanda muito tempo e a falta de dedicação exclusiva ao Programa vem fragilizando a operacionalização das ações que devem ser realizadas.

Este cenário ajuda a compreender a debilidade do processo de implementação do Bolsa Família na cidade, assim como a persistência da insuficiência de informação para conduzir o acompanhamento das famílias beneficiárias e a agenda de compromissos prevista no Programa. A ausência de formulação de uma política de capacitação continuada é um dos reflexos da especificidade da gestão do PBF no nível local.

Para os entrevistados, os encontros realizados desde a implantação do Programa têm por objetivo a discussão dos dados de cobertura das condicionalidades da saúde em cada vigência e a cobrança no acompanhamento das famílias beneficiárias, não tendo a perspectiva de capacitação propriamente dita.

A gente nunca foi treinado. Costuma ter uma reunião pra falar sobre a estatística, sobre as metas, mas esse ano ainda nem teve. E aí, nessas reuniões, é sempre pinçada alguma coisa. (Entrevista 8 - Profissional de Saúde UBS)

A insuficiência de capacitação para implementar o Bolsa Família é apontada pelos entrevistados como um dos nós críticos do Programa. Durante o trabalho de campo, e mesmo nas entrevistas, verificaram-se várias demandas por informação, assim como diversos questionamentos sobre a concepção e a logística de funcionamento do PBF. Os poucos entrevistados que afirmaram ter algum grau de informação sobre o Programa, sinalizaram que este acesso ocorreu por iniciativa própria.

Os resultados da pesquisa mostram que as equipes envolvidas⁹ com as condicionalidades do PBF nos Centros Municipais de Saúde e nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) são diferentes, em razão do próprio modelo assistencial que caracteriza cada tipo de unidade. Segundo os gestores da saúde, há predominância nas unidades básicas 'tradicionais' do assistente social como profissional de referência para o acompanhamento das condicionalidades, muito embora essa responsabilidade seja compartilhada com outros profissionais – nutricionistas e enfermeiros. No caso das unidades de Saúde da Família, a responsabilidade fica a cargo da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e dos agentes comunitários de saúde.

9

UNIDADE DE SAÚDE	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA IMPLEMENTAÇÃO
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 1	SERVIÇO SOCIAL, NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM (E PACS) CAPTAÇÃO)
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 2	SERVIÇO SOCIAL, NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 3	SERVIÇO SOCIAL, NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1	ENFERMAGEM (ENFERMEIROS) E ACS
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2	ENFERMAGEM (TÉCNICOS) E ACS
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 3	ENFERMAGEM (TÉCNICOS E ENFERMEIROS) E ACS
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 4	ENFERMAGEM (TÉCNICOS E ENFERMEIROS) E ACS
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 4	ENFERMAGEM (TÉCNICOS E ENFERMEIROS) E ACS

► **TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA**

Uma questão recorrentemente assinalada nas entrevistas é a visão entre os profissionais de saúde de que a ação junto aos beneficiários do PBF é atribuição unicamente do assistente social da unidade. Neste sentido, alguns entrevistados, em especial gestores e os próprios assistentes sociais, apontam a necessidade de intervir sobre esta concepção:

Isso foi uma coisa que a gente sou pra acabar. Porque pra qualquer unidade de saúde o dono do Bolsa Família era o assistente social, né? Só que, é o que eu explico pra eles, eu não sou assistente social, mas desde que começou eu estou. Por quê? Porque são condicionalidades da saúde. Não é condicionalidades do assistente social. É da saúde. Então, são pessoas da saúde que vão olhar aquela família e cuidar daquela família. E, por um acaso, aquela família faz parte do Bolsa Família. Certo? Então, a explicação que foi sempre dada a eles foi essa. (Entrevista 2 – Gestor Saúde)

Interessante notar que o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a requisitar que os assistentes sociais assumam a função de agente executor das condicionalidades do Bolsa Família numa possível alusão à compreensão de que as ações deste Programa 'fogem' ao objeto específico da saúde. Tal questão é evidência inequívoca de que a concepção ampliada de saúde e o desenvolvimento de práticas baseadas na integralidade ainda são dilemas cruciais para a política de saúde.

