Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

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

Jorginete de Jesus Damião Trevisani

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Profª. Drª. Patrícia Constante Jaime

São Paulo

2012

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

Jorginete de Jesus Damião Trevisani

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Profª. Drª. Patrícia Constante Jaime

São Paulo

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para esta tese e que estiveram comigo ao longo deste período.

Ao Sandro, meu amor, pelo carinho que fez destes quatro anos os mais felizes da minha vida.

Aos meus pais, Jorge e Diva, e meu irmão Dilson, pela participação e apoio em todos os momentos.

Às minhas amigas queridas, em especial, a Sheila, Suzete, Thaís, Letícia, Juliana, Inês, Fátima, Carla, Rosemary, Kelly e Luciene, que tiveram participação direta neste trabalho.

Agradeço à Márcia Cid e Liliane Leal pelas inúmeras contribuições durante a pesquisa.

Aos gestores, profissionais e titulares que participaram das entrevistas e grupos focais, agradeço por terem tornado possível este trabalho.

À Patrícia, minha orientadora, pela confiança, dedicação e orientação carinhosa. Foi um prazer trabalhar com você.

Muito obrigada.

RESUMO

Damião Trevisani JJ. 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 [Tese para obtenção do grau de doutora em Nutrição em Saúde Pública] São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Introdução: As condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) são consideradas elemento fundamental para melhoria de condições de vida e para a inclusão social sustentável das famílias, promovendo o acesso aos direitos sociais básicos de saúde e de educação. Contudo, este potencial em promover a inclusão depende da organização dos municípios e dos serviços. **Objetivo:** Avaliar a implementação da atenção à saúde às famílias do PBF, para o cumprimento das condicionalidades da saúde no município do Rio de Janeiro, visando a relacionar o nível e as características de implantação ao cuidado à saúde. **Métodos:** A tese foi organizada em 4 capítulos escritos em formato de artigo. No primeiro artigo tratamos do processo de formulação das condicionalidades de saúde do PBF. Para isto, o estudo adotou como referencial analítico o modelo de análise de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon para quem a mudança na agenda pública acontece com a convergência entre o fluxo dos problemas, o fluxo das soluções e alternativas e o fluxo político. No segundo, apresentamos a sistematização das características municipais do desenho desta ação, por meio da construção de um modelo teórico para avaliação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, que servirá de base para estudo avaliativo apresentado no terceiro artigo. O modelo

teórico foi construído a partir da regulamentação e documentos orientadores do Governo Federal e das especificidades da proposta no município. No terceiro artigo avaliamos a adequação da implementação das condicionalidades de saúde do PBF na cidade e suas características. Foram estudadas 128 unidades, sendo realizadas: análise descritiva, análise classificatória multivariada de agrupamento e análise espacial. Por último, no quarto artigo, identificamos, nos discursos dos atores envolvidos, questões referentes à implementação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e suas repercussões, tendo um enfoque sobre equidade e direito à saúde. O desenho metodológico deste estudo foi de pesquisa qualitativa. Foram selecionadas 10 unidades de saúde com diferentes níveis de implantação do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Em cada uma das unidades amostradas foram entrevistados 3 grupos de atores: gestores locais, titulares e profissionais de saúde (enfermeiro, médico, assistente social e nutricionista). **Resultados:** Dentre os principais achados destacamos: 1- Elementos do Modelo teórico tais como: reorganizar e aumentar a oferta qualificada, inserir as famílias nas ações da unidade de saúde, potencializar o programa como *oportunidade* de cuidado, foco no cuidado integral à família – representaram aspectos positivos no desenho das condicionalidades do PBF na cidade do Rio de Janeiro. 2- No estudo de adequação identificamos boa adesão das unidades às atividades básicas. Outras ações oferecidas para crianças e mulheres apresentaram maior variação nas frequências de unidades que as realizam. Em parte das unidades não é dada prioridade para membros de famílias de PBF, não garantindo a continuidade do cuidado. Foram identificados dois perfis de unidades quanto ao nível de implantação. 3- São pontos positivos das condicionalidades de saúde: permitirem maior entrada nas unidades de famílias de

maior vulnerabilidade social; sua sinergia com a agenda da vigilância em saúde e do papel da saúde na agenda da Segurança Alimentar e Nutricional; sua potência como oportunidade de cuidado e estratégia de fortalecimento das famílias como titulares de direito em relação à saúde. Por outro lado, o acesso que proporciona é visto sob a ótica da "titularidade provisória"; não há rotinas que favoreçam a continuidade do cuidado; as condicionalidades são percebidas por alguns profissionais e diretores como assistencialistas e burocráticas e pelos titulares como obrigações para que mereçam o benefício; os titulares, por vezes, não são vistos e tratados como usuários do SUS, por direito. **Conclusão:** Os resultados da tese apontam para questões relacionadas ao gerenciamento local, organização do processo de trabalho, além de opiniões dos gestores e trabalhadores, que limitam seu papel na diminuição das iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Descritores: Avaliação em saúde, programas de alimentação e nutrição, programas de transferência de renda, bolsa família, equidade em saúde.

ABSTRACT

Evaluation of the implementation of health conditionalities of the Bolsa Família Program and its role in health care – a case study in Rio de Janeiro city

Introduction: The health conditionalities of the Bolsa Família Program (BFP) are considered fundamental for the improvement of living conditions and sustainable social inclusion of families, promoting access to health and education basic social rights. However, this potential to promote inclusion depends on the organization of municipalities and services. **Objective**: To evaluate health care implementation for BFP families, to fulfill health conditionalities in Rio de Janeiro city, in order to relate the level and characteristics of health care establishment. **Methods**: The thesis is organized into four chapters written in paper format. In the first paper we discussed the process of formulating health conditionalities of the BFP. For this, the study adopted the multiple streams model as analytical framework, proposed by Kingdon, for whom the change in the public agenda is in the convergence of the flow of problems, the flow of solutions and alternatives, and the political flow. In the second paper, we present the systematization of municipal features of this action design, through the construction of a theoretical model for assessing the BFP health conditionalities, which will serve as basis for an evaluative study reported in the third paper. The theoretical model was built from the regulations and guidance documents of the Federal Government, and of the specificities of the proposal in the city. In the third paper we evaluate the adequacy of the implementation of BFP health conditionalities in the city and its features. We studied 128 units and conducted descriptive analysis, cluster multivariate classification analysis and spatial analysis.

Finally, in the fourth paper we identify, in the speeches of actors involved, issues concerning the implementation of the monitoring of BFP health conditionalities and its repercussions, focusing on equity and right to health. The methodological design of this study was qualitative research. We selected ten health units with different implementation levels of health conditionalities monitoring. In each of the sampled units three groups of actors were interviewed: local managers, holders and health professionals (nurse, doctor, social worker and nutritionist). **Results**: Among the main findings we highlight: 1) Elements of the theoretical model such as reorganizing and increasing qualified supply, including in the actions of the health unit, enhancing the program as a care *opportunity*, focusing on integral care for the family – these were positive aspects in the design of BFP health conditionalities in Rio de Janeiro city. 2) In the adequacy study we found good compliance of units with basic activities. Other actions offered to children and women had greater variation in the frequencies of units holding them. In some units no priority is given to BFP family members, not ensuring the continuity of care. We identified two profiles of units concerning deployment level. 3) Positive aspects of health conditionalities are: they allow most socially vulnerable families to enter unit; their synergy with the health surveillance agenda and the role of health in the Food and Nutritional Security agenda; its power as a care opportunity and strategy to strengthen families as holders of rights to health. On the other hand, the access they provide is seen from the perspective of "temporary ownership"; there are no routines to promote continuity of care; conditionalities are perceived by some professionals and directors as welfare and bureaucratic, and by holders as obligations to deserve the benefit; holders sometimes are not seen and treated as SUS users by right. **Conclusion**: The results of

the thesis point to issues related to local management, organization of the work process, besides the opinions of managers and workers, which limit their role in reducing inequities in the access to health care.

Key words: Health assessment, food and nutrition programs, income transfer program, Bolsa Família, health equity.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....14

CAPÍTULO 1 - FLUXOS DECISÓRIOS NA FORMULAÇÃO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....20

RESUMO.....20

ABSTRACT.....21

INTRODUÇÃO.....23

RESULTADOS E DISCUSSÃO.....29

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....55

REFERÊNCIAS ….....56

CAPÍTULO 2 - CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: O CASO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.....64

RESUMO.....64

ABSTRACT.....65

INTRODUÇÃO.....67

MÉTODOS.....69

RESULTADOS.....73

DISCUSSÃO.....91

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....93

REFERÊNCIAS ….....94

CAPÍTULO 3 – ADEQUAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....99

RESUMO.....99
ABSTRACT.....100
INTRODUÇÃO.....102
METODOLOGIA.....103
RESULTADOS.....108
DISCUSSÃO.....116
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ….....120
REFERÊNCIAS ….....122

CAPÍTULO 4 - AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PARA GARANTIA DE EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....126

RESUMO.....126
ABSTRACT.....127
INTRODUÇÃO.....129
MÉTODO.....121
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....134
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....165
REFERÊNCIAS ….....166

CONCLUSÕES.....185

REFERÊNCIAS ….....190

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

CAPÍTULO 1

Quadro 1 - Condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família, conforme os documentos legais que regulamentam o Programa.....33 a 37

Quadro 2 – Documentos da área técnica da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.....38 a 39

Figura 1 – Análise da formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, utilizando o modelo de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon.....40

CAPÍTULO 2

Quadro 1: Componentes do modelo teórico das condicionalidades da Saúde no PBF no município do Rio de Janeiro, presentes nas regulamentações e documentos orientadores do Governo Federal.....79 a 80

Quadro 2: Diretrizes municipais do acompanhamento das condicionalidades identificadas a partir do grupo focal com coordenadores do nível central da saúde no município do Rio de Janeiro.....83

Quadro 3: Modelo teórico do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.....89 a 90

CAPÍTULO 3

Quadro 1: Variáveis do estudo de adequação do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família.....106

Tabela 1- Frequência de ações desenvolvidas pelas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro no acompanhamento das condicionalidades das famílias do PBF, segundo componentes do modelo teórico. Município do Rio de Janeiro, 2008.....111

Tabela 2 - Frequência e variância intra/inter grupos das ações relacionadas ao acompanhamento de condicionalidades de famílias do PBF, segundo grupos de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, 2008.....113

Gráfico 1- Frequência de unidades de atenção primária de saúde segundo modelo assistencial e perfil de ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF. Rio de Janeiro, 2008.....114

Figura 1 - Distribuição espacial das unidades do Grupo B, segundo área programática de saúde do município do Rio de Janeiro, 2008.....115

Anexo 1 - Modelo teórico do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.....89 a 90

CAPÍTULO 4

Anexo 1 – Roteiro de entrevistas.....174 a 183

Anexo 2 - Unidades da amostra.....184

> O que nos toca, e é razoável que o faça, não é o darmo-nos conta de que o mundo fica aquém de um estado de completa justiça – coisa de que poucos têm esperança, mas o facto de que, à nossa volta, existam injustiças manifestamente remediáveis e que temos vontade de eliminar. **Amartya Sen**

APRESENTAÇÃO

Em 2001, quando o Programa Bolsa Alimentação (PBA) foi implantado, trabalhava como sanitarista da Gerência de Programas de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Eu acompanhei o processo de implantação do programa na cidade. Nesse programa a saúde era responsável pelo cadastramento e gerenciamento do cadastro das famílias. Uma das lembranças mais fortes que tenho deste período é o relato que recebia das unidades, junto a solicitações para exclusão de membros de famílias cadastradas. Eram relatos de óbitos de crianças e gestantes, num universo pequeno de famílias - até o final do PBA no município do Rio o número de famílias que recebiam o benefício não ultrapassou 6.000. Ficava claro que a mortalidade de crianças e gestantes nestas famílias era bem maior do que nas demais famílias cariocas. O meu choro, a cada vez que lia um relato, denunciava a minha pouca experiência com a morte, mas também refletia a minha indignação com a desigualdade estampada no papel.

No prefácio do livro "A ideia da Justiça", Amartya Sen fala de como a percepção da existência de injustiças que podem ser vencidas nos mobiliza. Nisto

encontro a motivação desta tese. Parto do comprometimento com a superação das iniquidades no acesso aos serviços de saúde e do entendimento de que o Programa Bolsa Família pode possibilitar o acesso de uma população excluída.

O Programa Bolsa Família (PBF) constituiu-se numa das principais ações do Fome Zero, concebido como uma política pública intersetorial. No momento em que foi idealizado, havia a intenção de que o programa fosse instituído como uma política de Estado capaz de legitimar-se como parte da resposta ao preceito constitucional de inclusão social. A inovação, que aponta para a possibilidade de continuidade deste programa no país, está na conjugação da transferência de renda à possibilidade deste se estruturar como articulador de uma rede de proteção e promoção social, aumentando o acesso desses grupos a direitos sociais básicos, entre estes os da alimentação, saúde e educação.

Esse programa requer, por parte das famílias, o cumprimento de uma agenda de compromissos nas áreas da saúde e da educação. O objetivo das condicionalidades de saúde é "garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de Saúde a que têm direito", representando real possibilidade de inclusão de um contingente historicamente excluído (Brasil, 2005). No entanto, a forma com que foram implementadas, prevendo sanções às famílias que não "cumprem" as condicionalidades, reforça a culpabilização destas pelo não acesso aos serviços de saúde (Monnerat e col, 2007). Assim, as estratégias de mobilização das famílias para o acompanhamento tendem a desconsiderar os aspectos que perpetuam as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde. Segundo Fleury (2005), as políticas de inclusão, dirigidas a grupos focais, "disciplina o cotidiano dos

assistidos". A exigência de condições para o exercício de direitos sociais parece, no mínimo, contraditória.

Importa compreender como esta ação tem sido implementada nos municípios, locais onde as políticas se concretizam, e como os serviços de saúde têm se organizado para a inclusão destas famílias.

As representações e percepções dos diferentes atores envolvidos podem auxiliar na compreensão do papel dos serviços saúde no PBF, assim como nas dificuldades e alternativas para sua concretização. Segundo Deslandes (1997), o sucesso de determinado serviço tem relação com sua correspondência aos valores, ideologias, posições de classe, status social, etnia e crenças dos atores envolvidos.

Contandriopoulos (2006), discutindo a necessidade de institucionalização da avaliação nos sistemas de saúde, ressalta sua importância para subsidiar as instâncias decisórias na melhoria do desempenho destes sistemas. Espera-se, com a avaliação de programas sociais, compreender o que contribui para seu êxito (Minayo, Assis e Souza, 2005). Esta, no entanto, não é uma prática consistente nem integrada no cotidiano da gestão da maioria dos programas (CDC, 1999).

Ainda segundo Contandriopoulos, "avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões" (Contandriopoulos, 1997). Neste sentido, a avaliação deve incorporar a dimensão analítica relacionada à implantação e ao impacto da ação, organização e integralidade do cuidado.

Minayo, Assis e Souza (2005), analisando diferentes conceitos de avaliação de programas sociais, destacam uma perspectiva mais inovadora, que coloca pessoas

e instituições em interação e que apresenta a metodologia proposta como parte do próprio conceito.

Na definição de Contandriopoulos e col. (1997), a pesquisa avaliativa, por sua vez, tem fundamentos científicos e agrega ao processo normativo os elementos de contexto. Nesta tarefa tem-se lançado mão da avaliação por triangulação de métodos, que integra a análise das estruturas e dos processos, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão dos diferentes atores envolvidos (Minayo, Assis e Souza, 2005).

Ressalto que foram realizados poucos estudos de avaliação sobre como o setor saúde tem implementado as ações voltadas a estas famílias, o que justifica a presente proposta de pesquisa (Ferreira, 2009; Monnerat, 2009).

O objetivo geral desta tese é avaliar a implementação das condicionalidades da saúde do PBF no município do Rio de Janeiro, visando a relacionar o nível e as características de implantação e o cuidado à saúde. Para isso, teremos como objetivos específicos, que serão abordados, respectivamente, nos capítulos um, dois, três e quatro da tese:

- Discutir mecanismos envolvidos no processo decisório de formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.
- Construir um modelo teórico para avaliação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.
- Avaliar o nível de implantação das condicionalidades da saúde e características desta implantação no município do Rio de Janeiro.
- Analisar as representações e percepções dos atores envolvidos acerca das

condicionalidades de saúde do PBF.

O estudo proposto consiste em uma pesquisa avaliativa, baseada em métodos mistos.

A tese será organização a partir de 4 eixos de investigação, desenvolvidos em 4 capítulos. O primeiro intitulado "As condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família – questões referentes à formulação do programa", que pretende discutir mecanismos envolvidos no processo decisório de políticas públicas a partir da experiência do processo de formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, tendo como base o modelo de análise de múltiplos fluxos. Em seguida será apresentado o capítulo de construção do modelo teórico do programa, base para avaliação da implementação. No terceiro capítulo, "Adequação do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso do município do Rio de Janeiro", será feito um estudo observacional transversal a partir de informações de levantamento sobre ações desenvolvidas na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro para famílias do programa Bolsa família. Neste capítulo serão analisados o nível e a característica de implantação das condicionalidades de saúde no município do Rio de Janeiro. O último artigo – "Representações da atenção à saúde às famílias atendidas no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: caminhos para a garantia do direito à saúde."– tratará, por meio de metodologia qualitativa, das representações e percepções dos atores envolvidos na atenção à saúde das famílias do PBF, para o cumprimento das condicionalidades da saúde na rede municipal de saúde do Rio de

Janeiro. Maiores detalhes metodológicos serão apresentados no texto de cada capítulo.

A pesquisa aqui apresentada foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ e da Faculdade de Saúde Pública/USP - FSP.

Capítulo 1 - FLUXOS DECISÓRIOS NA FORMULAÇÃO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

DECISION-MAKING FLUXES RELATED TO COUNTERPART HEALTHCARE CONDITION'S CONCEPT IN THE PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.

Autoras: Jorginete de Jesus DAMIÃO Trevisani, Luciene BURLANDY e Patricia Constante JAIME

RESUMO

Os programas de transferência condicionada de renda (TCR) entram na agenda pública por sua potencialidade em interferir no ciclo intergeracional de pobreza. Este artigo tem como objetivo analisar o processo de formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e, secundariamente, avaliar sua interface com a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. Para isto, o estudo adotou como referencial analítico o modelo de análise de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon para quem a mudança na agenda pública acontece com a convergência entre o fluxo dos problemas, o fluxo das soluções e alternativas e o fluxo político. A trajetória destes fluxos foi recomposta por meio da análise de documentos governamentais e de relatos orais obtidos através de entrevistas. No momento da formulação das condicionalidades de saúde, no fluxo de problemas, havia a

necessidade de mudar a estratégia de combate à desnutrição, devido às críticas ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) e à extinção do Programa de Distribuição de Estoques de Alimentos (PRODEA). No que diz respeito ao fluxo das soluções, diversas propostas de TCR estavam em curso. No fluxo político, havia a decisão de criação de uma rede de proteção social. Neste processo, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição assumiu o papel de empreendedora de políticas. A reflexão sobre este processo ajuda a compreender o papel dos serviços de saúde em um programa de caráter intersetorial.

Palavras–chave: Programas de transferência condicionada de renda, Atenção Básica, Política de alimentação e nutrição, Bolsa Família.

ABSTRACT

This paper discusses the formulation process of conditional cash transfer associated with healthcare conditions demanded by Brazil's Family Allowance Program, *Programa Bolsa Família* (PBF), and also aims to analyze the interfaces of PBF and other nutrition policies. It used the multiple streams model proposed by Kingdon, which implies moving into a new "decision agenda" from the interation of three streams: problems, solutions and alternatives and political stream. Analysis of documents and interviews was used in order to reconstruct the trajectory of these stream. In the design of healthcare´s conterparts, conceptual and operational critical of programs for combating Undernourished Child and the extinction of Food Stocks Distribution Program (PRODEA) were in stream of problems. The proposed conditional cash transfer ongoing, was in the stream of solutions and alternatives.

Finally the decision of creation a social protect network, was in the political stream. In the conditional cash transfer design process, with counterparts in health, the technical area on food and nutrition assumed the role of policy entrepreneurs in the junction of three streams. Reflection on this process helps us to understand the role of health services in intersectoral programs.

Key words: Conditional cash transfer programs, Primary care, Food and nutrition policies.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as mudanças na dinâmica do trabalho e o aumento do desemprego levaram um grande contingente da população à exclusão do mercado de trabalho, o que, aliado à fragilização de vínculos sociais e circuitos de apoio social, conformou o que se tem designado de "nova pobreza". Essas transformações também colocam desafios para o formato das estratégias de combate à pobreza, que não se restringem a equacionar apenas a questão da renda, mas múltiplas vulnerabilidades sociais que afetam os segmentos mais pobres (Rosa, 2008).

É neste cenário que o debate internacional sobre os programas de renda mínima com condicionalidades entra na agenda pública por sua potencialidade em interferir no ciclo intergeracional de pobreza (Loureiro, s/d). Os programas de transferência de renda aparecem como resposta aos dilemas da proteção social baseada nos direitos do trabalho, enquanto as condicionalidades se legitimam diante das críticas ao Welfare State, como gerador de uma "cidadania passiva" (Monnerat e col., 2007). Na América Latina são inúmeras as experiências com este modelo que têm em comum a dificuldade de inserção destes programas em uma rede de proteção social (Fonseca e Roquete, 2005).

A compreensão da determinação social do processo saúde-doença leva ao olhar sobre as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais e econômicas (CNDSS, 2008). O impacto da pobreza no perfil de saúde tem origem nas situações persistentes de desvantagem e discriminação que são vivenciadas por determinados grupos sociais e que afetam a saúde de modo distinto. Por outro lado, a ocorrência de doenças em determinados grupos sociais contribui para reforçar as

vulnerabilidades sociais e econômicas, colaborando para a persistência do ciclo perverso da pobreza. No Brasil, a despeito dos avanços de oferta e cobertura da rede pública de saúde com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são flagrantes as maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e os piores indicadores sanitários para os grupos mais pobres e de baixa escolaridade, tais como os negros, os indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste (Magalhães e col., 2007).

Uma revisão sistemática sobre programas de transferência de renda com condicionalidades de saúde encontrou efeito positivo no acesso a serviços de saúde, enquanto seu impacto sobre os desfechos de saúde foi menos claro (Lagarde e col., 2007).

As estratégias voltadas ao enfrentamento das iniquidades em saúde e sua relação com as desigualdades sociais implicam a atuação tanto sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, quanto no combate às desigualdades do acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, ao tratar da Seguridade Social, garante avanços na área da proteção social com a ampliação dos direitos sociais (Silva, 2007). No entanto, a perspectiva de universalidade gradativamente deixa de ser prioridade, dando lugar a uma concepção focalizada, voltada ao combate à pobreza. Na década de 1990, ganham destaque os programas brasileiros de garantia de renda mínima com articulação com outras políticas e programas sociais (Silva, 2007).

Ações e Programas no campo de Alimentação e Nutrição articulados à rede de saúde

A associação com as ações de saúde tem marcado a trajetória dos programas de alimentação e nutrição no Brasil e este traço se reforça a partir da década de 1980. O foco destas ações de alimentação e nutrição articuladas aos serviços de saúde era o controle da desnutrição, principalmente no segmento materno-infantil. A intervenção em pauta era a suplementação alimentar, focalizada por critérios de renda que, posteriormente, na década de 1990, foram substituídos por critérios biológicos baseados no risco nutricional. Desta forma, a integração com as ações de saúde se reforça no âmbito do próprio desenho operacional dos programas. Este modelo de intervenção recebeu inúmeras críticas, dentre as quais podemos destacar seu caráter assistencial, o foco em grupos específicos, principalmente, crianças, gestantes, nutrizes, descontinuidade, baixa cobertura, focalização inadequada, sobreposição de ações, uso político dos programas e falta de mecanismos de controle social e de instrumentos de avaliação (Burlandy, 2003).

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que se constituiu num marco importante no compromisso do setor saúde na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Neste contexto, a desnutrição continuou como prioridade da agenda, apesar de o foco para a prevenção de distúrbios nutricionais ter sido incluído em uma agenda conjunta para a promoção de nutrição e saúde (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000; Coitinho e col., 2002).

Em 2001, o Ministério da Saúde implantou o Programa Bolsa Alimentação

(PBA) em substituição às intervenções baseadas na suplementação alimentar, alterando, assim, de forma expressiva, o desenho operacional do programa, uma vez que os critérios de elegibilidade passaram a conjugar renda e risco nutricional; o tipo de benefício passou a ser financeiro, com transferência de renda direta às famílias, e se estabeleceu o princípio de corresponsabilidade das famílias que recebem o benefício, no cuidado de saúde das crianças, nutrizes e gestantes, através do cumprimento de uma agenda de compromissos.

Dois anos mais tarde, em 2003, o Governo Federal unificou os programas de transferência de renda existentes (Bolsa-alimentação, Bolsa-escola, Auxílio Gás e Cartão Alimentação) no Programa Bolsa Família – PBF (Brasil, 2004a, 2004b). Esse programa transformou-se em uma das principais ações deste governo, seja pela dimensão que assume em termos de cobertura populacional (12,3 milhões de famílias assistidas em 2009) seja pelo volume de recursos mobilizados (12,4 bilhões, nesse mesmo ano). Por ter nascido da unificação de programas implementados por diferentes setores (saúde, educação, assistência social), o PBF também assumiu função estratégica para a construção de uma política pública intersetorial. O desenho operacional do PBF aponta para o impacto potencial da transferência de renda na redução das desigualdades sociais e da pobreza. A associação das condicionalidades à transferência de renda poderia contribuir para a ampliação do acesso a serviços sociais básicos, tais como educação e saúde (Burlandy e col., 2007; Monnerat e col., 2007; Pires, 2008).