Na esteira desta trajetória, parece, então, que a implantação do Bolsa Família propiciou resistências e estranhamentos que podem estar relacionados, dentre outras coisas, ao fato de o setor saúde ter que desenvolver um programa que, embora tenha desenho intersetorial, não vem do Ministério da Saúde ou das correspondentes secretarias estaduais e municipais. Ademais, pode-se cotejar a hipótese de que a utilização de critérios sociais e não de saúde (ou doença?) estrito senso para a seleção do público do PBF é algo que de alguma forma contribui para a conformação da centralidade do assistente social na equipe de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF na saúde.

De modo geral, os gestores dos Centros Municipais de Saúde do R.J, onde o profissional de Serviço Social ocupa lugar central na operacionalização do PBF, mostram forte preocupação com a possibilidade de perda ou diminuição do número de profissionais do quadro funcional das unidades de saúde, sejam por aposentadorias, licenças de diversas naturezas ou o retorno dos assistentes sociais para a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), órgão de lotação destes profissionais.

Sobre este ponto, cabe ressaltar que em 2001 foi criado o Sistema Municipal de Assistência Social (SIMAS) que se caracteriza por um conjunto integrado e descentralizado de todas as ações e programas no âmbito da assistência social. A lei 3.343 de 28 de setembro de 2001 subordina ao SIMAS os mecanismos de lotação de pessoal e a realização de concursos para os assistentes sociais e demais agentes do sistema e de servidores de apoio.

Durante a pesquisa foi possível observar o exacerbamento desta preocupação no momento em que o secretário de assistência social do município (SMAS) informou sua decisão de suspender a cessão deste grupo profissional para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), alegando, com base no incremento das ações do Sistema

Único de Assistência Social, a necessidade de retorno dos assistentes sociais à sua secretaria de origem.

O depoimento que segue é taxativo quanto à centralidade do serviço social na implementação do PBF:

(...) Como eu estou pedindo para as unidades mandarem um responsável pelo Bolsa Família, se essa assistente social sair o diretor vai ter que indicar outra pessoa, né? Só que vai ser um problema, né? É um problema que a gente vai ter pela frente porque nessas pessoas se centraliza todas as ações do Bolsa Família na unidade. (Entrevista 1 – Gestor Saúde)

No que concerne à organização dos serviços de saúde para o atendimento das condicionalidades, é relevante analisar em que medida esta atribuição modifica o fluxo de atendimento nas unidades. Nota-se que a maior mudança na rotina de atendimento é percebida nas unidades tradicionais que, em função do modelo assistencial, apresenta maior dificuldade de vínculo com os usuários do sistema.

O município do Rio de Janeiro apresenta baixo índice de cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde, o que, na opinião dos entrevistados, está relacionada à dificuldade de captação das famílias beneficiárias, principalmente nas unidades de saúde do tipo 'tradicional'.

Semestralmente as unidades de saúde recebem da Coordenadoria de Área Programática uma listagem com as famílias vinculadas e que deverão ser acompanhadas a cada vigência do Programa. Embora os profissionais tenham acesso aos dados das famílias perfil saúde, nessas unidades não há estrutura¹⁰ para realizarem busca ativa, prevalecendo assim o acompanhamento das famílias que comparecem por iniciativa própria ou espontaneamente à unidade de saúde. A fim de mudar tal situação os profissionais vêm utilizando, ainda de modo incipiente, algumas estratégias de captação, tais como: visitas às comunidades, aerogramas¹¹, contato com a associação de moradores e contatos telefônicos.

Como vimos, nos Centros Municipais de Saúde, apesar de haver envolvimento de assistentes sociais, nutricionistas e enfermeiros, o trabalho realizado não pode ser caracterizado como multidisciplinar. Em geral, o assistente social acolhe e absorve as demandas sociais, o nutricionista verifica o estado nutricional e a enfermagem o acompanhamento da situação vacinal. Nessas unidades percebe-se uma preocupação em absorver outras demandas apresentadas pelas famílias, mas, nem sempre tal preocupação é materializada em termos do cuidado ampliado em saúde. Paradoxalmente, essa perspectiva de atenção integral não aparece com a mesma força nos depoimentos dos profissionais das equipes de Saúde da Família, o que talvez possa ser justificado pela fraca tradição e especificidades deste programa no município.

10 DISPONIBILIDADE DE TEMPO, LIBERAÇÃO DA UNIDADE, CARRO, ACESSO ÀS COMUNIDADES, ETC.

11 VALE DIZER QUE AS UNIDADES NÃO TÊM USADO EXTENSIVAMENTE A CONVOCAÇÃO POR AEROGRAMA POR SER, DE ACORDO COM UM GESTOR DO PBF NA SAÚDE, DE ALTO CUSTO PARA O MUNICÍPIO. EMBORA CONSIDERADO UM PONTO CONFLITUOSO NO PROCESSO DE CONCERTAÇÃO INTERSETORIAL DO PBF, UM DOS GESTORES APONTA A POSSIBILIDADE DE USAR PARTE DOS RECURSOS DO IGD PARA A COMPRA DE AEROGRAMA. ENTRETANTO, NO MOMENTO DA PESQUISA, A AUSÊNCIA DE REUNIÕES DO COMITÊ INTERGESTOR DIFICULTAVA O ENCAMINHAMENTO DA REFERIDA QUESTÃO.

▲ **TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA**

Assim, para efetivar o acompanhamento das condicionalidades, as unidades básicas 'tradicionais' estabeleceram fluxos específicos para atender as famílias beneficiárias. Apesar de não haver uniformidade no modo de funcionamento desses fluxos e tampouco discussão coletiva sobre o assunto, todas as unidades realizam agendamento prévio das famílias para o acompanhamento. Nessa direção, os profissionais afirmam que o programa impactou na rotina da unidade de saúde, uma vez que os técnicos envolvidos tiveram que dispor de parte de suas agendas para o PBF. De acordo com os entrevistados, o acesso dessas famílias às unidades gerou aumento de demanda por serviços no interior da própria unidade, devido aos encaminhamentos feitos pelos profissionais envolvidos com o programa. Por exemplo, em uma das unidades, houve aumento significativo para os grupos de educação em saúde em funcionamento (gestante, adolescentes, tabagismo, obesidade, entre outros).

Nas unidades de Saúde da Família verifica-se uma outra forma de organização do serviço para atender as demandas do PBF. Nestas unidades a captação dos beneficiários do PBF fica sempre a cargo dos agentes comunitários de saúde. Antes de realizarem visita domiciliar para captação das famílias, esses profissionais verificam a listagem enviada pela CAP, pois, como assinalado pelos entrevistados, geralmente este documento apresenta muitos erros, como: endereço errado, incompleto ou desatualizado; famílias que não mais residem ou nunca residiram no território; e outros erros de registro que, em muitos casos, revelam falhas no cadastramento.

Apesar da possibilidade de realização da busca ativa através dos ACS, os profissionais entrevistados das unidades de Saúde da Família afirmam que ainda assim possuem algumas dificuldades para captarem essas famílias. A principal delas está relacionada ao fato de que algumas famílias apresentam resistência para ir à unidade de saúde, sendo vários os motivos elencados por eles: desconhecimento dos beneficiários acerca das condicionalidades da saúde; dificuldade de compreensão do papel da saúde; despreocupação devido à "falha" no sistema de repercussão em caso de descumprimento das condicionalidades da saúde; incompatibilidade de horário por conta do trabalho; entre outros.

A gente fica cobrando ali o ano inteiro "Oh, o Bolsa Família!", "Oh, o Bolsa Família!", "Oh, o Bolsa Família!" pra poder vir pesar. E muitas vezes têm pessoas que não vêm mesmo. Você avisa cinco vezes e eles não vêm pesar"! (Entrevista 17 - Profissional de Saúde ESF)

Nós aqui temos um trabalho imenso pra convencê-las que quando a gente marca a consulta pro acompanhamento do Bolsa Família, que elas têm que vir, e que não é uma obrigação da saúde tá indo fazer com que elas venham regularmente na consulta. (Entrevista 21 – Profissional de Saúde ESF)

Acredita-se que parte das famílias beneficiárias acesse com frequência as unidades de saúde, porém a forma como o processo de trabalho está organizado não permite que se aproveite tal oportunidade para captar e acompanhar as condicionalidades e proceder ao registro de dados. Acompanhando este raciocínio, é

de notar que um dos entrevistados tece severas críticas à atuação de médicos e dentistas das equipes de Saúde da Família pelo fato de que esses profissionais não se envolvem com o PBF, indo de encontro ao que está preconizado no SUS.