O objetivo das condicionalidades de saúde é "garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de Saúde a que têm direito", representando real possibilidade de

inclusão de um contingente historicamente excluído (Brasil, 2005a). No entanto, a forma com que foram implementadas, prevendo sanções às famílias que não as "cumprem", apresenta um paradoxo, uma vez que a não inserção destas famílias nos serviços de saúde pode ser decorrente das iniquidades existentes neste acesso e não por responsabilidade das famílias. Além disto, estudos locais indicam que as estratégias de mobilização das famílias para o acompanhamento tendem a desconsiderar os aspectos que perpetuam as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde (Senna e col., 2007). Não obstante, é possível que as condicionalidades sejam capazes de exercer alguma pressão sobre a demanda de serviços no sentido de incluir um contingente que sempre esteve à margem destes direitos, gerando impacto positivo nas condições de saúde deste grupo (Magalhães e col., 2007).

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e, secundariamente, avaliar sua interface com a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil.

Metodologia

O modelo de análise é o de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon (2003), que se debruça no processo decisório de políticas públicas (Capella, 2006).

Na análise do processo de formulação de políticas públicas, a compreensão dos mecanismos e efeitos das políticas visa a explicar como esses repercutem sobre decisões e processos, interferindo em escolhas de determinados conteúdos de políticas, em detrimento de outros. Senna e col. (2007) argumentam que o desenho final de uma política ou programa sofre a influência de interesses de diversos atores

sociais através de um complexo processo de intermediação e vocalização de demandas.

Neste sentido, Kingdon apresenta um modelo de múltiplos fluxos para explicar, na formulação de políticas governamentais, porque alguns fatores são incluídos no conjunto das questões que mobilizam os formuladores de políticas públicas e passam a ser concebidos como problemas. Neste modelo o autor volta-se ao estudo do estabelecimento da agenda de políticas públicas e das alternativas escolhidas para formulação de intervenções num cenário de possibilidades diversas (Capella, 2006).

Assim, utilizando o modelo de múltiplos fluxos na análise da formulação de políticas governamentais, a mudança na agenda acontece com a convergência entre três fluxos: o fluxo dos problemas, o fluxo das soluções e alternativas e o fluxo político. Foram incluídas no modelo questões referentes a dois momentos: o da formulação do PBA e o da unificação dos diferentes programas de transferência de renda existentes no início do primeiro Governo Lula, dando origem ao PBF. Duas estratégias foram utilizadas neste estudo para recompor a trajetória destes fluxos: a análise documental e a análise de entrevistas.

A primeira incluiu a análise da legislação e de documentos oficiais relativos ao PBF (Brasil, 2004a, Brasil, 2004b, Brasil, 2004c, Brasil, 2005a, Brasil, 2008) e às ações referentes ao programa de transferência condicionada de renda – TCR– do setor saúde que foi unificado ao PBF (Bolsa alimentação) (Brasil, 2001a; Brasil, 2001b; Brasil, 2001c). Para análise dos programas de alimentação e nutrição foram consultados os documentos oficiais, além de textos acadêmicos sobre estes

programas (Brasil, 2005b; Brasil, 2007a; Brasil, 2007b; Burlandy, 2007; Vasconcelos, 2005; Magalhães e col., 2007; Monnerat e col., 2007; Senna e col., 2007; Burlandy, 2003; Fonseca e Roquete, 2005, Silva, 2007; Menezes, 2008; Zimmernann, 2006; Pasquim e Santos, 2007; Pasquim, 2006).

Para a segunda estratégia foram realizadas entrevistas individuais com informantes-chave, envolvidos no processo de formulação do PBF no âmbito da agenda pública federal de nutrição e seguridade social. As entrevistas foram abertas com foco na percepção dos atores em relação aos fatores relacionados com a inclusão das condicionalidades de saúde no desenho operacional do PBF. Foram entrevistados dois técnicos que integraram a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) no Ministério da Saúde por ocasião da formulação dos programas de TCR; um representante do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, também à época da formulação do PBF, e um representante do poder legislativo envolvido com a temática de programas de renda mínima. As entrevistas foram realizadas nos anos 2008 e 2009. Foram utilizados registros escritos e transcritos de gravações das entrevistas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/RJ. Os participantes concordaram com os termos do consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As condicionalidades de saúde na legislação e nos documentos técnicos

Os quadros 1 e 2 apresentam síntese da análise documental sobre legislações e principais documentos técnicos disponíveis nos sites do Governo Federal sobre o

PBF e suas condicionalidades de saúde. A Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, cria o PBF como programa "destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades" que são concebidas neste documento estritamente como forma de as famílias alcançarem mérito para recebimento dos benefícios. "A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades" (Brasil, 2004a).

A intenção de articulação da TCR com políticas universais visando à inclusão social fica explicitada no Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004 que apresenta como objetivo do programa "promover acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde, educação e assistência social" e "promover a intersetorialidade, a complementariedade e sinergia das ações sociais do poder público". Outro aspecto apresentado no Decreto é a perspectiva de autonomia das famílias. As condicionalidades são identificadas como possibilidade de participação das famílias nos processos de educação e nas ações de saúde (Brasil, 2004b).

A Portaria Interministerial n° 2.509, de 18 de novembro de 2004, que trata das atribuições e responsabilidades na oferta e monitoramento das ações de saúde no cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa, apresenta como atribuições do município prover as ações básicas de saúde que fazem parte das condicionalidades, mobilizar as famílias para o cumprimento destas, assim como informar o acompanhamento das famílias atendidas pelo Programa (Brasil, 2004c).

O compromisso da área de nutrição com o programa fica explicito no Decreto nº 5209 com a recomendação de que o responsável técnico – profissional de saúde

indicado para coordenar o acompanhamento das famílias do PBF no âmbito da saúde – seja, preferencialmente, um nutricionista (Brasil, 2004b).

A potencialidade do monitoramento das condicionalidades no sentido de permitir "a identificação de vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços a que têm direito" é descrita pela Portaria GM/MDS Nº 321, de 29 de setembro de 2008, que regulamenta a gestão das condicionalidades do programa, quando justifica a necessidade de o poder público proceder a esta ação adequadamente e implementar ações voltadas ao acompanhamento das famílias em situação de descumprimento (Brasil, 2008).

Os documentos técnicos refletem o conceito de condicionalidades definido na legislação, cujo objetivo na área de saúde é, segundo o Manual de Orientações sobre o Bolsa Família, "garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de Saúde a que têm direito" (Brasil, 2005a). Neste sentido, a noção de direito parece que se sobrepõe às expectativas de obrigações das famílias quanto às condicionalidades.

No entanto, o que chama atenção nos documentos técnicos é a forte presença da área de nutrição no conteúdo abordado. Em 2007 foi produzido um manual para os Agentes Comunitários de Saúde com o título "Alimentação e Nutrição para famílias do Programa Bolsa Família" (Brasil, 2007). Embora as condicionalidades englobem ações básicas de saúde, os documentos técnicos do Governo Federal não aprofundam a discussão sobre como os serviços de saúde podem reorganizar seus processos de trabalho de modo a garantir uma atenção integral para estas famílias e assim contribuir para a sua efetiva inclusão no SUS.

Outro fator limitante é que, em função da priorização de fases do ciclo de

vida de maior vulnerabilidade aos riscos de adoecimento e morte, a abordagem familiar não é enfatizada nos documentos. De igual modo, as condicionalidades previstas no programa não são pensadas para toda a família, mas para gestantes e crianças. Isto é um limitante, por exemplo, para o enfrentamento da tendência de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, que requer uma abordagem integral à saúde da família.

Cabe perceber que a normatização em torno deste tema, bem como de outras questões referentes ao PBF, foi progressiva e, no caso das condicionalidades da saúde, a trajetória percorrida partiu de uma concepção mais "meritocrática" para outra mais abrangente, como estratégia para fortalecimento de direitos já estabelecidos (ainda que este pressuposto não seja consensual no âmbito dos estudiosos sobre o tema), mantendo, contudo, contradições em relação à incondicionalidade dos direitos de cidadania (Monnerat e col., 2007; Silva, 2007; Senna e col., 2007). Zimmernann (2006), discutindo as condicionalidades do PBF sob a ótica dos direitos humanos, considera que estas se opõem ao princípio da universalidade, uma vez que a condição de pessoa deve ser o único requisito para a titularidade de direitos. Não se deve impor contrapartidas, exigências ou condicionalidades a um direito.

Quadro 1- Condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família, conforme os documentos legais que regulamentam o Programa.

Legislação	Definição	Objetivo	Consequências do descumprimento
Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004	Relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.	A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades.	A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades.
Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004	Participação efetiva das famílias nos processos educacionais e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social.	Objetivos básicos do Programa Bolsa Família: - Promover acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde, educação e assistência social. - Promover a intersetorialidade, a complementariedade e sinergia das ações sociais do poder público.	Descumprimento de condicionalidade que acarrete suspensão ou cancelamento. A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades.
Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos. Assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde. I -para as gestantes e nutrizes, no que couber; a) inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima de sua residência, portando o cartão da	Elemento fundamental para a inclusão social das famílias. Melhoria das condições de saúde e nutrição de seus membros.	Sem referência

	gestante, de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde; b) participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. II - para os responsáveis pelas crianças menores de 7 (sete) anos: a) levar a criança à Unidade de Saúde ou ao local de campanha de vacinação, mantendo, em dia, o calendário de imunização, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; b) levar a criança às unidades de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e de outras ações, conforme o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde; III - informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastramento Único qualquer alteração no seu cadastro original objetivando a atualização do cadastro da sua família.		
Portaria GM/MDS nº 551, de 09 de novembro de 2005	Contrapartidas sociais que devem ser cumpridas pelo núcleo familiar para que possa receber o benefício mensal. Na área de saúde, o cumprimento da agenda de saúde e nutrição para famílias beneficiárias que tenham em sua composição gestantes, nutrizes ou crianças menores de 7 anos.	Assegurar o acesso dos beneficiários às políticas sociais básicas de saúde, educação e assistência social, de forma a promover a melhoria das condições de vida da população beneficiária e propiciar as condições mínimas necessárias para sua inclusão	I – Bloqueio do benefício por 30 dias; II - Suspensão do benefício por 60 dias; III - Cancelamento do benefício. Parágrafo único. As sanções previstas neste artigo serão aplicadas pela SENARC, no âmbito de suas atribuições, podendo ser aplicadas cumulativamente.

	– Na área de saúde: a) para as gestantes e nutrizes, no que couber: -inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima de sua residência, portando o cartão da gestante, de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo MS; - participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. b) para os responsáveis pelas crianças menores de 7 (sete) anos: - levar a criança à Unidade de Saúde ou ao local de campanha de vacinação, mantendo atualizado o calendário de imunização, conforme preconizado pelo MS; - levar a criança às unidades de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e de outras ações, conforme o calendário mínimo preconizado pelo MS.	social sustentável;	Art. 15. O bloqueio de benefício a que se refere o inciso I obedecerá às normas e procedimentos para a gestão de benefícios do PBF e terá efeito sobre (01) uma parcela de pagamento do benefício a que faz jus a família, havendo o subsequente desbloqueio do benefício, e será aplicada a partir do segundo registro de inadimplência quanto às obrigações previstas no art. 3° desta Portaria. Art. 16. A suspensão de benefício a que se refere o inciso II obedecerá às normas e procedimentos para a gestão de benefícios do PBF e terá efeito sobre (02) duas parcelas de pagamento do benefício a que faz jus a família, e será aplicada a partir do terceiro registro de inadimplência quanto às obrigações previstas no art. 3° desta Portaria. Art. 17. O cancelamento de benefício a que se refere o inciso II obedecerá às normas e procedimentos para a gestão de benefícios do PBF, e será imposto exclusivamente depois da aplicação acumulada de duas suspensões a que se refere o art. 16. § 1°. O cancelamento do benefício terá os seguintes efeitos: I – Cancelamento das parcelas de pagamento ainda não sacadas pela

			família; II – Interrupção da disponibilização de parcelas de pagamento nos meses subsequentes; III – Desligamento da família do PBF.
Portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008	a) para as gestantes e nutrizes, no que couber, o comparecimento às consultas de pré-natal e a participação nas atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; e b) para as crianças menores de 7 (sete) anos, o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.	- O adequado monitoramento das condicionalidades permite a identificação de vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços a que têm direito, demandando ações do Poder Público voltadas ao acompanhamento das famílias em situação de descumprimento - 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.	As famílias beneficiárias do PBF com crianças ou adolescentes de até 15 (quinze) anos de idade, nutrizes ou gestantes ficam sujeitas aos seguintes efeitos, aplicados de forma sucessiva: I - advertência, no primeiro registro de descumprimento; II - bloqueio do benefício por um mês, no segundo registro de descumprimento; III - suspensão do benefício por dois meses, no terceiro registro de descumprimento; IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento; e V - cancelamento do beneficio, no quinto registro de descumprimento. As famílias beneficiárias do PBF, cujos adolescentes de 16 (dezesseis) e 17 (dezessete) anos, que sejam beneficiários do BVJ, descumprirem as condicionalidades... I - advertência, no primeiro registro de descumprimento do adolescente; II - suspensão do BVJ por dois meses, no segundo registro de

			descumprimento do adolescente; e III - cancelamento do BVJ, no terceiro registro de descumprimento do adolescente. IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento; e V - cancelamento do beneficio, no quinto registro de descumprimento.

Quadro 2 – Documentos da área técnica da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.

Documento	Definição	Objetivo	Cabe à SMS
Manual de Orientações sobre o Bolsa Família (Brasil, 2005)	Para Gestantes: - fazer a inscrição do pré-natal e comparecer às consultas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; - participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto. Mãe ou responsável pelas crianças de 7 anos: - apresentar o Registro de Nascimento da criança; - levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; - participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; - cumprir o calendário vacinal da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.	Garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de Saúde a que têm direito	- ofertar as ações de pré-natal, vacinação, - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, - Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, além das atividades educativas em saúde, alimentação e nutrição. … abordados vários assuntos sobre saúde e nutrição: a) aleitamento materno; b) alimentação e nutrição da gestante; c) alimentação e nutrição da criança; d) estímulo ao consumo de alimentos regionais; e) cuidados com a saúde da criança; f) higiene dos alimentos; g) importância do vínculo mãe e filho; h) nutrição, crescimento e desenvolvimento; i) alimentação saudável nas diferentes fases do ciclo de vida.
Manual de Orientações sobre o Bolsa Família (Brasil, 2007a)	idem	Garantir às famílias a oferta de ações básicas (Saúde e educação, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para	Publicações de apoio aos profissionais que trabalham junto às famílias cadastradas do Programa Bolsa Família: - Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Guia alimentar para crianças menores de dois anos

		inclusão social	- Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para a população brasileira - Guia Prático de preparo de alimentos que não podem ser amamentadas - Alimentos regionais brasileiros - SISVAN manual de orientações - Caderno de atenção básica – Obesidade - Manual do ferro - Manual da vitamina A - Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família Outros temas... que podem ser abordados junto às famílias: - Higiene dos alimentos - Planejamento familiar
Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde (Brasil, 2007b)	Compromissos que fortalecem a ação do Bolsa Família. Responsabilidades / Contrapartidas que devem ser cumpridas para que permaneçam recebendo o benefício Outras questões que aparecem: Direito Humano à Alimentação e Segurança Alimentar e Nutricional	Compromissos que fortalecem a ação do Bolsa Família.	Buscando oferecer informação adequada sobre alimentação saudável à todas as família do SUS, especialmente as beneficiárias do PBF. ... promovendo hábitos alimentares saudáveis na busca do DHAA

Processo de formulação do Programa Bolsa família

A figura 1 resume os resultados obtidos na análise da formulação do PBF, em relação ao desenho das condicionalidades de saúde, utilizando o modelo de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon (Capella, 2006).

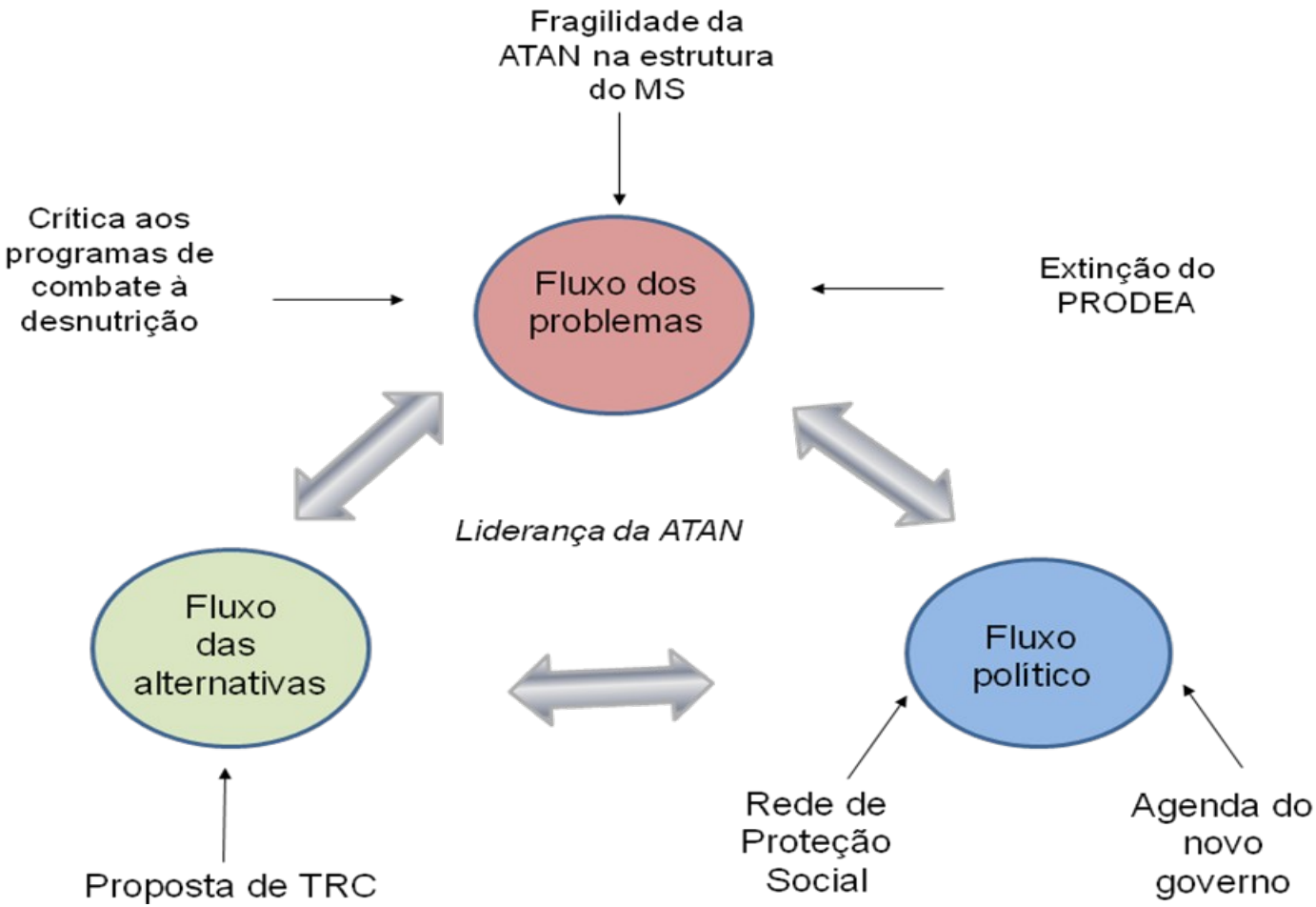


Figura 1 – Análise da formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, utilizando o modelo de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon (Capella, 2006).

O fluxo dos problemas

No primeiro fluxo o modelo busca analisar como as questões se transformam em problemas, quando despertam o interesse dos formuladores. Isto ocorre por três mecanismos, a saber: 1) indicadores, 2) eventos, crises e símbolos, 3) feedback das ações governamentais. Estes mecanismos podem ser observados no processo de formulação do PBA.

Pode-se considerar que o tema mobilizador da agenda política no campo da alimentação e nutrição no início da década de 1990 no Brasil foi a fome, reinserida na esfera pública no curso do processo de redemocratização. Com o *impeachment* do primeiro presidente eleito após longo período de ditadura, decorrente de práticas de corrupção, a luta pelo resgate de princípios éticos na política esteve fortemente associada ao resgate da dívida social acumulada ao longo da ditadura militar. Diferentes organizações sociais mobilizadas em torno deste processo deram lugar à Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. Por demanda deste movimento, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) desenvolveu um estudo visando a dimensionar o problema da fome e da miséria no país. O Mapa da Fome, título do estudo em questão, revelou a existência de 32 milhões de indigentes/famintos. O vice-presidente que então assume um governo politicamente fragilizado responde a este cenário com a criação do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), órgão de assessoramento da presidência da república. O governo seguinte, que já assume a condução política do país em um cenário de maior estabilidade, destaca como questão mobilizadora da agenda pública a pobreza. Desta forma, o início do governo FHC é marcado pela extinção do

CONSEA, que passa a ser substituído pela Comunidade Solidária – uma estratégia de combate à pobreza, assim como pela extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição INAN. Os debates sobre segurança alimentar não têm muito destaque na agenda social dos primeiros anos deste governo (Pasquim e Santos, 2007).

A Comunidade Solidária, que viveu seu auge entre 1995 e 1998, tinha dentre seus eixos principais a convergência de programas sociais para os municípios mais pobres do país e para os grupos mais vulneráveis em cada contexto local. No âmbito dos programas de alimentação e nutrição foram eleitos pela estratégia como integrantes da Agenda Básica, o Programa de Combate à Desnutrição Materno Infantil (PCDMI), do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), do Ministério da Educação e Cultura, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), do Ministério do Trabalho Emprego, e o Programa de distribuição de estoques de alimentos (PRODEA), do Ministério da Agricultura. Além disso, os municípios eleitos como prioritários no âmbito da Comunidade Solidária eram definidos a partir de uma confluência de critérios de pobreza, desnutrição e mortalidade infantil (Burlandy, 2003; Burlandy, 2007; Burlandy e Labra, 2007).

As mudanças ocorridas no Ministério da Saúde quanto à coordenação das ações de Alimentação e Nutrição foram decisivas para os novos rumos desta área. A extinção do INAN em 1997 deixa uma lacuna que foi preenchida em 1998, com a criação da área técnica, que mais tarde conformou a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Esta área técnica protagonizou o processo de construção

da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em 1999 (Brasil, 1999).

Em 1998, o Programa de Combate à Desnutrição Materno Infantil (PCDMI), do Ministério da Saúde, foi substituído pelo Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN). Avaliações destes programas mostravam fragilidades na sua operacionalização no nível municipal, falta de instrumentos de controle e avaliação e dificuldade de avaliação do impacto sobre os grupos atendidos (Burlandy, 2003, Brasil, 2004b).

O debate sobre a coerência entre o desenho destes programas de combate à desnutrição e o princípio de direito humano à alimentação, que pautava as propostas da PNAN, aliado às críticas frente às fragilidades apontadas, levou a um mecanismo de *policy feedback* (Pierson, 2006) trazendo as estratégias de combate à desnutrição para o centro das atenções dos formuladores de política.

Segundo relato dos ex-técnicos da CGPAN entrevistados, o presidente FHC queria montar uma rede de proteção social. Todavia, de acordo com as avaliações, o modelo do ICCN não se adequava a essa proposta. Da mesma forma, a iminência de extinção do programa de distribuição de estoques de alimentos (PRODEA), do Ministério da Agricultura, abria uma lacuna, levando a uma demanda de proposta governamental para substituí-lo e, consequentemente, realocar os recursos destinados ao programa.

Desta forma, a transição do ICCN para um programa de transferência de renda (o Programa Bolsa Alimentação – PBA- Ministério da Saúde) ganhou espaço

no cenário de alternativas em curso no âmbito da saúde e somou-se a outro conjunto de programas de transferência condicionada de renda implementados no contexto que antecede à criação do PBF: o Programa Bolsa Escola - PBE, associado à Educação, o auxílio gás, o Programa de Erradicação ao Trabalho Infantil – PETI e o recém implantado Cartão Alimentação, que integrava o Programa Fome Zero (Fonseca e Roquete, 2005; Vasconcelos, 2005).

A avaliação do grupo de transição do Governo Lula apontou, entre outras questões, para a pulverização de recursos, a sobreposição de público, a competição entre os Ministérios, além de ausência de coordenação intersetorial (Fonseca e Roquete, 2005).

O fluxo das alternativas

No fluxo das alternativas, o modelo destaca o processo competitivo de seleção de alternativas e soluções. As ideias que se mostram mais viáveis técnica e financeiramente, assim como as que representam valores compartilhados, levam vantagem na aceitação do público em geral e dos formuladores de política.

Os programas de TCR ganharam força no debate sobre as políticas públicas de proteção social e combate à pobreza no Brasil a partir do processo de discussão do projeto de lei sobre Renda Mínima, apresentado em 1991 pelo Senador Eduardo Suplicy, e de experiências desenvolvidas em alguns municípios do país, tais como Campinas, Ribeirão Preto, Belo Horizonte e Distrito Federal (Magalhães e col., 2007). O Programa Bolsa Escola era exemplo de programa de TCR proposto no nível

federal.

A opção por um programa de TCR, com contrapartidas na saúde, vinha ao encontro do fluxo de problemas que estava em curso. Segundo o relato dos ex-técnicos da CGPAN entrevistados, os técnicos da área de alimentação e nutrição foram procurar o então Secretário Executivo do Ministério da Saúde, o qual, sob orientação do Ministro, propôs como alternativa ao ICCN, no combate às carências nutricionais, o modelo do Programa Bolsa Escola, que conjugava transferência de renda monetária à família ao compromisso da frequência escolar.

O desenho proposto pelos técnicos da área de Alimentação e Nutrição teve inspiração no PBE e no Progresa do México (Rivera e col., 2004). O modelo pretendia operacionalizar a conjugação de um benefício voltado à garantia do direito humano à alimentação e a deveres que seriam cumpridos pela família. A corresponsabilidade era expressa na agenda de compromissos (Brasil, 2001c).

O cenário que precedeu à unificação dos programas de TCR existentes, no início do Governo Lula, era de fragmentação e falta de controle. Os programas de TCR eram desenvolvidos por diferentes Ministérios, sem uma ação coordenada, levando a alto custo operacional e impedindo a otimização dos recursos e das ações destinadas às famílias atendidas (Zimmermann, 2006). Novamente observamos mecanismos de Policy Feedback, expressos na fala do ex-representante do CONSEA.

> "(...) em 2003 nós estávamos no auge do Programa Fome Zero, a atenção principal se voltava para o programa Cartão da Alimentação (...) um segundo programa tinha uma importância maior para a segurança alimentar e nutricional

que era o Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde, muito ligado a situações de desnutrição (...) mas existiam ainda o Bolsa Escola e o Vale Gás que também eram programas de transferência de renda e o governo, já o governo Lula neste período, começa a discutir muito fortemente dentro de uma política de transferência de renda, a unificação destes programas que se consolida em outubro de 2004(2003).” (ex-representante do CONSEA).

O fluxo político

No fluxo político, o “clima” ou “humor” nacional - questões compartilhadas por diversas pessoas em determinado período - é um elemento que exerce influência sobre a agenda governamental, explicando porque algumas questões são priorizadas em detrimento de outras. No período que precedeu o PBA havia um claro objetivo de formar uma rede de proteção social. A “constituição cidadã” aponta para um processo de construção de seguridade social. Todavia, ainda que algumas iniciativas voltadas à expansão de benefícios não contributivos tenham sido implementadas, recursos insuficientes e problemas em relação à operacionalização destes programas limitavam o desenvolvimento de políticas sociais com vocação universal e orientadas pelos direitos de cidadania (Magalhães e col., 2007).

O PBA foi implantado no ano anterior à realização de eleições presidenciais de 2002. O Ministro da Saúde à época era também candidato à presidência da República e um programa de transferência de renda no âmbito do Ministério da Saúde foi importante fator impulsionador da sua candidatura. Da mesma forma, o

fato de o Ministro ser candidato favoreceu o processo e o fortalecimento da Área Técnica de Alimentação e Nutrição que estava à frente da proposição e operacionalização do programa.

As mudanças no interior do governo são apontadas como o elemento do fluxo político que potencializa ou restringe mudanças na agenda governamental. Num segundo momento, o início do Governo Lula favoreceu mudanças que levaram à formulação do PBF, no âmbito do Programa Fome Zero, unificando os programas de transferência de renda existentes, inclusive o PBA.

O Programa Fome Zero, ao integrar as políticas de garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, coloca novamente a fome na agenda pública, cuja orientação passa a ser o compromisso com o direito humano à alimentação.

Um outro elemento apontado pelo modelo é composto pelas forças políticas organizadas. Na formação da proposta de governo, na concepção do Projeto Fome Zero, havia duas linhas claras: uma que representava as propostas de renda básica incondicional, defendida pelo Senador Eduardo Suplicy, e outra defendida pelo economista José Graziano, cuja proposta era criar o Cupom de Alimentação (que mais tarde deu origem ao Cartão Alimentação), o qual, presente no desenho do Programa do Fome Zero, fora inspirado no *Food Stamp*, maior programa de ajuda alimentar dos EUA , que consiste no fornecimento de cupons ou cartões eletrônicos utilizados para as compras de alimentos em estabelecimentos varejistas cadastrados (Instituto da Cidadania, 2001). Ao final do primeiro ano de Governo, a estratégia implantada do Cartão Alimentação não tinha ganhado força e recebia inúmeras

críticas, sendo considerada um retrocesso em relação aos programas de transferência de renda existentes, como aponta o representante do poder legislativo:

> "(...) eu avaliava que, ao invés de se prover um Cartão Alimentação, que só poderia ser gasto... com alimentos, o que demandaria um controle, com respeito àquela população, sobre como é que aquelas pessoas estariam gastando o dinheiro, se iam gastar em alimentos ou em outras coisas e assim por diante, nos armazéns nas lojas e tudo, me pareceu que o mais adequado seria dar liberdade às pessoas para realizarem os gastos." (representante do poder legislativo)

Segundo a fala dos ex-técnicos da CGPAN, no início do PBF prevaleceu a linha da renda básica incondicional em função da preferência ideológica, mas também pela questão operacional. Havia dificuldade em se estruturar um programa num ministério único, com ações que diriam respeito às condicionalidades em diferentes ministérios. Neste sentido, havia pouca ênfase nas condicionalidades, o que pode ser percebido pela distância existente entre a criação do programa e a regulamentação das condicionalidades (Brasil, 2004a; Brasil, 2004 b).

Oportunidades de mudança

Existem momentos em que os três fluxos - problemas, soluções e dinâmica política – convergem, gerando oportunidade de mudança na agenda decisória. As circunstâncias que permitem esta convergência são denominadas janelas e são influenciadas principalmente pelos fluxos de problemas e pelo fluxo político. A

oportunidade de mudança surge quando um novo problema consegue atrair a atenção dos formuladores de política. A abertura destas janelas de oportunidades tem um caráter transitório e depende de um componente fundamental, sem o qual esses momentos não promovem mudanças na agenda: a atuação dos empreendedores de políticas.

Neste processo de desenho da TCR, com contrapartidas de saúde, a CGPAN assumiu o papel de empreendedora de políticas, protagonizando a junção dos três fluxos.

Havia necessidade de mudanças na estratégia de combate à desnutrição em função das críticas conceituais e operacionais ao ICCN, como descrito no fluxo de problemas. Havia também a necessidade de proposta de ação do governo frente ao processo de extinção do PRODEA, além da decisão de criação de uma rede de proteção social no país. Todos esses fatores abriram uma janela para a mudança.

A CGPAN foi propositiva na formulação da proposta que originou o PBA e investiu em um processo que envolveu a comunidade acadêmica e as agências de organismos internacionais, além de mobilizar outro fator descrito pelo modelo que são os atores visíveis e invisíveis envolvidos no processo.

Esta conformação teve impacto sobre o fortalecimento da Área Técnica de Alimentação e Nutrição, que cresceu em função da operacionalização do acompanhamento das corresponsabilidades do PBA. No processo que antecedeu a formulação do PBF, foi apontada pelo Ministério da Saúde a possibilidade de saída do PBA do setor, o que significaria perda para a área técnica. A extinção do PBA

também representava a perda da candidatura de Serra. O Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar – MESA - coordenava as ações do cartão alimentação. Alguns atores foram decisivos na reversão deste processo, a saber: D. Mauro Moreli e Dra Zilda Arns, da Pastoral da Criança, destacaram-se na mobilização da mídia e da opinião pública. A mídia que, no início do PBA, fazia crítica à proposta, sobretudo pelo discurso da falta de controle sobre a conversão da renda sobre os gastos das famílias com alimentação, passa a defender a continuidade da TCR.

Diante de críticas ao Programa do Fome Zero, a Casa Civil assume a unificação dos programas de TCR em maio de 2003. O efeito *policy ratchet* – que implica a incapacidade de retração de determinadas políticas, sobretudo pelo efeito de políticas anteriores na opinião pública – parece ter atuado, pois a permanência da TCR, com contrapartidas na saúde, prevaleceu independente das preferências, naquele momento, de quem estava no poder (Pierson, 2006), o que pode ser observado na fala a seguir:

> "(...) estou me recordando até numa discussão que teve no âmbito do CONSEA foi sobre o nome do programa (...). Eu me lembro de uma intervenção do representante da UNICEF (...), defendendo que o programa se chamasse Bolsa Escola, que ficasse o nome de Bolsa Escola. Mesmo assim os seguidores do Senador Cristovam Buarque também eram enfáticos nisso daí. Quando eles colocavam um receio muito grande de perder aquilo que eles achavam que tinha sido uma grande conquista, um programa de transferência de renda associado principalmente à frequência na escola." (ex-representante

do CONSEA)

A conjugação das condicionalidades do PBA e PBE possibilitaria sinergia e concentração de ações de combate à pobreza e desigualdade para famílias de maior vulnerabilidade (Brasil, 2005a).

No que se refere às ações da rede de saúde, esta mudança para a unificação dos programas causou o distanciamento deste setor na seleção dos beneficiários atendidos, uma vez que em geral esta etapa não cabe mais à Saúde e o critério de inclusão é exclusivamente de renda.

No PBA a avaliação empreendida pelo Ministério da Saúde encontrou efeitos positivos do programa sobre o crescimento infantil e a recuperação nutricional de crianças desnutridas, comparando com as que não recebiam o benefício (Brasil, 2005a).

Os programas de TCR no âmbito do setor saúde sempre foram recebidos com resistências. O Conselho Nacional de Saúde não foi favorável ao PBA, sobretudo pelas sanções referentes ao descumprimento da agenda de compromisso (Pasquim, 2006). Entretanto, houve uma aceitação crescente da sociedade em relação às condicionalidades. A fala do ex-representante do CONSEA retrata esta questão.

> "(...) na sociedade organizada existia, e ainda existe em alguma medida hoje, uma resistência muito grande à questão das condicionalidades, dizendo que se há direito não pode existir condição sobre o direito."
>
> "(...) quando foi a coordenadora do programa (...) debater no CONSEA e ela

> ao ser questionada sobre a questão das condicionalidades, enquanto uma violação ou um direito, ela levantou algumas questões, primeiro que presenciava que sobretudo nas unidades de saúde, embora o acompanhamento não fosse igual ao que se conseguia fazer com a educação (...) vinha se observando um aumento da frequência de mães, com seus filhos e famílias e que isso era sentido em vários municípios. ... e levantou uma segunda coisa que aí essa a gente comprovou cabalmente na nossa pesquisa, que havia um apoio maciço dos beneficiados às condicionalidades." (ex-representante do CONSEA)

O processo de manutenção da pobreza no país é em grande parte fruto das desigualdades na distribuição dos rendimentos, o que torna a proposta de transferência de renda apropriada, pelo menos, para minimizar suas consequências (Burlandy, 2007).

O intuito dos programas de TRC é que as condicionalidades se constituam a "porta de saída", pelo menos para futuras gerações. No entanto, a efetividade desta função das condicionalidades está condicionada à oferta e à qualidade destes serviços (Kerstenetzky, 2009).

As contradições e polêmicas em torno das contrapartidas a serem cumpridas pela família, presentes nos programas recentes, despertam interesse em relação aos fatores envolvidos na decisão de sua inclusão no desenho desses programas.

Embora a área da saúde, após a Constituição de 1988, tenha caminhado para a construção do Sistema Único de Saúde, que concretiza, no seu arcabouço legal, as propostas da Reforma Sanitária de um sistema universal. Na prática, esse acesso universal ainda é um desafio.

A desigualdade e a fragmentação no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde e as diferenças de condições de vida que levam a iniquidades no perfil de saúde da população estão implicadas no quadro de pobreza atual. Este quadro justifica a inclusão em programas de combate à pobreza de condicionalidades relacionadas à saúde como forma de "assegurar o acesso dos beneficiários" à política de saúde, que por princípio é universal.

Este é um dos pontos polêmicos em torno do desenho do PBF. As condicionalidades se apresentam como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos. Por outro lado, este desenho foi concebido à luz da visão neoliberal, que propõe intervenções focalizadas e compensatórias das desigualdades geradas pelo próprio modelo. Para Ugá (2004) esta proposta implica o deslocamento no âmbito das políticas sociais da noção universalizada do direito.

Na trajetória dos programas de alimentação e nutrição no Brasil, a TCR tem sido apontada como alternativa para melhoria das condições nutricionais de grupos vulneráveis e na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional. Isoladamente, essa estratégia vem sendo considerada de médio impacto no estado nutricional. Seu impacto potencial se daria mediante a integração com outros tipos de intervenções e

de acordo com a capacidade da rede de saúde de inserção destas famílias (Burlandy, 2007).

Apesar de não existirem metodologias universais para análise de políticas públicas, há elementos teóricos comuns em vários modelos (Souza, 2003). Segundo Frey (2000), concepções teóricas, baseadas em observações empíricas, oferecem "pontos de referência para obter princípios norteadores gerais para estudos empíricos", o que não torna desnecessária uma adaptação às particularidades do estudo de caso em questão. O modelo de múltiplos fluxos, utilizado neste estudo, foi proposto inicialmente a partir de análises de políticas de saúde e transporte norte-americanas, mas tornou-se referência para análise de políticas públicas (Capella, 2006). Pode-se apontar como limitação a ausência de estudos que comprovem a sua adequação ao contexto do governo brasileiro. O modelo foi proposto para análise em organizações que se configuram como uma "anarquia organizada", que se caracteriza por objetivos ambíguos dos atores envolvidos e estrutura ambiental instável, o que permitiria os três fluxos decisórios seguirem seus cursos relativamente independentes (Teixeira, 2005). Estas características podem ser reconhecidas no momento em que se processaram as propostas de TCR no país. No delineamento do estudo, este modelo demonstrou adequação à proposta em função das características do objeto em questão, que envolvia, entre outras questões, múltiplos níveis de decisão, intersetorialidade e debate por diversos atores não governamentais. Outrossim, pretende-se uma explicação *a posteriori* do processo decisório, sem a intenção de se validar um modelo capaz de prever processos futuros (Teixeira, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre este processo ajuda a compreender o papel dos serviços de saúde em um programa de caráter intersetorial. O componente, que mobiliza a articulação das ações de saúde, potencializando a intervenção nutricional, tem sido apontado como crucial para o impacto destas ações. A despeito disso houve resistência no setor saúde no processo de implementação destas condicionalidades, que parece ter ocorrido no campo mais conceitual do que no técnico. No entanto, mecanismos de *policy feedback* parecem ter atuado na manutenção destas contrapartidas.

Um aspecto importante aparece neste processo face ao papel empreendedor desempenhado pela área técnica de alimentação e nutrição. Foi a CGPAN que idealizou o desenho do PBA e depois, pela estruturação desenvolvida para o acompanhamento deste programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF. Sem dúvida este processo conferiu liderança da área dentro do Ministério da Saúde no processo de TRC. No entanto, ao analisar o objetivo e as ações propostas como condicionalidades, fica claro que se trata de agenda comum da área de nutrição e outras áreas da saúde, sobretudo da atenção básica e das áreas técnicas de saúde da criança e da mulher. Coloca-se como desafio o fortalecimento do diálogo destas áreas, visto que este afastamento se reflete nos serviços de saúde por meio da dificuldade de integração entre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da atenção básica nos municípios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 710, de 10 de junho 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jun. 1999. p.14.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação" e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 set. 2001a.

BRASIL. Decreto Nº 3.934, de 20 de setembro de 2001. Aprova o Regulamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação" e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 set. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.770, de 20 de setembro de 2001. Estabelece instruções para implantação e funcionamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde – Bolsa-Alimentação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 2001c.

BRASIL. Lei Ordinária 10.836 de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a lei n.º 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 2004a.

BRASIL. Decreto 5209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei 10.836/2004 (Lei Ordinária) 09/01/2004, que cria o programa bolsa família, e dá outras providências; 2004b. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mar. 2004c.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 nov. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. *Manual de Orientações sobre o Bolsa Família*. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. *Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família*: Manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília, DF, 2007b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Gabinete do Ministro. Portaria n° 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a Portaria GM/MDS n° 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 set. 2008.

BURLANDY, L. *Comunidade solidária*: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2003.

BURLANDY, L.; LABRA, M. E. Redes de política no combate à fome e à pobreza: a estratégia Comunidade Solidária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, n.6, p. 1543-1552, nov./dez. 2007.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 12, n.6, p. 1441-1451, nov./dez. 2007.

CAPELLA, A. C. Perspectivas Teóricas sobre o processo de formulação de políticas

públicas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica*, São Paulo, n. 61, p. 25-52, 1º sem. 2006.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório final. [S.l.], 2008.

COITINHO, D.; MONTEIRO, C. A.; POPKIN, B. M. What Brazil is doing to promote healthy diets and active Lifestyles. *Public Health Nutrition*, USA, vol. 5, n. 1A, p. 263-267, fev. 2002.

FONSECA, A. M. M.; ROQUETE, C. Proteção Social e programas de transferência de renda: O bolsa-família. In: VIANA A. L. D., ELIAS P.E. e IBAÑES N. (org). *Proteção social* – Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

INSTITUTO DA CIDADANIA. Uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil. Projeto Fome Zero. São Paulo, 2001.

KERSTENETZKY, C. L. Redistribuição e Desenvolvimento? A Economia Política do Programa Bolsa Família. DADOS – *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro,

vol. 52, n. 1, p. 53-83, mar. 2009.

KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York: Longman, 2003.

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER N. Conditional Cash Transfers for Improving Uptake of Correction Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Journal of American Medical Association*, USA, vol. 298, n. 16, p. 1900-1910, out. 2007.

LOUREIRO, J. P. Lições Político-Institucionais do Programa Bolsa Família para Países Africanos – Uma Análise de Moçambique. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/mds.do>. Acesso em: 09 ago. 2009.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, no.6, p. 1415-1421, nov/dez. 2007.

MENEZES, F. (org). REPERCUSSÕES do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas. Rio de Janeiro: IBASE, 2008.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R.;

BURLANDY, L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, no.6, p. 1453-1462, nov/dez. 2007.

PASQUIM, E. M. *Implementação dos programas bolsa escola, bolsa alimentação e cartão alimentação.* Dissertação (Mestrado). Brasília: Departamento de Nutrição/UNB, 2006.

PASQUIM, E. M.; SANTOS, L. M. P. Análise de Programas de transferência de renda no Brasil sob a ótica e prática de atores federais e estaduais. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v.16, n.3, p.52-68, set./dez. 2007.

PIERSON, P. Public Policies as Instituitions. In: SHAPIRO, IAN e col. (ed). *Rethinking political institutions.* New York: New York University Press, 2006.

PIRES, A. Bolsa Família e políticas públicas universalizantes: O caso de um município paulista. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 134, maio/ago. 2008

RIVERA, J. A; SOTRES-ALVAREZ, D.; HABICHT, J. P.; SHAMAH, T.; VILLALPANDO, S. Impacto of the Mexican Program for Education, Health and Nutrition (Progresa) on Rates of Growth and Anemia in Ifants and Young Children – A Randomized Effectiveness Study. *Journal of American Medical Association*, USA, vol. 291, n. 21, p. 2563-2570, jun. 2004.

ROSA, T. R. S. Políticas Públicas de combate à pobreza no Brasil: inovações e desafios. In: Colóquio internacional Desenvolvimento contra a pobreza: Mediações teóricas técnicas e políticas. Montes Claros: Unimontes, 2008. Disponível em: <http://www.unimontes.br/coloquiointernacional/.../150terezaraquelsilveirarosa.pdf> Acesso em: 05 out. 2009.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 34, n. 1, p. 104-108, fev. 2000.

SENNA, M. C. M.; BURLANDY, L.; MONNERAT, G. L; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *Revista Katálysis*, Florianópolis, n. 1, p. 86-94, jan-jun. 2007.

SILVA, M. O. S. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, n. 6, nov./dez. 2007.

SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista brasileira de Ciências Sociais* [online], vol.18, n.51, p. 15-20. 2003.

TEIXEIRA, M. L. *A política contra lavagem de dinheiro no Brasil*. O processo de absorção de regime internacional. Brasília, 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) – Instituto de Ciência política, UNB, 2005.

UGÁ, V. D. A categoria "pobreza" nas formulações de política social do Banco Mundial. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 23, p. 55-62, nov. 2004.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, vol. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago. 2005.

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: O caso do Bolsa Família do Governo Lula no Brasil. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, n. 4, 2006.

CAPÍTULO 2 - CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: O CASO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

HEALTH CONDITIONALITIES OF THE BOLSA FAMÍLIA PROGRAM: THE CASE OF RIO DE JANEIRO CITY.

Jorginete de Jesus DAMIÃO Trevisani e Patricia Constante JAIME

RESUMO

Este artigo buscou sistematizar as características das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) na cidade do Rio de Janeiro. O modelo teórico foi construído a partir da regulamentação e documentos orientadores do Governo Federal e das especificidades da proposta no município. Para produção de dados foram realizadas análise de documentos e grupo focal. Os elementos que compõem o Modelo foram divididos em três domínios: Cuidado à saúde, Gestão na coordenação das ações do PBF e Gestão de Informação. Os componentes relativos ao Cuidado à Saúde foram agrupados como atividades básicas, atividades essenciais, atividades voltadas ao cuidado da família e atividades intersetoriais. Para cada domínio do Modelo foram elencados recursos, atividades, produtos e resultados. Compõem o Modelo, como condições de contexto, a característica da rede de atenção primária na cidade, a experiência com programas de nutrição anteriores e questões políticas no momento da implantação. Elementos como reorganizar oferta, aumentar a oferta qualificada, inserir as famílias nas ações da unidade, potencializar

o programa como oportunidade de cuidado, foco no cuidado integral representaram aspectos positivos no desenho das Condicionalidades do PBF na cidade.

Palavras–chave: Programas de transferência condicionada de renda, Atenção Básica, Avaliação, Bolsa Família.

ABSTRACT

This paper aims to systematize the design features of health conditionalities of the Bolsa Família Program in the city of Rio de Janeiro, by building a theoretical model. The theoretical model was constructed from the rules and policy documents of the Federal Government and the specificity of the proposal in Rio de Janeiro. Document analysis and focus group were used for data production. The elements composing the model were divided into three areas: Health Care, Management in the Coordination of Bolsa Família Program Actions and Information Management. Components for the Health Care activities were grouped as basic, essential activities and activities related to family care and intersectoral activities. For each model area, resources, activities, outputs and outcomes were listed. Context conditions that make up the model are: characteristic of primary care services in the city, experience with previous nutrition programs and political issues at the time of deployment. Elements such as reorganizing supply, increasing qualified supply, insertion in health care unit actions, strengthen the program as an opportunity for care, and focus on integral family care were positive aspects in the design of the Bolsa Família Program conditionalities in the city of Rio de Janeiro.

Key words: Conditional Income Transfer Programs, Primary Care, Evaluation, Bolsa Família Program.

INTRODUÇÃO

A criação do Programa Bolsa Família (PBF), em outubro de 2003, teve como finalidade a unificação das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as dos programas Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio-gás e Cartão Alimentação[1,2]. O PBF constituiu-se numa das principais ações do Programa Fome Zero, concebido como uma política pública intersetorial, capaz de se estruturar como articulador de uma rede proteção e promoção social, aumentando o acesso destes grupos a direitos sociais básicos, entre estes os da alimentação, saúde e educação[3].

As transferências de renda do PBF são condicionadas por contrapartidas nas áreas de saúde e educação. As contrapartidas, ou condicionalidades de saúde, apresentam como objetivo "garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de saúde a que têm direito"[4]. No entanto, autores que discutem o desenho institucional e a operacionalização do programa questionam se as condicionalidades de fato promovem direitos sociais básicos ou se, contrariamente, violam direitos à medida que fazem exigência para a sua garantia[5-7].

Avaliar a forma com que as condicionalidades estão sendo implementadas pode contribuir de forma concreta para o debate. Embora o PBF seja um programa federal, existem diferenças na sua implementação, principalmente em função das características municipais de gestão e da rede de serviços de saúde. Assim, na análise da implementação deste programa, vale levar em conta os contextos locais.

A avaliação de programas ou de intervenções na área da saúde, em especial

na atenção básica, deve considerar a ação em sua pluralidade, não se restringindo à avaliação baseada somente em princípios epidemiológicos, o que requer o uso de diversas abordagens. Hartz[8] propõe que a avaliação se oriente por um modelo teórico, que permite considerar a influência do contexto em que o programa é implantado.

O modelo teórico ou modelo lógico descreve a sequência de eventos que levam aos resultados esperados por um programa, sintetizando seus elementos principais em uma representação de como se espera que o programa opere. Assim, criar um modelo lógico permite fornecer um quadro de referência para avaliação de um programa[9].

Na construção do modelo teórico devem ser incluídos o problema ou comportamento visado pelo programa; a população-alvo e as condições do contexto; além do próprio conteúdo do programa ou os atributos necessários para alcançarem os efeitos esperados[8]. A teoria do programa pode envolver aspectos prescritivos e descritivos. Conforme proposta apresentada por McLaughlin e Jordan, o modelo teórico pode conter recursos, atividades, produtos, clientes alcançados e resultados de longo, médio e curto prazos, além de influências externas relevantes.

As informações utilizadas para a construção de um modelo teórico podem ser advindas de diferentes fontes, tais como os resultados de estudos anteriores, teorias das ciências sociais ou a experiência dos gestores e avaliadores[8]. A validade interna de um estudo de caso vai depender da qualidade e da complexidade da articulação teórica em que se pauta o estudo e da sua adequação ao método de análise

escolhido[11].

Nesse artigo, buscou-se compreender as ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Nesse sentido, será apresentada a sistematização das características municipais do desenho dessa ação, por meio da construção de um modelo teórico para avaliação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, que servirá de base para estudo avaliativo desta ação na cidade.

MÉTODOS

O modelo teórico trará os componentes da ação avaliada, os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução dos seus componentes e os produtos e os resultados esperados para o grupo atendido e para a organização dos serviços[12].