Quase nunca o médico, o dentista se apoderam disso, mesmo nesse modelo de PSF. (Entrevista 19 – profissional de Saúde ESF)

Nos depoimentos seguintes é recorrente a afirmação de que as famílias não comparecem à unidade de saúde devido à falta de punição. Neste caso, existiriam falhas no sistema de repercussões das condicionalidades do PBF, sendo as sanções efetivamente aplicadas apenas nos casos de descumprimento das condicionalidades da educação. Essa situação demonstra, dentre outras coisas, o quanto o caráter punitivo previsto na legislação encontra receptividade junto aos profissionais, ao passo que revela a dificuldade de compreender a transferência de renda como um direito de cidadania.

Eu acho que deveria ser assim na saúde porque os agentes de saúde ficam atrás desse povo, resgatando uma vez a cada seis meses a família para poder estar acompanhando. Não são todos, mas alguns são resistentes. Eu já ouvi: ah, não corta, não foi cortado, eu não vou. Por isso que eu acho que tinha que ser obrigatório. Obrigatório é, mas penalizado. (Entrevista 22 – Profissional de Saúde ESF)

Nesta mesma linha de entendimento, registra-se que parte significativa dos profissionais corresponsabiliza a família pela dificuldade de captação para o atendimento da agenda de compromissos. Aqui, prevalece a concepção de que esta dificuldade é externa ao setor saúde, condição que inviabiliza a reflexão sobre o impacto da qualidade da atenção sobre os índices de cobertura das condicionalidades da saúde no município.

No entanto, esta não é uma concepção homogênea dado que se verifica outro tipo de visão, então vejamos:

O desafio é conscientizar as pessoas a virem não porque bloqueia, mas para cuidar de si e da sua família. Eu vou fazer um acompanhamento da minha saúde, embora eu não esteja sentido nada. Eu acho que isso também é aos poucos e esse é o principal objetivo da Estratégia de Saúde da Família, eu acho. (Entrevista 22 – Profissional de Saúde ESF)

Nas unidades de saúde da família, ao contrário das unidades tradicionais, predomina o atendimento sem agendamento anterior, podendo a família beneficiária comparecer à unidade de saúde em qualquer horário para acompanhamento. Situação que é facilitada pela proximidade geográfica entre unidade de saúde e famílias. Contudo, a atenção dispensada às famílias neste acompanhamento está focada em ações elementares no campo da saúde pública, além de se restringir àquelas que são solicitadas para efeito de alimentação do sistema de informação de gestão das condicionalidades.

Quando indagados sobre quais ações são desenvolvidas para acompanhamento das condicionalidades, os entrevistados fazem referência ao monitoramento do calendário vacinal e, sobretudo, da aferição de peso e altura de crianças e gestantes. Entretanto, a maioria dos profissionais não menciona a utilização desses dados para a avaliação efetiva do estado nutricional. Em geral, os entrevistados não sabem informar dados sobre a situação de saúde das famílias beneficiárias atendidas

A pessoa do INAD tem que me dizer que a aquela criança está desnutrida. Quem deveria ver isso é aquele profissional que está fazendo aquele tipo de procedimento. É esse tipo de coisa que a gente encontra ainda. Os profissionais têm que entender que não é uma ação de pesar e medir e ver se o cartão de vacina está em dia. Não é isso, é a gente ver qual é o risco que aquela família tem, e se o cartão de vacina não está em dia o que isso gera para aquela família. Não é só a perda daquele benefício que a gente tem que pensar, tem que pensar que se aquela criança está acima do peso ou abaixo do peso o que acontece com essa família? Em que eu vou intervir para que eu possa solucionar esse problema? (Entrevista 1 – Gestor Saúde)

Apesar de prevalecer nas equipes de saúde da família um tipo de atendimento das condicionalidades pautada nas ações elementares de saúde pública, alguns profissionais afirmam dispensar maior atenção a essas famílias na perspectiva de captar outras demandas de saúde.