Construção do modelo teórico

No presente estudo, o modelo teórico foi construído a partir da regulamentação e documentos orientadores do Governo Federal para as ações que visam a atender as condicionalidades do PBF e das diretrizes no município do Rio de Janeiro. Para tanto, foram utilizadas duas estratégias de produção de dados: análise documental e grupo focal.

Na análise documental, foram utilizados como referência a Lei n.º 10.836, de

9 de janeiro de 2004, que cria o PBF como programa "destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades"[1]; o Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004[2], que regulamenta a Lei 10.836/2004; a Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004[13], que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do programa; a Portaria GM/MDS Nº 551, de 09 de novembro de 2005 (Revogada), que regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família[4;] a Portaria GM/MDS Nº 321, de 29 de setembro de 2008, que revoga a Portaria GM/MDS n° 551[14] e as publicações técnicas *Manual de Orientações sobre o Programa Bolsa Família*[15] e *Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: Manual para os agentes comunitários de saúde*[16].

Não existiam documentos que explicitassem as diretrizes municipais para o acompanhamento das condicionalidades de saúde. Assim, realizou-se, a fim de identificar essas diretrizes, um grupo focal com os gestores municipais do PBF, da Atenção Básica, de ações de Saúde da Criança, Mulher e Nutrição na cidade. O objetivo do grupo focal consistiu em identificar, na fala dos gestores, elementos para construção do modelo teórico das ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no município do Rio de Janeiro.

A técnica de grupo focal foi escolhida por permitir a produção de dados por meio do diálogo e do debate entre os participantes que, interagindo, poderiam influenciarem-se uns aos outros[17,18]. Trabalhou-se com a hipótese de que os gestores

de saúde do município viam a forma com que o PBF foi implementado de diferentes perspectivas. Neste sentido, as falas geradas na partilha e nos contrastes de experiências seriam úteis para a compreensão e percepção dos consensos e dissensos[19,20].

A seleção dos participantes foi intencional. Foram convidados para o grupo focal os gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro de áreas cujas ações têm interface com as condicionalidades de saúde do PBF, a saber: da Atenção Básica, de ações de Saúde da Criança, de ações de Saúde do Adolescente, de ações de Saúde da Mulher e de Nutrição. Para a coordenação do PBF e de Nutrição, além dos gestores que exerciam o cargo no momento do grupo focal, foram convidados os gestores à época da implantação do PBF. Apenas a área técnica de saúde do adolescente não pôde participar do grupo. O grupo contou com a participação de nove pessoas, a saber, a gerente da área de Saúde da Criança, um técnico da área de Saúde da Mulher, a coordenadora da Atenção Básica (que também era coordenadora das ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF), um técnico da coordenação da Atenção Básica, a gerente da Assistência Social na Saúde, um componente da direção da área de Nutrição, a coordenadora e um técnico da área de Nutrição na Atenção Básica, uma ex-diretora da área de Nutrição.

O encontro com os gestores ocorreu em novembro de 2008 e teve duração de duas horas. O debate foi gravado, com autorização prévia dos participantes, que assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, e contou com moderação e relatoria de pesquisadores externos aos quadros da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi utilizado para condução da conversa um roteiro, constando das questões descritas a seguir: Na cidade do Rio de Janeiro, no que consiste a ação de acompanhamento de condicionalidades de saúde do PBF? Como foi a implantação do PBF? Como foi estruturada a ação? Qual a participação de cada área presente? O que cada área esperava desta ação? Como o acompanhamento das condicionalidades se articula com as outras ações do cuidado da saúde? Que ações são obrigatórias neste acompanhamento? O que seria ideal? Como os diretores e profissionais veem esta ação? Quais são os aspectos positivos e negativos desta ação?

O material produzido pelo grupo focal foi transcrito. Para caracterização do acompanhamento das condicionalidades de saúde no município e identificação dos componentes do modelo teórico, seguiu-se a seguinte sequência de análise: leitura exaustiva do material; identificação de temas emergentes e dos consensos, dissensos e contradições; categorização dos eventos e elementos esperados para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF em recursos, atividades, produtos e resultados; categorização dos eventos e elementos segundo características das ações, o que posteriormente foi denominado no modelo como domínio. A categorização também foi realizada a partir das regulamentações e documentos federais para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, sendo os dois materiais produzidos analisados em paralelo.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde e defesa Civil do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Contexto : Histórico e implementação do Programa Bolsa Família na cidade do Rio de Janeiro.

Conforme descrito, o PBF nasce da unificação de programas de transferência de renda implementados por diferentes setores (Saúde, Educação, Assistência Social). Seu desenho conjuga transferência de renda a contrapartidas sociais, que potencialmente garantiriam o acesso a direitos sociais básicos. As contrapartidas relacionadas à Saúde são denominadas condicionalidades de saúde que, segundo a Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004, consistem em ações básicas de saúde voltadas a gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos[13].

Na opinião dos coordenadores das áreas técnicas de saúde afins a esta ação no município do Rio de Janeiro, o modelo de programa de transferência de renda com condicionalidades é considerado como uma grande mudança no modelo de cuidado de nutrição na Saúde. Esta mudança foi inaugurada com o Programa Bolsa Alimentação (PBA).

> *"Saiu de um modelo, que era um modelo focado em identificação de grupo de risco biológico, com atendimento diferenciado e suplementação alimentar, para um outro modelo, que tinha um foco econômico, sem uma sintonia fina com esta questão do cuidado." (Gestor 1)*

Outra fala no grupo lembrou que esta mudança, no entanto, refere-se à

história mais recente, pois em programas anteriores, como o Programa de Nutrição e Saúde (PNS), que fazia parte do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), o risco social estava presente como critério de inclusão. No Rio de Janeiro, a partir da década de 1980, com o Programa de Suplementação Alimentar, o risco nutricional começou a ser incluído para seleção dos beneficiários, embora, no desenho nacional deste programa, a renda continuasse como critério de inclusão. Na década de 1990, foram implantados nacionalmente programas com critérios biológicos de seleção, baseados no risco nutricional, voltados a crianças de até dois anos com desnutrição. O último programa implementado com esta conformação foi o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais[21].

Reflexos desta mudança no modelo foram sentidos como uma perda na dimensão do cuidado em saúde no risco nutricional, característica intrínseca às ações de saúde à criança.

> *"desfigurou um pouco uma dimensão que é do cuidado do risco nutricional, que seria uma atribuição intransferível nossa."* (Gestor 1)

O desenho do PBA aliava o critério de renda ao risco nutricional para a inclusão no programa. No entanto, na prática, observou-se que não foi mantido o foco no risco nutricional. Assim, um novo modelo de programa veio substituir o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), voltado a crianças de até dois anos com desnutrição, sem muita clareza de como este grupo vulnerável biologicamente seria coberto.

A área técnica de nutrição, assim como a gestão da área de saúde coletiva na cidade, fez um esforço para que fosse mantida a referência do risco nutricional. Contudo, na operacionalização da implantação do PBA, este foco não foi garantido.

Outro ponto destacado pelo grupo é o fato de a implantação do PBA ter sido marcada por questões políticas. Havia interesse de que o Rio fosse uma das primeiras cidades a implantar o programa. O fato do Secretário de Saúde, à época, ser do mesmo partido político do Ministro impulsionara esta decisão. Assim, a implantação começou por uma área da cidade sem critérios técnicos claros para sua escolha.

Este processo se refletia na sensação dos profissionais de que o programa (PBA e posteriormente o PBF) era um programa de formulação centralizada, verticalizado.

> *"às vezes as nossas falas e as falas nas nossas unidades é meio assim: que acabou de chegar, acabou de descer o pacotão, mas o pacotão tem 5 anos."* (Gestor 2)

Outro aspecto realçado é que o modelo de transferência condicionada de renda, comum ao PBA e ao PBF, tem uma gestão mais centralizada do que programas anteriores. O ICCN, por exemplo, tinha um componente variável de recursos, que permitia ao município identificar quais as ações prioritárias, face às necessidades locais. Este novo formato é criticado por sua falta de indução à gestão local, o que gera uma atitude pouco proativa.

Apesar dos conflitos e desconfortos da implantação, o Bolsa Família

aprofundou a discussão da questão social e sua relação com a Saúde. Segundo a fala da coordenadora da Atenção Básica à época da implantação do programa, ele potencializou essa discussão, assim como a aproximação local dos equipamentos e profissionais das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social. O modelo de gestão compartilhada, experienciado no início da gestão do programa, favoreceu a articulação local. Contudo, sempre houve tensão entre os setores envolvidos.

As mudanças geradas pela implementação do Sistema Municipal de Assistência Social na cidade, a partir do Decreto Nº 21.058 de 08 de fevereiro de 2002[22], que define como órgão matricial a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – hoje chamada de Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), contribuíram para os desafios encontrados no trabalho intersetorial, no âmbito do PBF. Os assistentes sociais que atuam na Política de Saúde, e antes eram lotados nesta Secretaria, foram transferidos para a SMAS, passando a receber diretrizes técnicas dessa Secretaria.

Na Saúde, a dificuldade de reconhecimento dos profissionais do seu papel em um programa de transferência condicionada de renda foi mencionada como algo que dificulta a operacionalização do programa.

> *"E de fato existe muito preconceito por parte dos profissionais. E profissionais, não é lá do auxiliar. As próprias chefias mesmo. Eles custavam a entender. Parece que era simplesmente burocrático você preencher aquilo."* (Gestor 3)

"... eu vejo uma coisa de resistência mesmo, de não identificação com o modelo proposto, que é a gente sair de um modelo de acompanhamento diferenciado para risco de saúde, identificados no âmbito da saúde, que é o fenômeno que a gente entende.... para um outro modelo, que é o modelo que o foco é a pobreza. ...a Saúde entra como coadjuvante. Na verdade você, a Assistência Social, passa ser o carro chefe." (Gestor 1)

Se por um lado, o foco na pobreza trouxe incômodos, por outro, um dos pontos referidos como vantagem foi a possibilidade de acesso de uma população de maior vulnerabilidade social e, por conseguinte, com maior risco de adoecimento.

"Você pode tirar proveito daquela família ali que é vulnerável, que quantas vezes não tem acesso. Você só tem que criar estratégia." (Gestor 3)

A percepção de que o programa tem efetivamente foco nas famílias mais vulneráveis foi exemplificada com dois episódios ocorridos durante a gestão do PBA e do PBF. O primeiro refere-se à identificação de óbitos de crianças e mulheres de famílias do PBA e o segundo, ao aumento da utilização de vacinas, no início do acompanhamento da primeira vigência do PBF.

As contradições e obstáculos na operacionalização do programa, devido ao seu caráter intersetorial, geraram dificuldades quanto à legitimidade entre os gestores da Saúde. Sua falta de aceitação melhorou com o passar dos anos, no entanto, ainda há repercussões na gestão das ações do PBF na Saúde.

> "*se no nível central a operacionalização tem uma certa distância entre a questão da área técnica e a questão .... das condicionalidades, na ponta, pode refletir isso também... Assim como o SUS é para todo mundo, estas crianças e estas mulheres são dos nossos programas.*" (Gestor 4)

Nesta mesma fala, pode-se perceber outra característica da gestão das condicionalidades do PBF na cidade, que é a falta de envolvimento das áreas técnicas responsáveis pelas ações previstas nestas condicionalidades. No nível federal, a coordenação do acompanhamento das condicionalidades de saúde compete à Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN). No Rio, essa coordenação estava, até a realização do grupo focal, em instância de gestão da Atenção Básica hierarquicamente superior às áreas técnicas da Saúde. Essa conformação se deu pelo entendimento de que as ações relacionadas às condicionalidades estão ligadas a várias áreas técnicas, sobretudo, as de saúde da Criança, Mulher e Adolescente e de Nutrição.*

Apesar do entendimento de que as condicionalidades do PBF envolvem ações de responsabilidade de diferentes setores, o grupo avaliou que, com exceção da área de Nutrição, que já estava envolvida historicamente com os programas de suplementação alimentar e com o PBA, existe pouco envolvimento das áreas técnicas com a coordenação das ações do PBF na Saúde. Isto contribui para a fragmentação

---

* Em 2009, com a mudança de governo municipal, a coordenação do PBF na Saúde passou a integrar a Coordenação de Policlínicas e NASF, que compõe a Superintendência de Atenção Primária em Saúde. Posteriormente, em 2011, esta coordenação passou à Coordenação de Saúde da Família, da mesma Superintendência.

das ações voltadas a esse grupo no nível local.

> "*... no Bolsa Família, nesta coisa da condicionalidade do acompanhamento, eu não tô de cabeça. A minha energia dispendida numa coisa e, agora, noutra. É completamente diferente, sabe? O envolvimento da gente nisso é muito aquém do que deveria. ... A gente não está muito nesta engrenagem, entendeu? Nas reuniões, eu não participo das reuniões... Eu me afastei disso.*" (Gestor 5)

Componentes do modelo teórico do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na cidade do Rio de Janeiro.

Quadro 1: Componentes do modelo teórico das condicionalidades da Saúde no PBF no município do Rio de Janeiro, presentes nas regulamentações e documentos orientadores do Governo Federal.

Recursos	Documento (Fonte)
Compete às SMS no PBF: indicar um responsável técnico	**a**
Cabe ao Município: disponibilizar serviços e estruturas institucionais, da área da assistência social, da educação e de saúde, na esfera municipal;	**d**

Atividades	Documento (Fonte)
Acompanhamento periódico (semestral) das famílias beneficiárias	**a b e**
Acompanhamento das condicionalidades: pré-natal, vacinação, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento do crescimento, desenvolvimento infantil e estímulo ao aleitamento materno	**a b d e**
Acompanhamento da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos.	**a b**
Exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde	**c**
Participação de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável	**a**
Realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento	**a e**
Realização do acompanhamento de outras ações (voltadas a crianças), conforme o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde	**a e**
Participação de atividades educativas sobre cuidados gerais com a alimentação e a saúde da criança	**b e**
Garantir às famílias a oferta de ações básicas de saúde	**a**
Mobilizar as famílias para o acompanhamento das condicionalidades	**a**
Coordenar o processo de inserção e atualização das informações de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família nos aplicativos da Vigilância Alimentar e Nutricional	**a**
Capacitar as equipes de saúde	**a**
Participar da coordenação intersetorial	**a**
Estabelecer parcerias para o fomento de atividades complementares	**a**
Informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastramento Único qualquer alteração identificada sobre os dados cadastrais das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.	**a**

Produtos / Resultados	Documento (Fonte)
Acesso a políticas sociais básicas de saúde	**e**
Acesso dos beneficiários a direitos sociais básicos de saúde e nutrição	**a**
Promover acesso à rede de serviços públicos	**d e**
Garantir oferta de serviços básicos de saúde	**b**
Contribuir para a inclusão social	**a b d e**
Promover a intersetorialidade, a complementariedade e a sinergia das ações sociais do poder público	**d**
Identificação de vulnerabilidades sociais	**e**
Diminuição das desigualdades	**a**
Promover a melhoria das condições de vida	**a d e**
Potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias	**b**
Melhoria das condições de saúde e nutrição	**a**
Diminuição da desnutrição e mortalidade infantil	**a**
Busca pelo Direito Humano à Alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional	**b**
Promover hábitos alimentares saudáveis	**b**

Fonte: a - Portaria Interministerial n.° 2.509 (BRASIL, 2004c), b- O Manual de Orientações sobre o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2007), c- Lei n.º 10.836 (BRASIL, 2004a), d- Decreto n.º 5.209 (2004b), e- Portaria GM/MDS Nº 551 (BRASIL, 2005), Revogada pela Portaria GM/MDS Nº 321 (BRASIL, 2008) e Portaria GM/MDS Nº 321, de 29 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008).

As atividades previstas para a ação diferem pouco ao longo das regulamentações consultadas entre 2004 e 2008. A Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, conversão da MPv nº 132, de 2003, que cria o Programa Bolsa Família, se refere à obrigatoriedade de cumprimento das condicionalidades para a concessão dos benefícios. Neste instrumento legal, as condicionalidades de saúde são referidas

como as relacionadas "ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional .... sem prejuízo de outras previstas em regulamento." Nove meses depois, foi publicado o Decreto 5.209 de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a lei nº 10.836[1,2]. As condicionalidades são mais detalhadas neste decreto, sendo descritas como "Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos". O Decreto afirma que o recebimento do benefício deve ser condicionado à "aceitação tácita" das condicionalidades.

Apenas em 18 de novembro de 2004, a Portaria Interministerial n.° 2.509, que regulamenta as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde no cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF, é publicada. Esta portaria apresenta como condicionalidades de saúde, além das atividades já descritas nos instrumentos anteriores, o estímulo ao aleitamento materno e as ações voltadas para o acompanhamento de gestantes e crianças menores de 7 anos. Pela Portaria, cabe ao município prover as ações básicas de saúde, que fazem parte das condicionalidades, além de mobilizar as famílias para o cumprimento destas e informar o acompanhamento das famílias atendidas pelo programa[13].

Os produtos e resultados esperados pela ação, em geral, são explicitados quando se trata da definição e do objetivo das condicionalidades de saúde. Embora se tenha como horizonte "garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de Saúde a que têm direito", representando a possibilidade de inclusão[4], cada publicação apresenta elementos complementares para compreender o que se espera com a ação (Quadro

1).

A experiência dos gestores de saúde da cidade do Rio de Janeiro permitiu sistematizar as diretrizes municipais para o programa (Quadro 2).

Quadro 2: Diretrizes municipais do acompanhamento das condicionalidades identificadas a partir do grupo focal com coordenadores do nível central da saúde no município do Rio de Janeiro.

Recursos	Atividades	Produtos / Resultados
Equipe multidisciplinar	Acompanhamento semestral das famílias	Oportunidade de cuidado em saúde
Equipamentos e infraestrutura administrativa	Avaliação nutricional	Ampliar acesso das famílias vulneráveis aos serviços de saúde na perspectiva de equidade Pressão sobre oferta
Recursos do Índice de Gestão Descentralizada	Intervir no risco nutricional	Acolher a família e ter fluxo para o acompanhamento
Sistema de informação	Realizar Vigilância Nutricional	Reorganizar a oferta de serviços de saúde
	Vacinação	Aumentar oferta qualificada
	Dar acesso ao pré-natal	Inserir outros membros da família
	Dar acesso ao planejamento familiar	Cuidado com abordagem familiar
	Dar acesso a ações de outros programas de saúde	Cuidado integral à saúde
	Gestão das ações	Garantir o direito à saúde
	Utilizar Sistema de informação para gestão	Articulação local e setorial (intra e intersetorial)
		Visibilidade e enfrentamento do risco social
		Inclusão social

A identificação dos recursos necessários é enfatizada nas diretrizes municipais. Naturalmente, no nível municipal, onde as ações são implementadas, existe a necessidade de explicitação dos recursos materiais, humanos e financeiros para execução das ações, de acordo com o cenário local.

> *"Na hora H, a Saúde não tem o computador pra fazer, não tem a balança pra fazer. Como é que fica essa redistribuição e como é que pactua esta verba."* (*Gestor 4)*

Quanto às Atividades propostas para o acompanhamento das condicionalidades de saúde no município, além das previstas nos documentos federais, voltadas para crianças e gestantes, as diretrizes municipais incluem a articulação com as ações em outros programas de saúde, voltadas para os demais membros das famílias do PBF.

> *"captar para o planejamento familiar, para a cobertura familiar, para a questão da avaliação nutricional, para o programa de hipertensão, de diabetes, asma, enfim."* (Gestor 3)

No entanto, os gestores assumem que, em boa parte das unidades, as condicionalidades são vistas como *"algo que tem que ser cumprido, simplesmente, como uma tarefa semestral."* (Gestor 3). Para estas unidades, em geral, não são implementadas ações além das previstas nos documentos federais.

A gestão do sistema de informação, por sua vez, é apontada como um dos pontos

"nevrálgicos" do acompanhamento na Saúde. Embora seja ressaltado o seu papel para o planejamento e avaliação das ações, em função da utilização de um sistema via web, do grande volume de informações que devem ser registradas e informadas e da dificuldade de utilização destas informações, esta atividade é vista como "burocrática".

> *"o gestor municipal alimentava um sistema de informação e ele não conseguia gerar um relatório daquele sistema de informação."* (Gestor 1)

As atividades relativas à gestão regional da ação são referidas como potenciais promotoras de articulação intersetorial. Os produtos e resultados esperados refletem o que se deseja com a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é entendido como oportunidade de cuidado em saúde. Por esse motivo, a garantia de acesso das famílias do PBF aos serviços, a equidade, a integralidade e a abordagem familiar são enfatizadas como resultados esperados da ação.

> *"Eu acho que o tempo todo .... a gente tá tentando falar de um Programa Bolsa Família não como assistência, mas sim como possibilidade de inserção deste sujeito dentro de uma unidade de saúde."* (Gestor 3)

> *"Então, não é organização da vacina e a pesagem, é isso também, mas o que você faz quando a saúde chega inteira"* (Gestor 1)

A capacidade de o programa induzir a oferta de serviços e ações e de ampliar a cobertura é apresentada pelos gestores como ponto contraditório. As unidades de saúde, desde a implementação do PBF, sinalizam a sobrecarga de trabalho gerada pelo grande número de pessoas que vai à unidade para o acompanhamento das condicionalidades de saúde.

> *"este programa com a sua lógica de inclusão social de transferência de renda etc. Ele denuncia até pra Saúde os seus buracos. Em algum momento a gente tava só trabalhando com a demanda. E esta demanda mais excluída não chega e não chegava."* (Gestor 4)

Contudo, a população do PBF não parece ser tão estranha ao serviço. O que existe de novidade é a maior evidência de um grupo mais vulnerável, que, em geral, tem um atendimento pontual e não programado.

> *"talvez as pessoas tenham ficado mais visíveis ..... não me parece que sejam pessoas tão estranhas e que nunca passaram pelas unidades, pelo menos no pronto atendimento... uma fala das filas e tal, mas uma discussão de que geraria uma pressão para aumento de oferta de serviço, nunca chegamos a esta discussão."* (Gestor 2)

A mesma fala apresenta a constatação do grupo de que efetivamente não houve modificação na oferta de serviços em decorrência do acompanhamento das condicionalidades do PBF.

A qualidade das ações oferecidas no acompanhamento das condicionalidades de saúde é considerada como uma questão importante, quando se avalia a implementação desta ação na cidade. A "burocracia", que é referida como realização das condicionalidades, é vista como procedimento mecânico, desprovido da atitude de cuidado e com pouca efetividade, quanto aos objetivos propostos.

> *"ela pode ter informado errado, mas ela vacinou. ... Mas criança pode ser pesada e isso não se transformar em nada... nada mudar na vida dela. E isto tem a ver com qualificar a condicionalidade."* (Gestor 1)

> *"É o risco da burocracia. Aí ta havendo esta coisa da "burocra". Que aí a "burocra" não é só escrever, mas também fazer a condicionalidade de forma burocrática e não de inclusão."* (Gestor 4)

Os eventos e elementos identificados pelos gestores de saúde do município do Rio de Janeiro como esperados para o acompanhamento das condicionalidades de saúde na cidade, nem sempre refletem a forma com que esta ação é operada. Em todo o momento, o discurso dos gestores remetia às contradições na forma com que a ação está implementada: inclusão *versus* programa paralelo, indução da oferta *versus* capacidade instalada, perspectiva biológica do cuidado nutricional *versus* inclusão da perspectiva social, integração intersetorial *versus* programa de fora da Saúde.

A seguir será apresentada uma proposta do modelo teórico, que sistematiza todas as informações obtidas por meio da análise das regulamentações e das falas dos

gestores municipais (Quadro 3).

Os elementos que compõem o Modelo são divididos em três domínios: Cuidado à saúde, Gestão na coordenação das ações do PBF e Gestão de informação. Os componentes relativos ao Cuidado à Saúde foram agrupados segundo categorização das ações de saúde no âmbito do PBF como Atividades básicas, Atividades essenciais, Atividades voltadas ao cuidado da família e Atividades intersetoriais. Para cada domínio do Modelo são elencados recursos, atividades, produtos e resultados. Ainda compõem o modelo as condições de contexto envolvidas no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, que influenciam todo o Modelo.

	RECURSOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS
Cuidado à saúde	Equipe interdisciplinar	**Atividades Básicas** 1 Prover acompanhamento semestral das famílias 2 Ofertar os serviços básicos de saúde relacionados às condicionalidades (Pré-natal, Vacinação e Realizar medidas de peso e estatura de crianças) **Atividades Essenciais** 3 Atividades de cuidado prioritárias: • Dar acesso ao exame citopatológico preventivo de câncer cervical (papanicolau) • Dar acesso ao planejamento familiar • Realizar vacinação • Acompanhar crescimento e desenvolvimento infantil • Realizar medidas de peso e estatura de crianças • Oferecer outras ações de saúde da criança • Realizar vigilância alimentar e nutricional • Intervir no risco nutricional • Promover as atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável **Atividades voltadas ao cuidado da família** 4 Mobilizar as famílias 5 Acolher a família e ter fluxo para o acompanhamento 6 Inserir outros membros da família Inserir o adolescente nas ações de cuidado à saúde Integrar com ações de outros programas	• Indução ampliação da oferta dos serviços de saúde 2 4 • Reorganização da oferta de serviços de saúde 2 3 5 6 • Aumento da oferta qualificada 3 4 5 6 • Inserção nas ações da unidade de saúde 2 3 5 6 • Cuidado integral à família 3 6 • Oportunidade de cuidado 2 3 5 6 • Ampliação do acesso a famílias vulneráveis 1 2 4 5 7	• Garantia de atenção à saúde, numa abordagem familiar • Inclusão social das famílias • Enfrentar melhor o risco social • Acesso aos direitos sociais básicos de saúde e nutrição • Equidade • Redução de desnutrição e mortalidade infantil

	RECURSOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS
Gestão da coordenação do PBF na SMSDC	Recursos do Índice de Gestão Descentralizada	7 Ações de coordenação: • Articular das áreas técnicas da saúde: Criança, Mulher, Adolescente e Nutrição • Ter a gestão central das condicionalidades na saúde ligada à coordenação de atenção básica • Coordenar o acompanhamento das famílias do PBF, no âmbito da saúde 8 Capacitar as equipes de saúde 9 Ações intersetoriais: • Participar da coordenação intersetorial do PBF • Promover articulação com outras secretarias • Participar de grupos descentralizados	• O programa como oportunidade de cuidado 7 8 12 • Enfrentamento do risco social 9 • Acompanhamento das ações voltadas às condicionalidades 10 11 • Indução da ampliação da oferta dos serviços de saúde 7 12	• Garantia de atenção à saúde, numa abordagem familiar • Inclusão social das famílias • Enfrentar melhor o risco social • Acesso aos direitos sociais básicos de saúde e nutrição • Equidade • Redução de desnutrição e mortalidade infantil
Gestão da informação	Sistema de informação e computadores disponíveis Infra estrutura administrativa	10 Alimentar o sistema de informação sobre o acompanhamento das famílias 11 Coordenar informações de acompanhamento no município 12 Utilizar informações para gestão do cuidado no nível local		

Contexto	Gestão intersetorial, Gestão na saúde (áreas técnicas), Momento político no país, Experiência de programas na área de alimentação e nutrição anteriores, Característica da rede de atenção básica na cidade.

Quadro 3 - Modelo teórico do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.

DISCUSSÃO

O desenho do acompanhamento das condicionalidades do PBF não explicita incentivos a decisões locais, no entanto, adaptações na sua implementação, como discutido anteriormente, são inerentes aos programas federais operacionalizados pelos municípios. Cabe ao município, na gestão de programas federais, além de implantá-los, propor estratégias para darem conta de especificidades locais.

A organização da rede de saúde, para implementação das condicionalidades do PBF no município do Rio de Janeiro, ocorreu sem muita clareza de como se daria sua operacionalização. Embora o PBF tenha sido criado pela Medida Provisória nº 132 de 2003, a normatização do monitoramento das condicionalidades de saúde só ocorreu com a Portaria Interministerial n.° 2.509, de 2004.

Nos programas públicos, existe uma distância entre os objetivos dos formuladores, o desenho dos programas e as suas intervenções, em função das contingências durante sua implementação. Arretche[23] afirma que para as avaliações serem menos ingênuas deve-se considerar que a implementação modifica as políticas públicas.

Nos programas de desenho federal, é previsível encontrar características de implementação e impactos diversos, de acordo com o contexto local[23]. No caso do PBF na cidade do Rio de Janeiro, alguns fatores influenciaram no momento da implantação, tais como: característica da rede de atenção primária na cidade, a experiência com programas de nutrição anteriores e questões políticas. O programa ICCN no Rio, ao contrário da avaliação da maior parte do país, tinha um bom nível de implantação, com impacto positivo no estado nutricional das crianças atendidas[21,24]. O PBA, antecessor do PBF, substituiu o ICCN, no entanto, seus objetivos e seu público prioritário não eram equivalentes. O ICCN era voltado para famílias com crianças com diagnóstico de

desnutrição, enquanto o foco do PBF é o combate à fome e à pobreza. A dificuldade da rede de saúde em compreender seu papel em um programa intersetorial também gerou obstáculos e resistências, inclusive entre os gestores das áreas técnicas responsáveis pelas ações previstas nas condicionalidades de saúde.

Estudo sobre as condicionalidades de saúde e intersetorialidade no PBF em Niterói identificou entre os profissionais de saúde a percepção de que o PBF é um programa externo à arena da saúde, em contraposição à intersetorialidade expressa no desenho do programa. Esta percepção é atribuída à pouca autonomia percebida pelos profissionais na implementação das condicionalidades[25].

O pouco envolvimento destas áreas técnicas foi apontado como elemento presente na gestão da ação na cidade do Rio de Janeiro, o que pode ter como consequência efeitos negativos na implementação do acompanhamento das condicionalidades de saúde, como fluxo paralelo dentro da unidade e duplicidade de ações, gerando gastos de recursos e de tempo para a família e para o serviço.

Analisando a contribuição das legislações nacionais e das diretrizes locais para identificação dos componentes do Modelo Teórico das Condicionalidades do Programa Bolsa Família na cidade do Rio de Janeiro, observam-se diferenças que podem interferir em atributos necessários para produzirem os efeitos esperados da ação.

Os programas de transferência de renda com condicionalidades de saúde têm sido considerados potencialmente capazes de aumentar o acesso aos serviços básicos de saúde para populações socialmente vulneráveis e excluídas[26]. No entanto, esse potencial em promover a inclusão depende da organização dos municípios e dos serviços para o acompanhamento destas famílias.

Os objetivos esperados de garantia e equidade no acesso a serviços básicos de saúde, melhoria das condições de saúde e inclusão social não podem ser alcançados por atividades isoladas, como aparecem nas diretrizes nacionais. Estes demandam a articulação entre os programas existentes e a organização da assistência para garantir as ações. Assim, elementos como reorganização da oferta, aumento da oferta qualificada, inserção nas ações da unidade de Saúde e oportunidade de cuidado representam aspectos positivos no desenho do Modelo Teórico das Condicionalidades do PBF na cidade do Rio de Janeiro.

Outro aspecto a ser destacado é que, embora a legislação federal refira-se ao foco na família, a agenda de compromisso está prevista apenas para gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes, os grupos que sempre foram priorizados na política social[5] e nas intervenções no âmbito da área de alimentação e nutrição. Nas diretrizes municipais, o Cuidado integral à família aparece como esperado. Os programas de transferência de renda com condicionalidades de saúde na América Latina, em geral, envolvem ações de saúde materno-infantil, sem prever estratégias para atuar nas demais necessidades de saúde da população[27].

Na implementação local, nas unidades de saúde, onde de fato as ações e programas de saúde se concretizam na interação profissionais / serviços / usuários, diversas questões interferem na forma com que as intervenções são operacionalizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso dos gestores municipais do PBF na Saúde, da Atenção Básica, de ações de Saúde da Criança, Mulher e Nutrição na cidade, que participaram do grupo focal revela as contradições entre sua visão sobre como o acompanhamento das

condicionalidades de saúde do PBF deveria ser implementado na rede e como de fato acontece. Cabe destacar que os participantes do grupo focal afirmaram que a reflexão coletiva, propiciada pelo mesmo, representa um marco para a gestão das condicionalidades da saúde na cidade, pois levou à avaliação de cada área sobre sua inserção e ao comprometimento com essa ação na cidade.

Um modelo teórico de avaliação construído a partir da fala dos atores envolvidos na implementação propicia diferentes olhares analíticos. Os dois capítulos seguintes abordarão a experimentação do modelo teórico aqui apresentado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei Ordinária 10.836 de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a lei n.º 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004a, 12 jan.

2. BRASIL. Decreto 5209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei 10.836/2004 (Lei Ordinária) 09/01/2004, que cria o programa bolsa família, e dá outras providências; 2004b. *Diário Oficial da União* 2004b, 20 set.

3. FONSECA, A. M. M.; ROQUETE C. Proteção Social e programas de transferência de renda: O bolsa-família. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBAÑES, N. (orgs). *Proteção social* – Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

4. BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Diário Oficial da União 2005, 11 nov.

5. SENNA, M. C. M.; BURLANDY, L.; MONNERAT, G. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *R Katál* 2007; 10 (1): 86-94.

6. MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Pobreza, desigualdades sociais e saúde: desafios para as políticas públicas. *Cien Saude Colet* 2007; 12 (6): 1412-1412.

7. MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. *Estud CEBRAP* 2007; 79: 5-21.

8. HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Cien Saude Colet* 1999; 4 (2): 341-353.

9. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Framework for program evaluation in public health*. MMWR Recomm Rep 1999; 48 (RR-11):1-40.

10. MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic Models: A Tool for Telling Your Performance Story. *Evaluation and Program Planning* 1999; 22 (1): 65-72.

11. DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em Saúde:* dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de

Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

12. HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (orgs.). *Avaliação em saúde:* dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

13. BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa. *Diário Oficial da União* 2004c, 22 mar.

14. BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Gabinete do Ministro. Portaria n° 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a Portaria GM/MDS n° 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2008, 30 set.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família: manual para os agentes comunitários* de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

17. KRUEGER, R. *Focus Groups* – a practical guide for applied research. 4 ed. London: Sage Publications, 2009.

18. WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1996; 120 (6): 472-82.

19. SAMPAIO, M. F. A.; KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; OLIVEIRA, J. T. A; PANIGASSI, G.; MARANHA, L. K.; MARIN-LEON L.; BERGAMASCO, S. M. P. P.; PEREZ-ESCAMILLA, R. (In) Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. *Segurança Alimentar e Nutricional* 2006; 13 (1): 64-77.

20. Trad L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* 2009; 19 (3): 777-796.

21. BURLANDY, L. *Comunidade solidária:* engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, 2003.

22. RIO DE JANEIRO. Decreto Nº 21.058, de 08 fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Sistema Municipal de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro e dá outras

providências. *Diário Oficial do Município* 2002, 08 fev.

23. ARRETCHE, M. T. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *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, 2001. p.45-56.

24. CASTRO, I. R. R. *Efetividade da suplementação alimentar na recuperação nutricional de crianças:* Avaliação do Programa "Leite é Saúde". São Paulo: NUPENS/FSP/USP, 2000.

25. MONNERAT, G. L. *Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade:* lições do programa bolsa família [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, 2009.

26. LAGARDE, M.; HAINES., A.; PALMER, N. Conditional Cash Transfers for Improving Uptake Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *JAMA* 2007; 298 (16): 1900-1910.

27. FONSECA, A. M. M.; VIANA, A. L. D. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Cien Saude Colet* 2007; 12 (6): 1505-1512.

CAPÍTULO 3 - ADEQUAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

ADEQUACY OF THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CONDITIONALITIES OF THE BOLSA FAMÍLIA PROGRAM (PBF): A CASE STUDY.

Jorginete de Jesus DAMIÃO Trevisani, Patrícia Constante JAIME

RESUMO

Objetivo: avaliar a adequação da implementação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) no município do Rio de Janeiro e suas características. **Metodologia:** foram estudadas 128 unidades, sendo realizadas análise descritiva, análise classificatória multivariada de agrupamento e análise espacial. **Resultados:** Os dados demostraram a adesão das unidades às atividades básicas (95,2% realizavam pré-natal, 98,4% mediam peso/estatura e 100% realizavam vacinação). Outras ações oferecidas para crianças e mulheres apresentaram maior variação nas frequências de unidades que as realizavam (48,2% realizavam grupo educativo, enquanto 91,4% realizavam acompanhamento de crescimento e desenvolvimento). Em parte das unidades não é dada prioridade para membros de famílias de PBF. Foram identificados dois perfis de unidades quanto ao nível de implantação. Os

indicadores que foram mais definidores da discriminação dos dois perfis de unidades foram as consultas individuais para crianças e mulheres e as consultas individuais para outros membros da família. Os resultados indicam a necessidade de estratégias para qualificação do acompanhamento das condicionalidades de saúde na cidade.

Palavras–chave: Programas de transferência condicionada de renda, Atenção Básica, Avaliação, Bolsa Família.

ABSTRACT

Objective: This paper aims to evaluate the adequacy of the implementation of health conditionalities of the Bolsa Família Program (PBF) in the municipality of Rio de Janeiro and the features of this deployment. **Methodology:** Descriptive analysis, multivariate cluster analysis grouping, and spatial analysis were conducted. **Results:** Data showed good compliance of units with the basic activities. Other actions offered for children and women showed greater variation in the frequency of units that perform them. Data showed compliance of units with basic activities (95.2% performed prenatal; 98.4% measured weight / height and 100% performed vaccination). Other actions offered for children and women had greater variation in the frequencies of the units that held them (48.2% held education group, while 91.4% performed monitoring of growth and development). In some units, no priority is given to members of PBF families. We identified two profiles of units according to the level of implementation of PBF health conditionalities in the city. The indicators that most discriminated the two units' profiles were: individual consultations for

women and children, and individual consultations for other family members. The results indicate the need for strategies to qualify health monitoring of conditionalities in the city.

Key words: Conditional Income Transfer Programs, Primary Care, Evaluation, Bolsa Família Program.

INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2003, como uma política pública intersetorial de combate à pobreza, baseada na conjugação de transferência de renda a condicionalidades relacionadas às áreas de saúde e educação.

Este desenho de transferência condicionada de renda é considerado uma inovação, uma vez que as condicionalidades são vistas como um elemento fundamental para a melhoria de condições de vida e para a inclusão social sustentável das famílias, promovendo o acesso aos direitos sociais básicos de saúde e de educação (Brasil, 2005). No que diz respeito ao direito à saúde, a interação entre a desigualdade e a fragmentação do acesso aos serviços de saúde e a pobreza coloca-se como um desafio. Assim, o PBF pode ser visto como uma estratégia de promoção de equidade no acesso aos serviços de saúde. Contudo, este potencial, depende da organização dos municípios.

Analisando a trajetória dos programas na área de alimentação e nutrição com articulação com a rede de saúde, os programas de transferência de renda com condicionalidades relacionadas às áreas de saúde e educação deram um novo rumo a essas ações. Por um lado, a justificativa das condicionalidades é de que seu cumprimento possibilita acesso e inserção nos serviços de saúde, e assim a garantia do direito à saúde. Por outro lado, as condicionalidades, ao passo que colocam exigências para acessar um direito social, podem ameaçar os princípios de cidadania.[1]

A Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004, que dispõe

sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde no cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF, apresenta como responsabilidade do município prover as ações básicas de saúde que fazem parte das condicionalidades (Brasil, 2004).

Passados nove anos da implementação do Programa Bolsa Família, é de grande relevância e interesse para os gestores locais da política de saúde, a avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde nesse programa.

Para tal, avaliações que utilizam estudos de adequação têm se mostrado úteis , pois são capazes de identificar como as atividades do programa têm cumprido os objetivos esperados.[2]

O objetivo desse artigo é avaliar a adequação do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico construído para esse município. O modelo teórico utilizado se baseou na regulamentação federal do Programa, assim como nas diretrizes municipais para esta ação. Embora o PBF seja um programa federal, existem diferenças na sua implementação face às características locais dos serviços de saúde e de gestão e de outras questões de contexto local.

METODOLOGIA

- Delineamento

Os dados analisados nesta fase do estudo foram obtidos a partir do

levantamento realizado em 2008 pela coordenação da área da saúde do PBF no município sobre ações desenvolvidas na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro para famílias do Programa Bolsa Família.

A cidade do Rio de Janeiro possui uma população estimada em 6.186.710 (para o ano de 2009), numa área territorial de 1.224,561, dividida em 160 bairros. Para planejamento e gestão das ações de saúde adota-se a divisão por Área Programática da Saúde (AP). A cidade conta com 231 unidades de saúde divididas em unidades de atenção primária (Unidades do modelo tradicional de atenção primária, Centros Municipais de Saúde, Policlínicas e Unidades Integradas de Saúde, Unidades da Estratégia de Saúde da Família e módulos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e de atenção especializada, distribuídas em 10 AP (www.saude.rio.rj.gov.br e www.rio.rj.gov.br/ipp). Foram estudadas 128 unidades de atenção primária de saúde.

Estima-se que no município a estimativa de famílias pobres com perfil do Programa Bolsa Família seja de 188.987 famílias (em 2008). Em junho de 2010, o número de Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família era de 163.747 famílias, destas 141.562 possuem perfil para o acompanhamento das condicionalidades de saúde, por apresentarem crianças até 7 anos e mulheres de 14 a 44 anos (http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizview.asp?IBGE=3304557, acesso em 06 de outubro de 2010).

O instrumento de coleta consistiu em questionário estruturado de autopreenchimento pelo gestor da unidade enviado para todas as unidades básicas de

saúde da rede municipal, pela Coordenação de Atenção Básica, responsável pela coordenação das condicionalidades da Saúde do PBF.

O questionário apresenta questões fechadas e abertas contendo informações sobre as ações previstas nas orientações sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde - avaliação vacinal, acompanhamento do crescimento, inserção no pré-natal, práticas educativas, outras ações prioritárias de Saúde Integral, fluxo para o das condicionalidades e o cuidado das famílias e opinião dos gestores sobre esta ação. Para as análises apresentadas neste artigo será utilizado o bloco de questões fechadas. Algumas ações foram abordadas por diferentes questões. É preciso considerar que a utilização de dados secundários produzidos por questionários respondidos pelo gestor da unidade de saúde pode representar possível viés de aferição. Nesse sentido, a qualidade das informações coletadas foi avaliada por meio da análise de concordância de variáveis construídas a partir de diferentes questões do questionário, utilizando o coeficiente de Kappa (dados não apresentados). De forma geral, as questões tiveram concordâncias de excelente a boa.

Será avaliada a adequação da ação implantada nas unidades aos objetivos propostos pelo programa, tendo como base o modelo teórico das ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na cidade do Rio de Janeiro (Anexo 1), construído a partir da regulamentação e de documentos orientadores do Governo Federal para as ações que visam a atender as condicionalidades do PBF e das diretrizes do município para a ação. Os elementos que compõem o Modelo são divididos em três domínios: Cuidado à saúde, Gestão na

coordenação das ações do PBF e Gestão de Informação. Os componentes relativos ao Cuidado à Saúde foram agrupados segundo categorização das ações de saúde no âmbito do PBF como Atividades básicas, Atividades essenciais e Atividades voltadas ao cuidado da família e Atividades intersetoriais. Para cada domínio do Modelo são elencados recursos, atividades, produtos e resultados, conforme a teoria do programa.

- Componentes do modelo teórico X Variáveis de estudo

A partir dos componentes do modelo teórico construído foi proposto um conjunto de variáveis para a avaliação da adequação da ação implantada nas unidades, com foco no domínio de cuidado à saúde. Os indicadores de estudo, corresponderam ao percentual de unidades que realizavam as atividades. Nesse sentido, foram construídas variáveis para diferentes componentes do modelo teórico (Quadro 1).

Quadro 1: Variáveis do estudo de adequação do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família.

Componente modelo teórico	Variáveis de estudo (S/N)
Atividades básicas	
Prover acompanhamento semestral das famílias	• acompanhar condicionalidades
Ofertar os serviços básicos de saúde relacionados às condicionalidades	• realizar vacinação • inserir a gestante com garantia no pré-natal • realizar medida de peso/estatura
Atividades Essenciais	
Acompanhar crescimento e desenvolvimento infantil	• realizar acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil
Dar acesso ao exame preventivo (papanicolau)	• realizar inserção regular para realização do exame preventivo
Dar acesso ao planejamento familiar	• realizar inserção regular na ação de planejamento familiar
Promover as atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável	• promover aleitamento materno • realizar grupo educativo
Oferecer outras ações de saúde da criança	• realizar consultas individuais para crianças
Realizar Vigilância Alimentar e Nutricional	• realizar aferição de peso e estatura para crianças < 7 anos • realizar aferição de peso e estatura para mulheres • realizar de avaliação nutricional • intervir no risco nutricional
Atividades voltadas à família	
Acolher e ter fluxo para o acompanhamento das famílias	• ter mecanismo de priorização • ter fluxo claro para inserção das famílias
Inserir os adolescentes nas ações de cuidado	• realizar vacinação para adolescentes

	• realizar consulta individual para adolescentes
Integrar com outras ações e programas	• realizar ações de saúde integral
Mobilizar as famílias	• realizar ações para captação das famílias
Captar outros grupos - janela de oportunidade	• realizar consultas individuais para outros membros da família
Atividades voltadas à articulação intersetorial	
Ações intersetoriais	• promover ações voltadas à articulação intersetorial, participar de fórum de gestão local

- Análise dos dados

A primeira etapa de análise consiste em caracterização geral de como estão implementadas as condicionalidades de saúde no município do Rio de Janeiro, por meio de análise descritiva, com frequências dos indicadores.

Na etapa seguinte, as unidades de saúde foram agrupadas segundo características de ações de cuidado à saúde voltadas às famílias do PBF por meio de análise classificatória multivariada de agrupamento denominada k-médias, que visa a formar agrupamentos de forma a minimizar a variância intragrupos e maximizar a intergrupos.[3] Buscou-se ainda identificar a contribuição de cada variável na distinção dos grupos, demonstrado por meio da estatística F de variância. As variáveis usadas para a análise consistiram em acompanhar e prover condicionalidades; realizar consultas individuais para crianças e mulheres; realizar consultas outros membros da

família; realizar grupo educativo; intervir no risco nutricional; promover ações voltadas à articulação intersetorial; participar de fórum de gestão local.

A partir da identificação dos grupamentos, foi realizada a distribuição de frequência das variáveis estudadas para cada grupo de unidade identificado. Os grupamentos de unidades de saúde formados por meio da técnica de K-means foram georreferenciados por área programática de saúde do Município (AP). Foi feita, então, análise da distribuição espacial das unidades de saúde estudadas pelas APs, com o uso do software ArcView 9.3 (ArcView 9,3 Lab Kit, software ESRI, Redlands, EUA). O mapa digital utilizado é do acervo público do Instituto Pereira Passos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

A análise estatística foi realizada por meio dos softwares Epi info 3.5.1., para análise univariadas, e SPSS (versão 19), para a análise multivariada com o método K-means.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde e defesa Civil do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

A rede de atenção à saúde no município de Rio de Janeiro apresenta 178 unidades de atenção primária. Foram obtidas informações de 128 unidades, o que corresponde a 71,9%. Os questionários foram respondidos por unidades das 10 áreas programáticas de saúde (AP), com proporções semelhantes de não resposta.

A Tabela 1 apresenta a frequência de ações desenvolvidas segundo as quatro categorias das atividades de Cuidado à Saúde, a saber: Atividades básicas, Atividades essenciais, Atividades voltadas ao cuidado da família e Atividades voltadas à articulação intersetorial.

No que se refere às Atividades básicas, todas as atividades dessa categoria têm grande frequência, variando entre 95,2, para unidades que realizam pré-natal, a 100%, para unidades que realizam vacinação.

Em relação às Atividades essenciais, observa-se grande variação na frequência de unidades por atividade, com intervalo entre 48,4% para Realizar grupo educativo a 91,4% para realizar acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.

Embora seja relatada por 98,4 % das unidades a aferição de peso e estatura para crianças e 90,3 % para a avaliação nutricional, observou-se que somente 65,6 % referiram intervir no risco nutricional. No que diz respeito à avaliação antropométrica em mulheres, 73,4% das unidades relataram a aferição de peso e estatura para mulheres.

Quanto às atividades voltadas ao cuidado da família, embora a inserção dos membros das famílias do PBF em ações de saúde tenha sido relatada por um grande número de unidades, chegando a 84,3% para a inserir nos Programas de Diabetes e Hipertensão e 79,7% para realizar vacinação de adolescentes, apenas aproximadamente a metade (51,6 %) afirma que tem algum mecanismo ou estratégia de priorização das famílias para inserção nestas ações. A consulta individual para outros membros da família é relatada por 57,8% das unidades.

Observa-se também, na Tabela 1, a frequência de participação das unidades nas atividades voltadas à articulação intersetorial em que 53,1% relatam o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial. Por outro lado, a participação em fóruns descentralizados de gestão do programa, que consistem em espaços no território de articulação dos profissionais responsáveis pelas ações do PBF das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social, foi pouco frequente, atingindo 17,2 %.

Tabela 1- Frequência de ações desenvolvidas pelas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro no acompanhamento das condicionalidades das famílias do PBF, segundo componentes do modelo teórico. Município do Rio de Janeiro, 2008.

Indicadores	N (%)
Atividades básicas	
Acompanhar condicionalidades	100
Realizar Vacinação	100 (127)
Pré-natal	95,2
Peso/estatura criança	98,4
Atividades essenciais	
Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento	91,4
Promoção do aleitamento materno	85
Grupo educativo	48,4
Exames preventivos	85,2
Planejamento familiar	78,1
Consulta individual para criança	92,1
Avaliação nutricional	90,3
Intervir no risco nutricional	65,6
Peso/estatura mulher	73,4
Atividades voltadas ao cuidado da família	
Programa de DB e HA	84,3
Saúde Bucal	68
Vacinação de adolescentes	79,7
Consulta individual para adolescentes	73,8
Consulta a outros membros da família	57,8
Mecanismo de priorização para inserção em ações integrais - Prioridade	51,6
Atividades voltadas à articulação intersetorial	
Articulação intersetorial	53,10%
Fórum descentralizado de gestão	17,20%
Total estudado	**128**

Por meio da análise de agrupamento foi possível a identificação de dois perfis de unidades em relação ao acompanhamento das condicionalidades, aqui

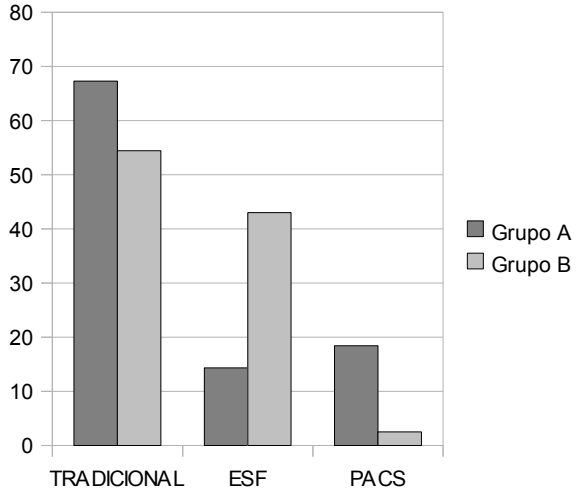
denominados Grupo A e Grupo B. A Tabela 2 apresenta as frequências de ações nos dois grupos de unidades de saúde formados e seus respectivos valores de variância (F). No Grupo A, foram alocadas 49 unidades, no Grupo B, 79 unidades. As variáveis que mais contribuíram para separação dos grupos foram a realização de consultas individuais para outros membros da família e a realização de consultas individuais para crianças e mulheres (Tabela 2).