O técnico ele vai pesar, vai verificar PA, vai fazer medição e o enfermeiro vai colocar na planilha, vai calcular o IMC, vai orientar, vai ver no prontuário, se é puericultura, se está acompanhando; a quanto tempo essa mulher é hipertensa, se não vem fazer o acompanhamento. Olha tudo, toda a condicionalidade da saúde, no geral. (Entrevista 20 – Profissional de Saúde ESF)

Diferentemente das unidades 'tradicionais', as requisições do PBF não exigiram grandes alterações na rotina de atendimento das unidades de Saúde da Família. Segundo os profissionais, essas famílias já são cadastradas e, ademais, a visita domiciliar faz parte das atividades cotidianas desse modelo assistencial. Todavia, parece que tais fatores não têm efetivamente impactado as taxas de cobertura de acompanhamento.¹² A compreensão deste fato requer maior aprofundamento, cabendo lembrar que a implementação da Estratégia de Saúde da Família no município é recente, pouco consolidada e vem passando por mudanças substantivas em termos quantitativos e qualitativos.¹³

12 CABE RESSALTAR QUE NÃO FOI POSSÍVEL TER ACESSO AOS DADOS CONSOLIDADOS DE COBERTURA DISCRIMINADOS POR UNIDADE, DIFICULTANDO ASSIM O DIMENSIONAMENTO ENTRE OS DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS.

Considerações finais

A pesquisa realizada não deixa dúvida quanto aos desafios experimentados pelas unidades de saúde para atender as requisições do PBF. Ao contrário do que se esperava, a Estratégia Saúde da Família - que trabalha com famílias cadastradas e acompanhadas por equipes específicas - também apresenta importante grau de dificuldade, se comparada aos Centros de Saúde, para incluir as famílias do Bolsa Família na rotina de atendimento. De fato, esta não é uma tarefa fácil e tampouco funciona como previsto na formulação do Programa.

Destaca-se que após nove anos de implementação do Programa, o município do Rio de Janeiro ainda não estruturou o lugar institucional do Bolsa Família no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. A gestão do PBF apresenta fragilidade que pode ser demonstrada, por exemplo, na inexistência de uma equipe de coordenação em nível central da administração municipal na área da saúde.

Nas unidades de saúde 'tradicionais' os profissionais que implementam o PBF são os assistentes sociais, enfermeiros e nutricionistas, enquanto na Estratégia Saúde da Família estão envolvidos os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Importante ressaltar a prevalência do assistente social como principal profissional responsável pelo Programa nas unidades 'tradicionais'. A situação de dependência do PBF com relação ao serviço social traz fortes preocupações em razão de que os assistentes sociais envolvidos hoje com a execução do Bolsa Família não pertencem ao quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde, havendo assim uma situação conflituosa no que se refere à gestão do trabalho deste profissional com conseqüências no desenvolvimento do PBF. Sobre este ponto, é forçoso reconhecer que o PBF é visto como um programa externo ao setor saúde, configurando aqui uma espécie de negação de seu desenho intersectorial, bem como do conceito ampliado de saúde tão caro ao projeto de reforma sanitária brasileiro. De igual modo, a característica da composição da equipe questiona o modelo de assistência em curso se for considerado que a atenção integral requer que abordagem interdisciplinar para intervir sobre a situação de saúde e de vulnerabilidade social das famílias beneficiárias.

Em relação à existência de cursos e reuniões de capacitação dos profissionais para operacionalizar as condicionalidades de saúde do Bolsa Família, vê-se que não existe um esforço permanente nesta direção por parte da SMS e SMAS. O nível de desinformação é bastante preocupante, o que é injustificável dado o tempo de operacionalização do Programa. Esta situação impõe restrições à compreensão do Programa, em especial pelos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, notadamente os agentes comunitários de saúde.