O Grupo A apresenta maior frequência de unidades que participam de grupos descentralizados, embora a frequência desta atividade seja muito baixa para os dois grupos. O Grupo B tem maiores frequências de unidades que fazem acompanhamento de condicionalidades, consultas individuais para crianças e mulheres e consultas individuais de outros membros das famílias que recebem PBF, de atividades voltadas para a intervenção no risco nutricional e para a articulação intersetorial. Não houve diferença significativa entre os Grupos A e B para realizar grupos educativos, não sendo este um atributo que tenha contribuído para diferenciação entre os dois grupos (Tabela 2). Em relação ao modelo de unidade, o grupo B possui maior percentual de unidades da estratégia de Saúde da Família em relação ao grupo A (Gráfico 1).

Tabela 2 - Frequência e variância intra/intergrupos das ações relacionadas ao acompanhamento de condicionalidades de famílias do PBF, segundo grupos de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, 2008.

Ações	Frequência (%)			F (Variância)
	A	B	p	
Acompanhar e prover condicionalidades	85,7	94,9	0,070	3,308
Realizar consultas individuais para crianças e mulheres	40,8	97,5	0,000	88,710
Realizar consultas individuais para outros membros da família	2,0	92,4	0,000	476,947
Realizar grupo educativo	46,9	49,4	0,789	0,070
Intervir no risco nutricional	51,0	70,9	0,023	5,267
Articulação intersetorial	32,7	65,8	0,000	14,686
Participar de fóruns de gestão local	26,5	11,4	0,027	4,983

Gráfico 1- Frequência de unidades de atenção primária de saúde segundo modelo assistencial e perfil de ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF. Rio de Janeiro, 2008.



A figura 1 apresenta a distribuição espacial das unidades do Grupo B, segundo área programática de saúde do município do Rio de Janeiro.

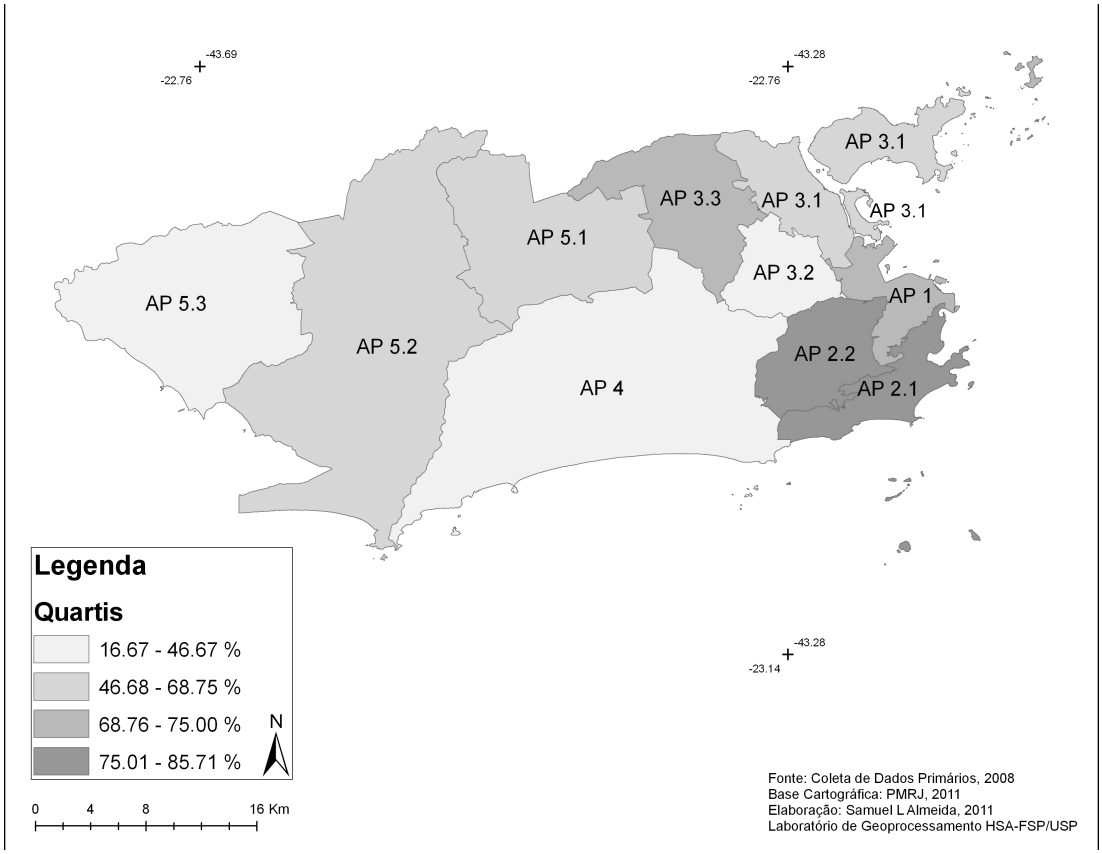


Figura 1 - Distribuição espacial das unidades do Grupo B, segundo área programática de saúde do município do Rio de Janeiro, 2008.

DISCUSSÃO

Na implementação do acompanhamento das condicionalidades PBF pelas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro, identificamos diferenças no conjunto de atividades oferecidas.

As Atividades básicas, que se referem às atividades que são acompanhadas no sistema de informação do PBF na Saúde, são realizadas pela quase totalidade das unidades. Estudo realizado no semiárido brasileiro não encontrou diferenças na atualização do calendário vacinal entre crianças que pertenciam a famílias que recebiam PBF e famílias que não recebiam PBF.[4] A avaliação de impacto do PBF, realizada pelo MDS, encontrou achados semelhantes com diferenças na proporção de crianças vacinadas desfavoráveis ou não-significativas para as crianças de famílias beneficiárias, tanto quando comparou-se com crianças de famílias beneficiárias de outros programas quanto com crianças não-beneficiárias de programas de transferência de renda. No relatório desse estudo, a residência em áreas de menor acesso aos serviços de saúde é apresentada como possível hipótese para justificar essa diferença. Para o pré-natal, na mesma avaliação, não houve diferenças significativas entre os grupos estudados.[5] Os dados do presente estudo demonstram boa adesão das unidades a essa atividade para famílias do PBF acompanhadas.

A grande frequência de unidades com relato de realização das medidas de peso e estatura também representa um bom indicativo para o acompanhamento das condicionalidades PBF pelas unidades do município. Destaca-se que a ausência de informação de peso e estatura não é um impedimento para que a família seja considerada como família acompanhada no sistema de informação do PBF na saúde,

diferentemente das informações de vacinação e pré-natal. Frente a isto, a alta frequência observada do acompanhamento destes indicadores antropométricos assume maior relevância quanto à atenção das unidades ao estado nutricional dos beneficiários.

Já outras ações oferecidas pelas unidades de atenção primária de saúde para crianças e mulheres, grupos priorizados pelo desenho das condicionalidades de saúde, agrupadas aqui como Atividades essenciais, apresentam maior variação nas frequências de unidades que as realizam.

Em contraposição à alta frequência observada na aferição de peso e estatura, a intervenção em situações de risco nutricional foi observada em menor frequência nas unidades (98,4% versus 65,6%). Esse fato concorda com resultados de pesquisas anteriores que sinalizaram o modesto impacto dos PTCR no Brasil para melhoria das condições nutricionais de crianças.[5, 6] Outros PTCR na América Latina têm demonstrado aumento na utilização de serviços de saúde, sobretudo para monitoramento de vacinação e das condições nutricionais, como encontrado em Honduras e México.[7]

Os achados encontrados para o terceiro grupo de atividades - atividades voltadas ao cuidado da família - levam a outros questionamentos sobre a ação da Saúde no PBF. Primeiro, há constatação de alguma articulação entre outros programas instituídos na atenção primária em saúde, como por exemplo, Programa de Hipertensão e Diabetes, e o cuidado das famílias beneficiárias, apesar de metade das unidades relatarem que não existem mecanismos de priorização para inserção dos

membros das famílias nestas ações. É possível que o que as unidades estejam relatando seja a demanda natural dos usuários. Ou seja, em parte das unidades não é dada prioridade para membros de famílias de PBF, mas estes podem acessar as ações e programas das unidades, da mesma forma que outros usuários. Draibe[8] fala que, no contexto de sociedades desiguais, a focalização como estratégia de políticas universais, e não em oposição a elas, visa a impedir que as desigualdades sociais se reproduzam "sob o manto" dos programas universais. As famílias de menor renda têm também maior vulnerabilidade a diversas situações de insegurança alimentar e de saúde. Nesse sentido, a lógica das políticas de combate à pobreza, incluídos os PTCR, é de uma discriminação positiva, atuando em manifestações crônicas de privações.[9] Desta forma, está na pauta a possibilidade de equidade no acesso aos serviços de saúde. Este entendimento aponta que a maior priorização das famílias do PBF nas ações na atenção primária possibilitaria a qualificação do cuidado à saúde deste grupo e melhorias dos indicadores do terceiro bloco de atividades.

Outra questão é a maior frequência de atividades voltadas ao grupo materno infantil, que tradicionalmente é priorizado nas ações de atenção primária em saúde.[10] Como as Atividades básicas de acompanhamento das condicionalidades estão voltadas para este grupo, quando se observam as consultas individuais para outros membros da família, constata-se baixa frequência. No modelo teórico do programa, a abordagem familiar é pretendida, fazendo assim com que se espere que foco se dirija às atividades voltadas para as necessidades da família e não somente das crianças e das mulheres.

A identificação dos dois perfis distintos de unidades reforçam as diferenças

nos níveis de implantação das condicionalidades de saúde do PBF na cidade. O Grupo A, que inclui em torno de um terço das unidades estudadas, demonstra implementação fragmentada, não sendo relatadas pela maioria das unidades atividades complementares às Atividades básicas. Neste grupo, mesmo as atividades básicas não são relatadas por 15% das unidades. Os indicadores de maiores variâncias, que melhor definiram a discriminação dos dois perfis de unidades, foram as consultas individuais para crianças e mulheres e as consultas individuais para outros membros da família.

Fonseca e Viana[10] alertam que as condicionalidades previstas para acompanhamento não introduzem compromissos com o cuidado integral à saúde e não funcionam como porta de entrada para outros níveis de atenção. Sua implementação como ações específicas não garantiria melhoria de indicadores de saúde.

A maior presença de unidades da estratégia de saúde da família no agrupamento de melhor implementação das ações para as famílias PBF (Grupo B) expressa a afinidade do modelo teórico do acompanhamento das condicionalidades na cidade do Rio de Janeiro com a lógica da estratégia de saúde da família, sobretudo no que diz respeito à integralidade das ações e à abordagem familiar e de território.[11]

A importância da provisão adequada e da qualidade dos serviços de saúde é sinalizada como um aspecto importante para a melhoria dos efeitos dos PTCR na saúde, como destacado por recente revisão sistemática que encontrou resultados pouco claros.[12] O potencial em promover o acesso das famílias beneficiárias aos serviços de saúde dependerá da organização dos municípios e dos serviços.[13] Em

pesquisa de opinião realizada junto aos beneficiários do PBF pelo Instituto Pólis, 39,5% acharam difícil e 17,8% disseram ser muito difícil ter acesso a atendimento em serviços públicos de saúde.[14] Tomando a definição de Donabedian que considera a acessibilidade como a capacidade de produzir serviços e responder às demandas de saúde de uma determinada população, os resultados deste estudo apresentam desafios na otimização do PBF na Saúde em promover o acesso.[15,16] Ir à unidade para acompanhar condicionalidades do bolsa família não necessariamente significa inserção nas ações de cuidado oferecidas pelas unidades.

A pobreza está implicada com as iniquidades de saúde por meio de diferentes mecanismos, que dizem respeito não somente à maior exposição a esses riscos de saúde, como à maior vulnerabilidade a eles e ao menor acesso aos cuidados de saúde.[17] Assim, ações e programas de saúde isolados não conseguiriam levar à melhoria das condições de saúde deste grupo. Antes sim, pois programas e ações que pretendam sinergia entre estratégias de combate à pobreza e acesso às ações da política de saúde aos grupos de maior vulnerabilidade social apresentaram potencial na diminuição das iniquidades de saúde. Esse potencial só pode ser alcançado se houver integração das ações referentes às duas políticas em questão.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Apesar de o desenho do acompanhamento das condicionalidades ser de regulamentação federal e, explicitamente, não existirem componentes que demandem propostas municipais para definição de ações, observa-se que existem especificidades na forma com que as unidades de saúde do Rio de Janeiro

operacionalizam o programa. Os municípios implantam programas federais na rede de saúde de acordo com a organização da assistência local, podendo ter componentes particulares para darem conta de suas especificidades locais.

Por outro lado, observam-se diferenças entre as características de como o programa está implantado na rede e as diretrizes municipais, sistematizadas no modelo teórico utilizado. Questões explícitas nos documentos de referência federal e, sobretudo, nos instrumentos de acompanhamento do programa estão mais presentes nas ações oferecidas nas unidades. Este é o caso de acompanhamento de pré-natal, vacinação e medidas de peso e estatura. Já as diretrizes municipais não estão documentadas, tendo sido aqui acessadas para esta avaliação a partir da fala dos gestores municipais. Pode-se questionar se no processo de implantação as estratégias utilizadas foram capazes de traduzir as diretrizes. Os resultados indicam necessidade de estratégias para qualificação do acompanhamento das condicionalidades de saúde na cidade, envolvendo discussão do processo de trabalho no contexto desta ação com os profissionais de saúde e gestores das unidades de atenção primária de saúde.

REFERÊNCIAS

1. SENNA, M. C. M.; BURLANDY, L.; MONNERAT, G. L. *et al.* Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *Rev. Katál*. 2007; 1: 86-94.

3. MCQUEEN, J. Some methods for classification and analysis of multivariate observations. In: *Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*. 281-297; 1967.

4. SOARES, F. V.; RIBAS, R. P.; OSÓRIO, R. G. *Avaliando o Impacto do Programa Bolsa Família: uma Comparação com Programas de Transferência Condicionada de Renda de Outros Países*. Brasília (DF): International Poverty Centre, 2007. [Nota de Avaliação Nº 1]

5. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de *Avaliação e Gestão da Informação. Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família:* sumário executivo. Brasília: MDS / Cedeplar, 2007.

6. SOUZA, A L M. *Programas de transferência condicionada de renda e seu impacto sobre o estado nutricional de crianças e adultos na região nordeste do Brasil*. [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública / USP, 2009.

7. Doetinchem, O. Xu K., Carrin G. *Conditional cash transfers*: what's in it for health? Genebra: World Health Organization, 2008 [Technical briefs for Policy-makers. Number 1]

8. DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social* – USP 2003; 63-101.

9. BICHIR, R. M. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. *Novos Estudos* - CEBRAP 2010; 87 : 115-129.

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

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

12. LAGARDE, M.; HAINES., A; PALMER, N. *et al*. Conditional Cash Transfers for Improving Uptake Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *JAMA* 2007; 298 (16): 1900-1910.

13. KERSTENETZKY, C. L. Redistribuição e Desenvolvimento? A Economia

Política do Programa Bolsa Família. DADOS – *Revista de Ciências Sociais* 2009; 52 (1): 53- 83.

14. VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. (orgs.). *Avaliação de políticas e programas do MDS*. Resultados: Bolsa família e assistência social [Volume 2]. Brasília, DF: MDS/SAGI, 2007.

15. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-8.

16. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20 (suppl.2): 190-S198.

17. CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*, 2008. (Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde).

Anexo 1 - Modelo teórico do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.

O anexo 1 deste artigo integra o capítulo 2 desta tese. Ver páginas 89 e 90.

CAPITULO 4 - AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PARA GARANTIA DE EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

HEALTH CONDITIONALITIES OF THE BOLSA FAMÍLIA PROGRAM AND EQUITY IN ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES

Autoras: Jorginete de Jesus DAMIÃO Trevisani, Patricia Constante JAIME

RESUMO

Esse estudo teve por objetivo identificar, nos discursos dos gestores locais, titulares do benefício e profissionais de saúde, questões referentes à implementação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, tendo um enfoque sobre equidade e direito à saúde. O desenho metodológico deste estudo foi de pesquisa qualitativa. Foram selecionadas 10 unidades de saúde com diferentes níveis de implantação do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Foram entrevistados 3 grupos de atores: gestores locais, titulares do benefício e profissionais de saúde (enfermeiro, médico, assistente social e nutricionista). Foram apontados como pontos positivos das condicionalidades de saúde o fato de elas permitirem maior entrada nas unidades de famílias de maior vulnerabilidade social; sua sinergia com a agenda da vigilância em saúde e do papel da saúde na agenda da Segurança

Alimentar e Nutricional; sua potência como oportunidade de cuidado e estratégia de fortalecimento da famílias como titulares de direito em relação à saúde. Por outro lado, o acesso que proporciona é visto sob a ótica da "titularidade provisória"; não há rotinas que favoreçam a continuidade do cuidado; as condicionalidades são percebidas por alguns profissionais e diretores como assistencialistas e burocráticas e pelos titulares como obrigações para que mereçam o benefício; os titulares, por vezes, não são vistos e tratados como usuários do SUS, por direito.

Descritores: Avaliação em saúde, programas de alimentação e nutrição, programas de transferência de renda, bolsa família, equidade em saúde.

ABSTRACT

This paper aims to identify, in the speeches of actors involved, issues concerning the implementation of the monitoring of BFP health conditionalities and its repercussions, focusing on equity and right to health. The methodological design of this study was qualitative research. We selected ten health units with different implementation levels of health conditionalities monitoring. In each of the sampled units three groups of actors were interviewed: local managers, holders and health professionals (nurse, doctor, social worker and nutritionist). Positive aspects of health conditionalities are: they allow most socially vulnerable families to enter unit; their synergy with the health surveillance agenda and the role of health in the Food and Nutritional Security agenda; its power as a care opportunity and strategy to strengthen families as holders of rights to health. On the other hand, the access they

provide is seen from the perspective of “temporary ownership”; there are no routines to promote continuity of care; conditionalities are perceived by some professionals and directors as welfare and bureaucratic, and by holders as obligations to deserve the benefit; holders sometimes are not seen and treated as SUS users by right.
Key words: Health assessment, income transfer program, Bolsa Família, health equity.

INTRODUÇÃO

O conceito de equidade tem sido utilizado como princípio orientador das políticas do Sistema Único de Saúde, ultrapassando a questão do acesso aos serviços de saúde (ESCOREL, 2001).

Campos, analisando as acepções deste conceito, encontrou dois principais sentidos. Um genérico, que traduzia a própria noção de igualdade; e o segundo, mais específico, que "se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação." Se usamos o conceito de equidade de forma a conjugarmos estes dois sentidos, podemos entender que a promoção da equidade depende tanto de políticas universais, voltadas a toda a população, quanto de estratégias focalizadas, que permitam regular e/ou adequar as diretrizes destas políticas aos casos e contextos singulares (CAMPOS, 2006).

Em contextos de desigualdades, as políticas sociais devem incluir componentes de focalização, para alcançarem o ideal de direitos universais. Nessa perspectiva, podemos pensar na focalização como complementar à proposta universalista. Esta complementariedade é imprescindível, quando se espera que as políticas públicas sejam capazes de intervir nas iniquidades sociais existentes (KERSTENETZKY, 2006).

Os programas de transferência condicionada de renda inserem-se nesta proposta de conjugação de políticas sociais universais e focalização de grupos de maior vulnerabilidade social. Estes programas destinam-se a combater a pobreza, não somente com respostas à insuficiência de renda, mas com estratégias voltadas a outras dimensões da pobreza, tais como a dificuldade de acessibilidade a bens e

serviços públicos (LAVINAS, 1998).

O Programa Bolsa família é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades nas áreas de saúde e educação, voltado a famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Fazem parte ainda do desenho institucional do PBF, os programas complementares voltados ao desenvolvimento das famílias. As condicionalidades do PBF são consideradas como elemento fundamental para melhoria de condições de vida e para a inclusão social sustentável das famílias, promovendo o acesso aos direitos sociais básicos de saúde e de educação (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

As condicionalidades de saúde constituem-se ações voltadas às gestantes, crianças e nutrizes, sendo compromisso dos titulares do PBF se vincularem às unidades de saúde para participarem e, por outro lado, responsabilidade dos municípios a sua oferta.

Embora esteja previsto nas legislações acerca das condicionalidades de saúde como atribuição dos municípios ofertar as ações previstas nas condicionalidades, as regulamentações do PBF não preveem punições aos municípios que não cumprem suas responsabilidades, diferente das sanções que existem às famílias. A estratégia junto aos municípios foi de incentivo financeiro para os municípios que têm boa gestão do programa, por meio do Índice de Gestão descentralizada (IGD). Diversos autores têm questionado se estas são estratégias para garantir equidade no acesso ou se violam direitos de cidadania, frente à não condicionalidade do direito universal, garantido na Constituição, de assistência social e à saúde (LAVINAS, 2004; SENNA e col., 2007, MONNERAT e col. 2007).

O potencial das condicionalidades em promover o acesso aos serviços de saúde depende da organização dos municípios e dos serviços para garantir a inserção destas famílias na atenção básica de saúde, assim como a continuidade do cuidado.

Diante dessas questões, as percepções e vivências dos diferentes atores envolvidos podem auxiliar na compreensão do papel dos serviços saúde no PBF, assim como nas dificuldades e alternativas para sua concretização.

Esse estudo teve por objetivo identificar, nas falas dos atores envolvidos, questões referentes à implementação do acompanhamento das condicionalidades de saúde e sobre a atenção à saúde prestada às famílias do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro, tendo um enfoque sobre equidade e direito à saúde.

A abordagem qualitativa deve ser usada em estudos de avaliação de serviços de saúde, quando se pretende compreender os significados dos sujeitos, sua implicação na produção dos resultados das práticas e a interface entre concepções e discursos e a realização das ações dos programas. A utilidade desses estudos se dá, sobretudo, por possibilitar decisões de planejamento e controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDES, 1997; DESLANDES, 2008; MINAYO, 1996).

MÉTODO

O desenho metodológico deste estudo é de pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. Para compreensão de como ocorre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, escolhemos utilizar um enfoque sobre equidade e direito à saúde.

A entrevista foi a técnica utilizada para produção de dados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais, diretores ou coordenadores de unidades e titulares de benefício do PBF. Os roteiros das entrevistas foram pré-testados e abordaram percepções e vivências dos atores referentes ao acompanhamento das condicionalidades da saúde e sobre a atenção à saúde prestada às famílias do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro (Anexo 1).

Foi estudada uma amostragem propositiva, que consiste em selecionar as unidades de amostra segundo características particulares, em relação a um critério chave (RITCHIE e LEWIS, 2003). O grupo amostrado contemplou unidades de saúde com diferentes níveis de implantação do acompanhamento das condicionalidades de saúde e do cuidado com a saúde, que foi identificado por meio da adesão das unidades a essas ações, sendo mantida representação para as 10 áreas programáticas de saúde da cidade e de unidades dos modelos tradicional e de estratégia de saúde da família, buscando contemplar a diversidade do modelo de organização da atenção básica no município (Anexo 2). Para isso, foram utilizados dados obtidos no estudo de avaliação apresentados no capítulo anterior. Foram também selecionadas unidades suplentes, para substituir as unidades da amostra, em caso de recusa ou impossibilidade de realização do trabalho de campo. Não foi preciso utilizar estas unidades suplentes.

Nas unidades amostradas, foram entrevistados três grupos de atores: gestores locais (diretores ou coordenadores de unidade de saúde), titulares do benefício e profissionais de saúde (enfermeiro, médico, assistente social e nutricionista). No total foram 40 entrevistados, sendo 10 gestores, 10 titulares e 20 profissionais. As

categorias profissionais que iriam ser entrevistadas em cada unidade foram previamente definidas. A entrevista com o diretor/coordenador da unidade de saúde era marcada com antecedência. Os demais profissionais eram identificados no dia entre a equipe presente na unidade. Os titulares eram identificados na unidade entre os usuários que esperavam para serem atendidos. Em duas unidades que não havia titulares do PBF, foi realizada visita ao domicílio de titulares que residiam próximo. As entrevistas duraram, em média, quarenta minutos com profissionais e diretores, e 20 minutos com titulares do programa. Estas foram gravadas e transcritas. Para análise das entrevistas, após leitura exaustiva do material, utilizamos o software QSR Nvivo versão 9.0 (QSR, 2011), para organização e codificação. Em seguida, foi criada uma matriz temática, segundo conjunto de entrevistados (titulares, profissionais de saúde e diretores). A partir dessa matriz os dados foram analisados segundo recorte temático de equidade e de direito à saúde.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ e da Faculdade de Saúde Pública/USP - FSP. Os participantes concordaram com os termos do consentimento livre e esclarecido.

Os dados produzidos foram analisados a partir da abordagem hermenêutica filosófica de Gadamer. A compreensão hermenêutica não pretende neutralidade nem autoanulamento. Quando se escuta a opinião dos outros, não é necessário esquecer todas as opiniões anteriores. Ao invés disso, deve-se colocar a opinião do outro em relação às suas opiniões próprias e a seus preconceitos. Ou seja, é necessário nos colocarmos numa certa relação com a opinião do outro, de forma a possibilitar que o texto se apresente na sua alteridade. A fusão de horizontes, termo-chave para

Gadamer, refere-se à atividade de entendimento. Cada indivíduo possui um horizonte e, na tentativa de interpretação, estende seu horizonte para se fundir com outros. A fusão de horizontes permite uma nova compreensão. A verdade, então, existe no diálogo (GADAMER, 1999; DESLANDES, 2008; AYRES, 2008; LAWN, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF

A ação de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF leva uma parcela significativa da população carioca às unidades de saúde a cada seis meses. O acompanhamento e o registro das condicionalidades no sistema Bolsa Família na Saúde são realizados uma vez a cada semestre. Cada período de acompanhamento é chamado de vigência. Segundo dados disponíveis no sistema Bolsa Família na Saúde, na primeira vigência de 2011 havia, na cidade do Rio de Janeiro, 141.112 famílias com perfil para acompanhamento pela Saúde, ou seja, famílias com crianças menores de sete anos e com possibilidade de ter gestantes (mulheres entre 14 e 44 anos). A rede de saúde do município tem mantido um percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF entre 30 e 40%, o que é agravado pelo fato de que o volume de famílias a serem acompanhadas tem aumentado ao longo dos anos. Na primeira vigência de 2007 eram 100.537 famílias com perfil Saúde, destas 47,8% foram acompanhadas. Na primeira vigência de 2011, foram acompanhadas 35,06% das famílias com perfil saúde. De todas as famílias com perfil Saúde, cerca torno de um terço não estava vinculado à unidade de saúde responsável pelo acompanhamento no sistema Bolsa Família na Saúde. Vincular uma família a uma

unidade de saúde no sistema consiste em identificar que esta é responsável pelo acompanhamento daquela família. Essa vinculação deve ser feita quando a família vai à unidade de saúde para o acompanhamento das condicionalidades e a unidade registra no sistema dados referentes a esta ação. Ou seja, ou 48.862 famílias não foram acompanhadas anteriormente quanto às condicionalidades do PBF na cidade, ou as unidades que fizeram seu acompanhamento não as identificaram como famílias sob sua responsabilidade.

Condicionalidades de saúde do PBF e a garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde

Os profissionais e gestores entrevistados reconhecem a potencialidade do acompanhamento das condicionalidades em promover o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, identificamos nas falas dos entrevistados diferentes argumentos sobre características dessa ação que facilitam ou trazem obstáculos à utilização dos serviços de saúde e sobre a capacidade dos serviços em responder às necessidades de saúde das famílias. A acessibilidade dos serviços de saúde é característica primordial para a garantia de sistemas de saúde equânimes. Nesse sentido, Travassos e Martins (2004) apontam a importância da categoria acesso nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é visto como oportunidade para o cuidado. Esta ação permite a entrada na unidade de saúde de famílias de maior vulnerabilidade social, que, em geral, têm dificuldade no acesso. Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998

mostram diferenças na chance de utilização de serviços de saúde, relacionadas a gênero, cor e condições sociais (TRAVASSOS e COL., 2002).

Os profissionais falam da sobrecarga que o volume de atendimento a essas famílias traz para o serviço de saúde e sinalizam que algumas dessas famílias não faziam uso do serviço de saúde antes do PBF. Esse achado é diferente do encontrado em estudo realizado em Niterói o qual, a partir da experiência dos profissionais, concluiu que "o processo de implementação das condicionalidades não representou aumento significativo de demanda para o setor e tampouco foi identificada a captação de famílias com trajetória de exclusão dos serviços de saúde" (MONNERAT, 2009).

Nas unidades de saúde do modelo tradicional, os profissionais referiram que, por não terem estratégias de "busca ativa", o acompanhamento das condicionalidades teria esse papel. Mesmo nas unidades da estratégia de saúde da família essa função foi identificada, permitindo sinergia com esse modelo de organização da atenção à saúde.

> *"As vezes tem gente que não conhecia a unidade e veio porque soube que para atualizar o bolsa família tinha que vir aqui, então eles chegam aqui já conhece, já sai com uma consulta marcada. "Ah tô vindo aqui, mas eu nunca fiz um preventivo". Já sai com a consulta do preventivo lá agendada."* ***Agente Comunitário de Saúde Unidade 4.***

Outro aspecto que facilita o acesso é o fato de as famílias utilizarem o acompanhamento das condicionalidades como estratégia para a entrada no serviço. No contato com a unidade de saúde para essa ação, em geral, pelo menos para casos

de intercorrências de saúde, é feito agendamento ou atendimento no mesmo dia para outro profissional. Esse procedimento é reconhecido pela família.

> *"Necessidade de saúde a gente percebe, porque a gente faz o encaminhamento. Às vezes eles aproveitam até a consulta, traz a criança doentinha para gente encaminhar ao pediatra. A gente percebe isso. Por causa da dificuldade de arrumar número."* ***Enfermeira Unidade de Saúde 8.***

Esse poder de lidar com a organização pode ser visto como parte das capacidades da população para superar obstáculos ao acesso (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

> *"porque o pessoal aqui do posto médico, eu já conheço todo mundo daqui. Eu já sou como dona ... daqui do posto médico [risos] Já sou sócia porque eu conheço a doutora J, conheço a doutora E, conheço a doutora ML."* ***Titular Unidade de Saúde 1***

As falas dessas famílias sobre as ações de cuidado que recebem em relação à sua ida às unidades para acompanhar as condicionalidades permitem-nos uma maior compreensão sobre as potencialidades e restrições dessa ação para a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Desafios nas relações entre profissionais de saúde e titulares do PBF

Caráter "assistencialista" das condicionalidades ou condicionalidades de saúde como direito de cidadania

As condicionalidades de saúde são sem dúvida um instrumento de promoção de equidade no acesso aos serviços de saúde, pois permitem a entrada na unidade de uma população de maior vulnerabilidade social. Entretanto, a forma com que essa ação está implementada pode limitar esta função. Da mesma forma, a opinião dos atores envolvidos na implementação interfere nas práticas e nas interrelações entre profissionais e titulares.

Embora o PBF seja um programa de assistência social, focalizado na população pobre, ele prevê a integração à rede de proteção social, configurando-se como direito de cidadania e não somente estratégia emergencial de combate à pobreza. O modelo de proteção social em que se inscreve o desenho institucional do PBF carrega a concepção de direito social associado à cidadania. No entanto, este princípio não é compartilhado por toda a sociedade brasileira, reflexo do modelo presente por décadas no país. O modelo de seguridade social no Brasil do século XX tinha como base a inserção por meio do trabalho, trazendo forte o princípio de seguro social. Os que estavam à margem ficavam à mercê da caridade (MONNERAT e SENNA, 2007). A Constituição de 1988 trouxe um desenho de seguridade social fundada na noção de direito de cidadania. Contudo, ao longo das últimas décadas, o conceito de seguridade social, destinada a assegurar a toda a população os direitos à saúde, à previdência e à assistência social, não garantiu a efetivação, de fato, de um

sistema de seguridade social. A legislação que a regulamentou construiu caminhos distintos para as três áreas (VIANNA, 2005).

Existem controvérsias sobre o quanto a evolução da política social, no campo da assistência social no Brasil evoluiu fundada sob a égide do direito (FONSECA e ROQUETE, 2005). O que não nos causa dúvidas é que persiste o desafio histórico de superar a relação da assistência social com a caridade e o favor (NOGUEIRA, 2011).

Nas narrativas produzidas, ficam evidentes estas contradições em relação ao PBF e, mais especificamente, em relação às condicionalidades de saúde do PBF.

Os profissionais sinalizam uma percepção de que as condicionalidades têm um caráter "assistencialista". Para alguns, elas trazem, para o serviço de saúde, a responsabilidade total do cuidado de saúde destas famílias.

> *"Eu acho que é muita comodidade que se dá a eles, arcando com o profissional muita responsabilidade."* ***Assistente Social Unidade de Saúde 3.***

Na visão dos profissionais e diretores, existe uma dificuldade dessas famílias em se apropriarem do serviço e das ações de saúde, sob o ponto de vista do direito.

> *"Eu acho que é essa falta, esse usuário do Bolsa Família não perceber que existe um serviço, um direito que ele tem aqui que ele pode usar. Acho que ele não tem noção desse direito, dele usar o posto."*

Nutricionista Unidade de Saúde 1.

"Muitas não frequentam. Muitos não têm noção nem de que precisa. Um dia na campanha de vacinação (....) um menino de sei lá três, quatro anos sem metade dos dentes e preto. Aí: "Cadê sua mãe?", " É aquela ali". Aí já te olha com cara meio assustada, né. Aí: "Olha, leva lá segunda-feira pra ir no dentista", "Ah, pode?"" ***Diretora Unidade de Saúde 5.***

A narrativa abaixo trata da não correspondência entre a necessidade de saúde percebida pela população, que gera a demanda ao serviço de saúde, e a visão dos profissionais de saúde sobre doença.

"Ela vem em função do benefício, mas a nossa preocupação tem que ser com a promoção da saúde, com o cuidado da saúde. Então a gente tem que tá preocupada com isso. Então, como fazer? Escutar e tentar acolher. Tentar trazer pra aqui pra dentro." ***Diretora Unidade de Saúde 1.***

CAMARGO Jr. e COL. (1998), em estudo do projeto sobre racionalidades médicas, referem-se a um universo simbólico, compartilhado entre médicos e pacientes. Nesse estudo, as percepções e concepções de médicos e pacientes apresentam uma "coerência surpreendente". No entanto, os autores chamam a

atenção para o fato de que esse achado não deve desconsiderar as diferenças entre essas visões, até em função de sua vinculação a subsistemas culturais distintos: "o mundo da cultura técnico-científica e o da cultura popular". Essas diferenças são reforçadas em função das distinções de classe social entre profissionais e pacientes da rede pública.

As experiências vividas pela população com os serviços de saúde são instauradoras de necessidades. As respostas positivas à demanda que a levou ao serviço geram aprendizado sobre o que e onde devem buscar, em situação semelhante (CAMPOS e BATEIRO, 2007).

Nesse sentido, é razoável imaginar que essa parcela da população, que os profissionais e diretores identificam como os mais excluídos do sistema, não compartilhe das concepções acerca de necessidade de saúde, ou não saiba ao que podem ter acesso na unidade da saúde.

> *"pessoas que se surpreendem quando entram dentro de uma unidade e veem o tipo de serviço que se oferece e veem a quantidade de serviço que a pessoa pode estar disponibilizando."* ***Diretora Unidade de Saúde 3.***

De fato, os serviços de saúde não estão preparados para atender as necessidades da população. A organização dos serviços está voltada para atender a demanda por ações que são ofertadas por estes.

Focalização e equidade

A focalização, que em políticas públicas consiste em selecionar para

intervenção o público que mais precisa e, dessa forma, mais será mais beneficiado, é uma questão central no desenho do PBF. No caso do PBF, a focalização está voltada à inclusão de famílias mais pobres. Por ter boa focalização, o PBF tem contribuído para a queda da desigualdade e da pobreza no Brasil (BARROS e COL, 2010). Contudo, na opinião dos profissionais e diretores pode significar contradição em relação ao preceito de universalidade do SUS.

> *"porque todos são iguais, todos são vistos da mesma maneira, independente se tem o bolsa família ou não, entendeu, a única diferença é essa, que nós ficamos mais de olho para elas não perderem."* ***Enfermeira Unidade de Saúde 4.***

> *"pensa que quem é do bolsa família tem prioridade nos atendimentos né e na verdade não é isso né , até porque se a gente fosse priorizar todo o bolsa família é priorizar quase todo mundo né."* ***Assistente Social Unidade de Saúde 8.***

As falas acimas demonstram o não entendimento das condicionalidades de saúde do PBF como estratégia de garantia de equidade em saúde.

O debate sobre a contraposição entre focalização e políticas universais desconsidera o sentido de equidade da focalização. Sob a ótica da equidade, sem desconsiderar a relevância das políticas universais, podemos considerar a focalização como estratégia complementar ao universalismo (BICHIR, 2010).

Campos afirma que o sentido dominante de equidade relaciona-se à diretriz

comunista "cada um segundo sua necessidade". O autor fala que essa acepção de equidade influencia e é influenciada pelo reconhecimento de cada pessoa como cidadão de direitos. Sua aplicação prática implica a "convivência com a noção de sujeito e no reconhecimento da variedade das situações existenciais e históricas". Assim, as pessoas e fatos deveriam ser julgados em função do modo como foram produzidos, ou seja, do seu contexto (CAMPOS, 2006).

A operacionalização destas concepções é delicada, sobretudo no contexto das organizações e práticas de saúde. A relação entre estas famílias do PBF e os profissionais de saúde é caracterizada por conflitos e incompreensões.

> *"mãe que vem ao posto, que agenda uma consulta, que faz uma puericultura é uma mãe que quer dar uma atenção não é. (....) a mãe que procura um médico porque o filho está com uma ferida, que o filho tem uma tosse, uma febre, está com uma pneumonia. É só naquele momento* ***é um outro tipo de família." Médica Unidade de Saúde 6.***

> *"Eu não voltaria mais lá nem pra pesar... Não voltaria mais lá pra nada. Que é um posto que não me serve, na verdade, pra nada."* ***Titular Unidade de Saúde 2****.*

Estes conflitos são vivenciados no cotidiano do acompanhamento das condicionalidades de saúde, o que acaba limitando a existência de práticas orientadas à equidade. As duas narrativas a seguir descrevem cenas que se repetem em várias unidades de saúde.

"(...) não sabem esperar. (....) É isso que acontece com os pacientes do bolsa família, vem aquela leva de pessoas, e os profissionais estão todos cheios de tarefas e eles ficam, acabam ficando por último e, às vezes, estão desde cedo. Aí fica naquele ping pong, quem que vai verificar, quem que vai pesar. Aí paciente já não quer esperar, quer dizer: um outro eu não posso, um outro eu não posso, um outro eu não posso. Então às vezes torna o paciente agressivo. Sim, mas tem aquelas pessoas que já são agressivas por si só, que não querem esperar e ficam agressivas e ficam falando: "a lá um monte de gente andando pra lá e pra cá e não resolve nada e não resolve o problema" ." ***Enfermeira Unidade de Saúde 10.***

"na verdade é feito só pela assistente social. Ninguém gosta do bolsa família entendeu. E aí você já vê tudo que é do bolsa família uma coisa chata. Isso eu vou falar até por uma questão pessoal: eu não gosto. Não destrato. Ah! Hoje tem bolsa família. Todo mundo reage dessa forma. Então assim não questão do destrato, mas a questão de tumulto. Porque ninguém se organiza em cima disso. Até porque tem pouco profissional, então é toda sexta feira, toda sexta feira é esse reboliço." ***Enfermeira Unidade de Saúde 10.***

Estratégia de controle sobre as famílias ou de fortalecimento da noção de direito à saúde

A fala dos profissionais de que para os titulares "a cultura ainda é o benefício, não a saúde", revela a avaliação de que a não adesão às condicionalidades é culpa da família.

A visão de penalização e controle sobre as famílias está presente nas falas dos profissionais e titulares. MEDEIROS e COL. (2007) ponderam que as condicionalidades já são obrigações que os pais têm com seus filhos e que o debate em torno delas está relacionado a argumentos morais, pois atendem às demandas de parcela da sociedade que julga que os pobres não podem receber benefício sem esforço, afinal, o justo é receber pelo "suor do seu trabalho". Os autores concluem que sua existência estaria mais relacionada ao apoio da sociedade do que a sua necessidade e possíveis impactos para as famílias (MEDEIROS e COL, 2007).

Os profissionais identificam a exigência das condicionalidades como estratégia de adesão a ações de saúde. Para isso, ameaças veladas ou explícitas estão presentes nas relações entre profissionais e titulares, como pode ser observado neste conjunto de falas.

> *"amamentação deveria ser obrigado até pelo menos, por seis meses ... Não é. Se a pessoa amamenta ou não, não importa pro bolsa família. A gente tá acompanhando ali, mas se ela não amamenta, o neném não é amamentado, tá na mamadeira,. Pra que, se eu posso ganhar dando mamadeira, pra que, que eu vou ficar no peito? Eu acho que isso ai deveria ser uma coisa obrigatória a perder o bolsa família."* ***Enfermeira***

Unidade de Saúde 4.

"Oh você era para ter voltado nesse mês, você não voltou, você vai perder", "vão te chamar, você tá sabendo que vão te chamar." ***Enfermeira Unidade de Saúde 4.***

"Aí se a gente mentir é pior, porque aí ela vai ver lá no naquele computadorzinho." ***Titular Unidade de Saúde*** *7.*

Por outro lado, as condicionalidades podem ser vistas como instrumento de fortalecimento e apropriação da noção de cidadania, como vemos na fala a seguir.

"*você começa a valorizar, no momento que você traz a família ... que essa criança passa pelo pediatra, passa pelo setor de imunização, passa pela enfermeira, essa mulher é escutada no serviço social, quer aderir ao planejamento. Tudo isso é oferecido. Você, eu acho que você conquista, você dá para essa pessoa, a sensação de cidadania mesmo e uma valorização de família."* ***Diretora Unidade de Saúde 3.***

Estudo realizado com gestores e profissionais de Niterói identificou que a noção de direitos como relação "contratual" é aceita e incorporada pelos profissionais pesquisados. Os profissionais viam as condicionalidades como obrigação positiva, segundo a autora, sem a existência de uma visão crítica por um direito estar sendo condicionado a uma exigência (MONNERAT, 2009). Já o estudo realizado por

FERREIRA (2009) em uma unidade de saúde no município do Rio encontrou achados semelhantes aos nossos, em relação à diversidade de opiniões entre os profissionais, gestores e titulares entrevistados**.** Alguns gestores e profissionais entendiam as condicionalidades na perspectiva do direito, outros tinham avaliação crítica e questionavam a incondicionalidade de um direito.

Titularidade transitória

Os profissionais foram questionados sobre como ficaria o cuidado de saúde das famílias diante de um fim hipotético do PBF. Embora reconheçam que o acompanhamento das condicionalidades aumentou o vínculo de algumas famílias, eles identificam que, provavelmente, as mais vulneráveis, com o fim do PBF, não continuariam frequentando as unidades.

> *"Algumas continuariam a vir, porque eu estabeleci, nesse tempo a gente tem grandes vínculos aqui com algumas famílias. E famílias que fazem questão mesmo de trazer os filhos para ver a vacina e tem orgulho de falar: "Oh, meu cartão tá em dia!", "Minha filha tá no peso." Outras, infelizmente, que são aquelas que a gente sabe que não têm muita opção. Então não tem entendimento mesmo até pela própria história, pelos próprios valores do que é o programa, e realmente precisa do dinheiro e vem fazer o acompanhamento mesmo só para não perder. Iam acabar escapando, mas eu acho que a maioria ia ficar."* ***Assistente Social Unidade de Saúde 7.***

Essa percepção de que o acesso é transitório, enquanto a família permanece no programa, é discutida por FONSECA e VIANA (2007) analisando os programas de transferência condicionada de renda na América Latina. As autoras fazem a reflexão de que a "titularidade dos direitos é transitória", sendo, assim, difícil estabelecer uma relação entre as condicionalidades dos programas para a área de saúde e o direito à saúde (FONSECA e VIANA, 2007).

Aceitação das condicionalidades entre os titulares como obrigação para recebimento do benefício

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) mostrou que entre os titulares do benefício do PBF existe aceitação das condicionalidades. Os titulares reconheceram as condicionalidades como um compromisso de contrapartida e as consideraram importantes para garantir que as crianças fiquem fora da rua e por obrigarem o funcionamento de alguns serviços, especialmente das unidades de saúde (IBASE, 2008).

Entre os titulares entrevistados no presente estudo houve reconhecimento da legitimidade da exigência das condicionalidades de saúde. Estas, no entanto, foram reconhecidas como contrapartida ao recebimento do benefício e não como estratégia para garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde. Os entrevistados não se posicionaram como titulares de direito em relação à saúde, mas como cumpridores de uma obrigação. A mesma percepção foi encontrada entre os titulares que participaram de um grupo focal no estudo de FERREIRA (2009). Não fica claro nas falas de todos os titulares a importância para a saúde de sua família. Há referência de

que as condicionalidades de saúde são necessárias para as **outras famílias** que são relapsas em relação à saúde dos filhos.

> *"porque o bolsa família é útil para família, mas também a família tem que se conscientizar que o posto de saúde também é útil para a gente que frequenta. Eu tenho que dá uma resposta pra quem tá nos ajudando"* ***Titular Unidade de Saúde 7.***

> *"Comigo nunca teve vacina, médico pendente. Mas para as pessoas que eu já vi tem. Ela manda vir no pediatra. Chama atenção por causa da vacina. "Por que você não tá em dia?", "Por que não vem no pediatra?" (....) mas comigo nunca teve não."* ***Titular Unidade de Saúde 5.***

Organização do cuidado

- Organização do acompanhamento das condicionalidades

Não existe protocolo municipal para o acompanhamento das condicionalidades (NOGUEIRA, 2011). As unidades organizam esta ação de forma a atenderem às orientações recebidas por meio de capacitações e reuniões com gestores dos níveis centrais e regionais, não existindo documentos orientadores municipais. Assim, as 10 unidades estudadas apresentaram fluxos definidos pelas próprias unidades, os quais, em geral, não são compreendidos por toda a equipe.

- Prontuário na unidade de saúde

Ter prontuário nas unidades básicas de saúde do modelo tradicional facilita o acesso ao serviço de saúde e a continuidade do cuidado. A abertura de prontuário para as famílias do PBF que vêm para acompanhar as condicionalidades não é procedimento realizado por todas as unidades. Existem unidades nas quais esse procedimento é visto como imprescindível para as famílias PBF, enquanto em outras, não é realizado.

> *"Porque essa é a orientação da CAP (coordenação de área programática): Era abrir prontuário para todo mundo. Hoje eu não abro prontuário. Quem tem, que tem, quem não tem. Ficou sem ter. Vou abrir um prontuário para uma pessoa que nunca virá aqui, ocupando um espaço que eu não tenho?"* ***Diretora Unidade de Saúde 6.***

– ***Foco no grupo materno-infantil***

Se observarmos as ações previstas no desenho das condicionalidades de saúde, fica evidente o foco no grupo materno-infantil, tradicionalmente beneficiado por ações e programas de saúde (FONSECA e VIANA, 2007; BRASIL, 2004). A complexidade do perfil de saúde da população requer estratégias que incluam o homem e outras fases do curso de vida (BRASIL, 2008).

Entretanto, os pré-escolares, escolares e adolescentes, fases que já não frequentam as unidades para monitoramento de saúde, têm se beneficiado com as condicionalidades de saúde.

> *"tenho notado, principalmente as crianças mais velhas, que hoje em dia elas são obrigadas a procurarem o médico por causa do bolsa família.*

Então às vezes você atende uma mãe: - "olha o meu filho não tem nada. Eu vim por causa do bolsa família"." ***Diretora Unidade de Saúde 6.***

- Condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da vigilância em saúde

Um aspecto positivo ressaltado diz respeito à oportunidade de sinergia das condicionalidades com a agenda da vigilância em saúde. A melhoria da situação vacinal, sem dúvida, foi o maior consenso entre os entrevistados em relação aos benefícios das condicionalidades de saúde. Houve repetidas descrições que exemplificam a percepção de que durante as Campanhas Nacionais de Vacinação o volume de crianças com vacina atrasada tem sido menor. Da mesma forma, entre as famílias que vêm para o acompanhamento das condicionalidades, a proporção com calendário vacinal desatualizado também tem diminuído. O Rio de Janeiro, mesmo antes do PBF, possuía alta cobertura vacinal, apesar de as crianças maiores e os adolescentes terem proporcionalmente mais falhas no calendário. Contudo, há relatos de que, principalmente no início da implementação do PBF, houve grande número de atualização por meio das condicionalidades de saúde. Isto é mais um indicativo de que estas famílias realmente são as mais excluídas em relação ao cuidado de saúde.

"*Porque bem ou mal ... atualize todo mundo a caderneta. No primeiro ano foi assim, uma avalanche de vacina, principalmente aquela fase que não se vacina mais, nem vai ao pediatra. (O maiorzinho?) De sete a dezesseis anos."* ***Diretora Unidade de Saúde 6.***

O desenho das condicionalidades prevê a inclusão no pré-natal. A cobertura

desta ação na cidade é considerada adequada em relação às recomendações. Em 2008, 66,5% de gestantes mães de crianças nascidas na cidade tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal (RIO DE JANEIRO, 2011). No entanto, reconhece-se a necessidade de qualificação desta ação em todo o país (SERRUYA E COL., 2004). Apesar disso, os entrevistados não abordaram o aspecto de qualidade desta ação. Vale citar que no âmbito federal está sendo prevista a interação da agenda de qualificação do cuidado da saúde materna com o PBF, por meio da Rede Cegonha, que consiste em um conjunto de ações voltadas à qualificação do atendimento do pré-natal, parto e do cuidado na infância (BRASIL, 2011a).

A oferta de exames citopatológicos preventivos de carcinoma cervical para mulheres que vão às unidades em função das condicionalidades é referida em algumas falas de profissionais de saúde e diretores de unidade. Em uma das unidades estava sendo aplicado questionário sobre saúde da mulher com as titulares do PBF. No entanto, está prática não é regular, nem homogênea entre as unidades.

> *"Eu sempre pergunto, é um registro que a gente faz no prontuário: "Teu preventivo tá em dia?", "Qual foi a última vez que você fez preventivo?". Então, eu sempre tento encaminhar para o preventivo, para o planejamento familiar, à pediatria, se eu vejo que é uma coisa eminente, que precisa de um atendimento naquela hora, que ela me relata uma queixa."* ***Assistente Social Unidade de Saúde 9.***

A incorporação desta ação às condicionalidades de saúde seria um ganho face à necessidade de aumento da cobertura desta ação no país e seu benefício para a

saúde da mulher (INCA, 2002; BRASIL, 2011b).