51

PROGRAMA BOLSA
FAMÍLIA E O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE:
DESAFIOS DA
IMPLEMENTAÇÃO DAS
CONDICIONALIDADES
EM UM MUNICÍPIO DE
GRANDE PORTE

13 HÁ NO MOMENTO UM PRIVILEGIAMENTO DA EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, VIA CLÍNICAS DE FAMÍLIA, ONDE A CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS TEM OCORRIDO ATRAVÉS DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, QUE ASSUMEM A GESTÃO DAS UNIDADES E DOS RECURSOS HUMANOS. ESTE FATO TEM SIDO ALVO DE FORTES POLÊMICAS NO CENÁRIO LOCAL. ENTRETANTO, A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE MAIOR VULNERABILIDADE SOCIAL, PODE, DEPENDENDO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO OFERTADA, FAVORECER O INCREMENTO DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE.

► **TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA**

No município não há um fluxo pré-estabelecido pelos gestores para o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF. Assim, cada unidade de saúde tem autonomia para determinar a forma de realizar esse cuidado em saúde. As unidades de saúde têm buscado estratégias diferenciadas para captação e atendimento das famílias beneficiárias conforme a concepção prevalecente sobre o Programa e as condições institucionais existentes.

Quanto às ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família junto aos beneficiários, os profissionais destacam as ações mais elementares no campo da saúde pública, destoando em muito do que se espera da atenção no âmbito do modelo assistencial preconizado pelo Saúde da Família. Observa-se que há um vazio em termos de referência ao desenvolvimento de ações que se aproximem da perspectiva da educação em saúde e da concepção ampliada de saúde.

Interessante salientar que enquanto nas unidades 'tradicionais' o Programa é predominantemente concebido como meio de inserção das famílias no cuidado à saúde, na ESF, paradoxalmente, se destaca a visão do beneficiário como acomodado e o programa como assistencialista. Entretanto, nas unidades 'tradicionais', ao contrário da Estratégia Saúde da Família, o acesso às famílias é dificultado pelo próprio modelo de atuação da unidade, onde as visitas domiciliares não fazem parte da rotina institucional.

O fato é que o cumprimento das condicionalidades da saúde permanece aquém do desejável, apesar dos esforços e estratégias adotadas pelos gestores e profissionais nas diferentes unidades de saúde. Contraditoriamente, o tipo de atenção prestada aos beneficiários do PBF na área pesquisada, sabidamente a parcela mais vulnerável da população, oscila entre a burocratização e a intenção de ampliar o acesso garantindo o cuidado integral em saúde. Os baixos índices de cobertura do acompanhamento das condicionalidades do PBF no setor saúde, indicam, dentre outras coisas, a dificuldade, notadamente nos grandes centros urbanos como o Rio de Janeiro, de o Sistema Único de Saúde compreender o Bolsa Família como um Programa intersetorial; ao passo que também sinaliza as debilidades de implementação do Sistema Único de Assistência Social.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final. Abril de 2008. Disponível em WWW.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 20/10/11.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004 - Regulamenta a Lei N.º 10.836, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: MDS, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM/MDS N.º 551, de 09 de novembro de 2005 - Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasília: MDS, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM/MDS N.º 321, de 29 de setembro de 2008 - Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS n.º 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. Brasília: MDS, 2008.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Informações do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família (1ª vigência/2010) – www.mds.gov.br/bolsafamilia.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.6, Dez. 2007.

DRAIBE, S. A. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira M.C.R.N. & Carvalho M.C.B (orgs) *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo IEE/PUC SP, 2001.

FLEURY, S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n.6, p. 1422-1425, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 (www.ibge.gov.br)

LAVINAS, L. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. In: Henriques, Ricardo (org). *Desigualdade e pobreza no Brasil*, RJ, IPEA, 2000.

Medeiros, M. et. al. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. IN: *Textos para discussão*. N.º 1283. Brasília: IPEA, 2007.

Monnerat, et. al. Do direito incondicional a condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol.12, n.º 6, ABRASCO/FIOCRUZ, 2007.

Monnerat, G. L. Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do Programa Bolsa Família. Tese de doutorado. ENSP/FIOCRUZ, 2009.

SILVA, M. O. da S. e. Características e tendências da experiência brasileira" in *Renda Mínima no debate internacional*, Colóquio internacional Brasil/França/Portugal Coleção de textos em versão preliminar para publicação de livro, PUC/SP, SP, 2001.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p.975-86, 2006.