Um episódio narrado por uma enfermeira de unidade da estratégia de saúde da família mostra como o contato com o serviço de saúde é capaz de trazer benefícios, além dos previstos, pelas condicionalidades de saúde.

> *"teve uma paciente, estava com tuberculose (a criança ou mãe?) não a mãe. A gente pesa a mãe e os filhos. Daí a mãe veio. Muito emagrecida, emagrecida. E aí ela (disse): "Ai tô cada vez mais emagrecendo e com tosse". Foi captada. (....) depois do peso, porque fica muita gente, eu perguntei se ela gostaria de fazer o teste, a baciloscopia que eu ia na casa dela. Ela concordou. (....) a menina foi lá fez, deu positivo duas cruzes, o filho... a gente pediu PPD, não fez aqui mas foi encaminhado para o pneumo-pediatra."* ***Enfermeira Unidade de Saúde 10.***

Por outro lado, outro episódio vivenciado durante o trabalho de campo pode dar pistas sobre as oportunidades perdidas em função do fluxo irregular e paralelo do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Uma titular do benefício de PBF estava sendo esperada para ser entrevistada. Ela e duas filhas suas – uma adolescente e outra de um ano - foram a uma unidade da estratégia de saúde da família para o acompanhamento das condicionalidades. As três estavam visivelmente emagrecidas. Uma enfermeira as atendeu e identificou que a criança estava desnutrida. Situação que ainda mobiliza os profissionais quando identificada. Apesar do diagnóstico ter sido adequado naquele momento, o agravo poderia ter sido diagnosticado há mais tempo. Na vigência anterior já havia tido registro da informação de peso, mas sem ter

sido feito diagnóstico, nem intervenção. Abaixo destacamos fala da mãe a respeito do diagnóstico de desnutrição.

> *"Se eu não levasse ela no médico, assim, não trazer, não ia adivinhar, saber que ela tá com o peso que tá, desnutrida. (....) Pra mim ia ser uma coisa normal."* ***Titular Unidade de Saúde 4.***

- Olhar para as condicionalidades como ação de saúde

Em relação ao entendimento das condicionalidades como ação de saúde, observamos dois perfis de unidades quanto à organização do acompanhamento das condicionalidades:

1) unidades que realizam o acompanhamento das condicionalidades de forma burocrática

> *"é assim os outros profissionais no caso é só o técnico que tem envolvimento, porque assim um procedimento, praticamente são procedimentos padrão, a pessoa chega tem a carteirinha do bolsa família, chega aqui: "Oh manda entrar" pega o prontuário isso aí é interessante, que aí se tiver algum problema já anota ali também se tiver alguma criança desnutrida, então o procedimento é bem técnico chega aqui mede a pessoa, pesa acabou."* ***Agente Comunitário de Saúde Unidade de Saúde 4.***

"Eu acho que é só pesar. Eu só fui lá, pesei, pesou as garotas. Ela anotou tudo lá e eu vim embora. Eu falei: "É só isso?" Ela falou: "É." Eu peguei e vim embora.

(….) *se quando a gente precisasse, se eles pudessem nos ajudar de alguma forma.* ***"****Oh, já fui em três hospitais. Mandaram vim pra cá pra vocês fazer os curativos." "Mas aqui tem horário pra fazer curativo." Se a pessoa tá toda machucada, toda ralada, já foi em três hospitais, não custava nada fazer o curativo na hora."* ***Titular Unidade de Saúde 2.***

A fala acima demostra insatisfação com a falta de propósito da ação e pelas experiências em que o serviço não atendeu às necessidades da família. Em outras entrevistas com titulares, apesar de descreverem procedimentos semelhantes, este sentimento de insatisfação não aparece.

"(Em relação ao acompanhamento do Bolsa Família, você já veio aqui para fazer?) Já, mas eles, não, eles pedem de seis em seis meses. Aí já me pesei, pesei minha filha. Apesar que minha filha é acompanhada aqui na puericultura. Todo mês ela vem fazer consulta aqui. Aí eu vou me peso, peso ela, entendeu? Ela vai anota as coisas de seis em seis meses. Já fiz e agora tem que esperar seis meses." ***Titular Unidade de Saúde 4.***

"Eu venho fazer o recadastramento de seis em seis meses. ... aí a gente vai na assistente social com os documentos do Bolsa Família: cartão de

vacina, cartão daqui do posto, pra ela ver se tá sendo acompanhado. E ela faz o recadastro ali." ***Titular Unidade de Saúde 5.***

Pinto (2010) também identificou que as condicionalidades de saúde eram vistas pelos titulares do programa atendidos no Centro de Saúde Escola, em Manguinhos/Rio de Janeiro, como um "recadastramento".

Este percepção dos titulares reflete o modo fragmentado como que esta ação é executada pelos serviços de saúde. Pinheiro e Mattos (2001), discutindo a noção de integralidade em saúde, sinalizaram que isso só é possível se tem como base políticas de saúde que materializam os conceitos de equidade e universalidade e, por conseguinte, de direito ao atendimento das necessidades humanas (Pinheiro e Mattos, 2001).

2) unidades que utilizam o acompanhamento das condicionalidades como oportunidade para o cuidado

Essas unidades têm fluxos de atendimento que incluem as famílias como um todo, não restringindo-se ao grupo materno-infantil, prioritário para as condicionalidades.

> ***"****ahh meu filho tá, tá vendo doutora tá cheio de manchinha", aí eu preciso encaminhar pra dermatologista, ou até tem um problema de fala, mando pra fono, vê ele realmente como um todo tanto a mãe como os filhos.* ***Assistente Social Unidade de Saúde 1.***

"Não o pessoal do bolsa família pela dificuldade não vem bater em porta, olha aqui {Seu Amauri é homem. Cinquenta e quatro anos, ele não entra no SISVAN. Viu que ele é pesado, medido, feita avaliação nutricional. A gente vai ver a vacina de adulto. E faz encaminhamento. Oh encaminhou a vacina. Estava faltando provavelmente alguma vacininha e tal. Foi encaminhado à odonto" ***Diretora Unidade de Saúde 3 e Coordenadora de programas da unidade 3.***

- Continuidade do cuidado à saúde

Estudo realizado em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro identificou como sugestão dos titulares que o PBF pudesse facilitar o acesso ao dentista (PINTO, 2010).

As fragilidades em relação à integralidade na organização do cuidado parecem apontar que o principal desafio em relação às condicionalidades de saúde está na qualidade do cuidado oferecido. Ir à unidade para acompanhamento das condicionalidades não garante o acesso aos demais profissionais.

Observamos que, na maioria das unidades, o acompanhamento das condicionalidades de saúde fica sob a responsabilidade de uma ou duas categorias profissionais, não havendo integração com outros os profissionais ou serviços. Nas unidades que têm assistente social, é comum que o programa fique centralizado neste profissional pelo entendimento de que é um programa do serviço social. Em pesquisa realizada em Niterói, na maior parte das unidades estudadas os profissionais de

Serviço Social eram os responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades nas unidades de saúde. O mesmo foi observado em pesquisa realizada em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro (MONNERAT, 2009 e NOGUEIRA, 2011).

Condicionalidades de Saúde do PBF e agenda da saúde na Segurança Alimentar e Nutricional

O PBF insere-se nas políticas de proteção social no Brasil. O Decreto que regulamenta o programa apresenta como objetivos básicos promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004). Seu principal objetivo é o combate à pobreza, mas o combate à fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional são descritos entre os objetivos básicos (BURLANDY, 2007).

A segurança alimentar e nutricional foi definida no Brasil como:

> "*a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis*" (Documento de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2004).

Este conceito tem como base o princípio de Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Embora seja mais comum nos referirmos ao DHAA como o direito de estar livre da fome, pois esta é a dimensão mais grave da insegurança alimentar, sua realização plena implica uma outra dimensão: o direito a uma alimentação adequada, que envolve aspectos nutricionais, sanitários, culturais, econômicos, dentre outros múltiplos aspectos da alimentação (BRASIL, 2010).

O papel do setor saúde na SAN envolve ações de promoção de alimentação saudável, prevenção e cuidado de agravos nutricionais. Assim, além do respeito ao princípio de indivisibilidade dos direitos humanos, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e o Direito Humano à Saúde (DHS) têm uma forte interligação por conta da correlação existente entre saúde e nutrição (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o PBF poderia interferir no enfrentamento das situações de insegurança alimentar, tanto na sua **dimensão alimentar,** proporcionando maior acesso a alimentos por meio da transferência de renda, quanto na **dimensão nutricional**, que diz respeito à relação com a saúde.

Toda ação que promove saúde, indiretamente tem relação com a SAN. Entretanto, podemos considerar como ações propostas nas regulamentações do PBF que têm objetivos diretamente vinculados à garantia do DHAA, as relacionadas ao acompanhamento do crescimento e vigilância nutricional e as relacionadas à promoção de práticas educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável (BRASIL, 2004).

Sobre o acompanhamento do crescimento e vigilância nutricional, o que se observa é que, embora o peso seja coletado para a maioria das crianças e gestantes, a

avaliação nutricional só é realizada em algumas unidades, em geral, quando o fluxo envolve atendimento pelo nutricionista. A informação de peso, para boa parte das unidades, não concretiza uma ação de cuidado de saúde, somente é feita para informar as condicionalidades.

> *"não precisa a gente ficar perdendo tempo pesando e medindo que não vai anotar nada no sistema."* ***Técnica de enfermagem Unidade de Saúde 4.***

Os resultados de uma pesquisa sobre o PBF realizada em Niterói mostraram que a implementação das condicionalidades de saúde nesse município favoreceu a efetivação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). O mesmo não ocorreu no Rio. Em Niterói está ação não havia tido efetiva implementação antes do PBF, diferente da trajetória desta ação no município do Rio (CASTRO, 2000; MONNERAT, 2009). FERREIRA (2009) encontrou, em estudo realizado em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, a informação de que o acompanhamento das condicionalidades do PBF impactou negativamente a implantação do SISVAN.

Apesar da diminuição incontestável da desnutrição infantil em todo o país nas últimas décadas, esse agravo pode ser encontrado de forma localizada em grupos de extrema vulnerabilidade. Observamos durante o trabalho de campo vários episódios que envolviam identificação de desnutrição entre crianças das famílias do PBF, mas também pudemos observar como este agravo tem ficado invisível nas unidades de saúde. A maioria das falas dos profissionais de saúde é que entre as crianças que vêm para o acompanhamento do PBF o maior problema observado em relação ao estado

nutricional é de sobrepeso. A fala é comprovada pelos registros no sistema de acompanhamento do PBF na saúde. No entanto, a desnutrição ainda se faz presente. Em função da gravidade e por ser um sinalizador de extrema vulnerabilidade social dessas famílias, chama atenção a falta de rotina para identificação e acompanhamento dos casos.

> *"os sobrepeso... os baixo peso a gente faz o acompanhamento dele por consulta já. Entendeu? Porque a gente já coloca na nossa planilha se é baixo peso e vamos acompanhar por consulta já (Entendi) entendeu ai você acompanha (já faz esse acompanhamento...) é nós chegamos até a comprar fazer a multimistura. Nós fomos, fomos no mercadão, compramos tudo que precisava. Fizemos a multimistura, só que foi caríssimo. (....) Aí a gente falou: a gente não tem condição de ficar fazendo multimistura. Então vamos orientar. A gente faz grupo de alimentação saudável."* ***Enfermeira Unidade de Saúde 4.***

As práticas educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável não são oferecidas sistematicamente a essas famílias na maioria das unidades.

As falas dos profissionais em relação à necessidade de inserir ações educativas sobre alimentação no cuidado das famílias estão muitas vezes associadas ao entendimento dos profissionais de que os recursos recebidos pelas famílias devem ser utilizados para a compra de alimentos.

O estudo do IBASE revelou que a alimentação é o principal gasto das famílias com os recursos recebidos. Na região sudeste, este gasto foi citado por

87,4% das famílias entre as três principais formas de utilização do benefício (IBASE, 2008). O mesmo estudo identificou que o PBF possibilitou aumento do consumo de alimentos em quantidade e variedade. Os titulares revelaram aumento para a maioria dos grupos de alimentos, com exceção para o consumo de hortaliças. Para as famílias que antes de receberem o PBF não tinham acesso à alimentação básica, o programa possibilitou aumento dos alimentos considerados básicos, como arroz e feijão. As famílias com maior insegurança alimentar aumentaram significativamente o consumo dos cereais e dos feijões, dos alimentos calóricos e de baixo valor nutritivo, como biscoitos e açúcares, e de fruta. Vale a reflexão de que as modificações na alimentação das famílias do PBF, em relação ao excesso de açúcar e insuficiência de frutas e hortaliças, acompanham as tendências nacionais, conforme identificado na pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Ou seja, quando as famílias têm incremento na renda, tendem a se aproximar do padrão alimentar da população em geral (IBASE, 2008).

A observação de que as famílias utilizam o recurso do PBF para comprar alimentos não saudáveis causa muito incômodo aos profissionais, que não refletem sobre a relação com o padrão alimentar atual, como pode ser observado na fala abaixo. A possibilidade de comprar alimentos tidos como infantis, que satisfazem a vontade das crianças, é um fator simbólico da percepção de saída das condições de extrema pobreza.

> *"Então quando começava a conversa com a família, a gente via situações assim: de o recurso financeiro que está sendo recebido pelo bolsa seja utilizado com quê? Porque aquela criança está com baixo*

peso. Ah está comprando danoninho, está comprando biscoito amarelo, está comprando não sei o quê. Essas porcarias todas, quando deveria está comprando realmente o alimento saudável, o alimento que a criança precisava, né? E ai foi preciso que até se fizesse um trabalho educativo. Para que essa família pudesse entender a importância de estar priorizando uma coisa e não aquilo que a criança quer." ***Assistente Social Unidade de Saúde 9.***

Apesar de ser bastante heterogêneo, parte deste grupo convive com situações graves de insegurança alimentar. A fome ainda assusta. No estudo do IBASE (2008), pela percepção dos titulares do programa, 34,1% das famílias encontravam-se em situação de moderada de insegurança alimentar e 20,7% encontravam-se em situação de grave de insegurança alimentar. Esse resultado foi obtido a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. A situação de insegurança alimentar grave reflete o convívio com a fome e a grave restrição quantitativa importante na alimentação.

A irregularidade do acesso aos alimentos em função da insegurança do trabalho informal e da sobrecarga da mulher na provisão dos filhos é realidade em boa parte das famílias. A fala abaixo é da titular, chamada aqui de Maria, que trabalha levando outras crianças da comunidade para a escola. Os pais da criança não se responsabilizam pelos gastos das filhas. Apenas o pai da mais nova "dá" uma pequena quantia, de forma esporádica. Maria contava o drama que vive no início do mês, quando não consegue receber pelo serviço que fez e, assim, não tem como

comprar alimento para as filhas. Esta foi a família em que o profissional de saúde diagnosticou um caso de desnutrição durante o trabalho de campo.

> *"Maria você tá triste.", aí ela pegou, "Maria, eu te empresto o dinheiro. Aí depois quando você puder você me dá." Aí ela pegou, me emprestou o dinheiro, aí eu fui até comprei leite pra ela e tudo. (....)* ***"****Como é que minha filha vai comer só mês que vem? Minha outra filha vai comer só no mês que vem?* ***Titular Unidade de Saúde 4.***

A atuação da equipe de saúde frente à fome é um desafio e uma angústia. O papel da unidade de saúde nas situações de insegurança alimentar, na perspectiva do DHAA, ultrapassa sua atuação tradicional do cuidado em saúde. Este papel envolve ações de fortalecimentos das pessoas como titulares de direito para que elas possam participar da identificação das situações de violação do DHAA e da construção de soluções para superação, a articulação com outros atores locais responsáveis por outras políticas públicas existentes na comunidade, para garantia de acesso da população de risco, além de fortalecimento das redes comunitárias e familiares de solidariedade. Isso envolve o conhecimento das políticas públicas existentes, solidariedade, respeito aos princípios de dignidade e não discriminação, compromisso com as obrigações para a garantia e realização progressiva do DHS e do DHAA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal questão que motivou esse estudo é se a forma com que as condicionalidades de saúde estão implementadas garante a equidade no acesso aos serviços de saúde. Encontramos mais contradições e conflitos do que consensos. Parafraseando Campos (2006), em artigo no qual discute equidade e saúde, diríamos que a resposta para a nossa pergunta é *sim e não*. Sim, porque a cada vigência as condicionalidades de saúde permitem que milhares de famílias de grande vulnerabilidade social e que estavam excluídas ou marginalmente presentes nas nossas unidades de saúde tenham maior acesso a ações básicas de saúde como vacinação e pré-natal e maior vinculação aos serviços de saúde; as condicionalidades têm se mostrado potentes quando explorada a sua sinergia com a agenda da vigilância em saúde; as condicionalidades são percebidas pelos profissionais como oportunidade de cuidado e estratégia de fortalecimento das famílias como titulares de direito em relação à saúde; as ações propostas relacionam-se com o papel da saúde na agenda da Segurança Alimentar e Nutricional. Não, porque a garantia do acesso por meio das condicionalidades é visto sob a ótica da "titularidade provisória", pois parte das famílias não continuariam frequentando caso o programa acabasse; as ações não focam a família como um todo, sendo direcionadas principalmente para crianças e gestantes, não dando resposta à complexidade do perfil de adoecimento da população; observamos diversas oportunidades perdidas face a características referentes ao processo de trabalho em torno dessa ação nas unidades; não há rotinas que favoreçam a continuidade do cuidado; são percebidas por alguns profissionais e diretores como assistencialistas e burocráticas e pelos titulares como obrigações para

que mereçam o benefício; o benefício é usado como moeda de troca para adesão em ações de saúde, sem compreender os contextos de vida envolvidos; os titulares, por vezes, não são vistos e tratados como usuários do SUS, por direito.

Para superarmos as limitações das condicionalidades do PBF, de modo que possam favorecer a diminuição das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, é preciso promover ampla discussão entre os profissionais de saúde e com a sociedade sobre equidade e direito à saúde e as condicionalidades e investir em um modo de organizar estas ações nas unidades de saúde, integrando às demais ações de cuidado nos serviços de saúde. Nesse sentido, os achados deste estudo constituem-se úteis subsídios para reflexão acerca desta ação, possibilitando a melhoria das estratégias empregadas na sua gestão.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). *Avaliação em saúde mental*: participação, intervenção e produção de narrativa. São Paulo: Hucitec, 2008, v. 1, p. 198-219.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S.; MENDONÇA, R. A focalização do programa bolsa família em perspectiva comparada**.** In: CASTRO, J. A.; MODESTO, L. (Org.). *Bolsa família 2003-2010*: avanços e desafios. Brasília: Ipea, 2010. 2 v., p. 111-123.

BICHIR, R. Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de

transferência de renda. *Novos Estudos,* v. 87, p. 115-129, Jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.° 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa. ***Diário Oficial da União*** 2004; 22 mar.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM/MDS nº 551, de 09 de novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União* 2005; 11 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.* Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dialogando sobre o direito humano à alimentação*

adequada no contexto do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Portaria GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011a; 27 jun.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciênc. saúde coletiva***,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, nov./dez. 2007.

CAMARGO Jr., K. R.; LUZ, M. T; SABINO, C.; CONTE, F. T., MARTINEZ, D. S. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais na rede pública no Rio de Janeiro. In: LUZ, M. T (Org.). *VII Seminário do projeto racionalidades médicas - Biomedicina*. (Série Estudos em Saúde coletiva, nº 168)

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface* - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./dez. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc.,* v.15, n.2, p.23-33, mai./ago. 2006.

CASTRO, I. R. R. *Efetividade da suplementação alimentar na recuperação nutricional de crianças*: Avaliação do Programa "Leite é Saúde". São Paulo: NUPENS/FSP/USP, 2000.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Públ.,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

_____. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES; R. (Orgs.). *Avaliação em saúde mental*: participação, intervenção e produção de narrativa. São Paulo: Hucitec, 2008, v. 1, p. 198-219.

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde:* aspectos conceituais**,** 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2011.

FERREIRA, M. N. *Programas de transferência condicionada de renda e acesso aos serviços de saúde*: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos. 2009. 137p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FONSECA, A. M. M.; ROQUETE, C. Proteção Social e programas de transferência de renda: o Bolsa-Família. In: VIANA, A. L.; ELIAS, P.; IBAÑEZ, N. (orgs). *Proteção Social*: Dilemas e Desafios. São Paulo, Hucitec, 2005.

_____; VIANA, A. L. D. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Cien Saúde Colet*, v. 12, n. 6, p. 1505-1512, nov./dec. 2007.

GADAMER, H. G. *Verdade e método:* traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (IBASE). *Repercussões do programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas.* Rio de Janeiro: IBASE; 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Periodicidade de realização do exame preventivo de câncer de colo do útero. *Rev. Bras. Cancerologia,* v. 48, n. 1, p. 13-15, Jan/Fev/Mar 2002.

KERSTENETZKY, C. L. Políticas Sociais: focalização ou universalização? *Revista de Economia Política*, vol. 26, n. 4, p. 564-574, out./dez. 2006.

LAVINAS, L. *Programas de garantia de renda mínima:* Perspectivas brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA, 1998. (Texto para discussão, nº 596).

_____. *Universalizando direitos.* Observatório da cidadania – relatório 2004. Rio de

Janeiro: Obercid, 2004.

LAWN, C. *Compreender Gadamer.* 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. *Programas focalizados de transferência de renda no Brasil:* contribuições para o debate. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. (TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1283)

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M. A. Seguridade Social Brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M. V. G. C.; Reis, J. R. F. (Org.) *Sociedade, estado e direito à saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Revista Ciências & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, vol.12, no.6, p. 1453-1462, nov/dez. 2007.

MONNERAT, G. L. *Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade:* lições do programa bolsa família. 2009. 283 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação

Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

NOGUEIRA, J. F. *Programa bolsa Família*: desafios à promoção do acesso aos serviços de saúde. 2011. 144p. Monografia (Especialização em Serviço Social e Saúde). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

PINTO, I. V. *Percepções das titulares do Programa Bolsa Família e as repercussões em suas condições de vida.* Um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em Manguinhos, RJ, 2009. 2010. 144p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

QUALITATIVE SOLUTIONS RESEARCH (QSR). *Nvivo 9.0.* Disponível em: <http://www.qsrinternational.com/other-languages_portuguese.aspx>. Acesso em: 15 set. 2011.

RIO DE JANEIRO. *Séries Históricas de Coberturas Vacinais - 2005 a 2009.* Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=1280514>. Acesso em: 15 set. 2011.

RITCHIE, J.; LEWIS, J. (Edit). *Qualitative Research Practice*: A Guide for Social Science Students and Researchers. London: SAGE Publications, 2003.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*; v.11, n.5, p. 365-373, 2002.

_____; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. 190-198. 2004.

VIANNA, M. L. T. W. Seguridade Social e Combate à Pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, A. L.; ELIAS, P.; IBAÑEZ, N. (orgs). *Proteção Social*: Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

Anexo 1

Roteiro de entrevista com responsáveis por famílias beneficiárias do PBF

Introdução:

Esta entrevista faz parte de um estudo sobre o acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família.

Os resultados do estudo serão divulgados, embora nenhuma informação seja apresentada com a identificação da pessoa entrevistada. Apenas a equipe de pesquisadores terá acesso a essa informação.

Durante a entrevista o (a) Sr (Sra) pode fazer a pergunta que desejar. Pode também pedir para parar a entrevista no momento que decidir, sem prejuízo para sua participação no programa.

A gravação da entrevista facilita a análise. O Sr (Sra) autoriza a gravação?

O (a) Sr (Sra) gostaria de mais alguma informação?

4) Condições atuais

- Idade
- Principais atividades (trabalho, estudo, outras)
- Composição familiar

- Descrição do local onde vive

5) Programa Bolsa Família

- Confirmar se é beneficiário do PBF
- Desde quando recebe o Programa Bolsa Família
- Significado do PBF para a família do entrevistado

O Sr(a) pode falar sobre o que significa o Programa Bolsa Família para sua família?

6) Histórico da relação com a unidade de saúde e do acompanhamento da Saúde do PBF

- Tempo de frequência na unidade

Há quanto tempo o Sr(a) frequenta este posto?

- Tempo do acompanhamento do Bolsa Família

Há quanto tempo o Sr(a) frequenta este posto para fazer o acompanhamento do Bolsa família?

- Relacionamento com a unidade

Como ficou o atendimento depois que passou a fazer

acompanhamento do PBF? (caso já frequentasse a unidade anteriormente. Melhorou, facilitou, quando precisa de algum atendimento se tem prioridade, em que situações você vai ou leva a família ao posto de saúde?...)

7) Caracterização do acompanhamento

- Entendimento sobre o acompanhamento na unidade e Descrição das ações que fazem parte desse processo

  O que é o acompanhamento do PBF aqui no posto?

  Que tipo de atendimento o Sr(a) e sua família recebem, quando vêm fazer o acompanhamento do Bolsa Família aqui no posto?

  Quem é acompanhado?

  De que tipo de atividade participa?

  Por que profissionais?

- Ações que fazem parte das condicionalidades (explorar se participa de grupos, quais os assuntos que são tratados, se alguma vez ele (ou os filhos) foi pesado ou medido, acompanhamento pré-natal, consulta individual, outras condicionalidades..., qual o profissional que atende...)

8) Opinião e percepções

- Percepção do objetivo do acompanhamento

  Por que o Sr (a) vem para este acompanhamento?

  O que você acha deste acompanhamento?

  Como tem sido a sua experiência?

9) Propostas e expectativas

- Como gostaria que fosse (sugestões, críticas, necessidades de saúde não atendidas, sentimentos e opinião em relação à forma de organização do atendimento, discriminações, privilégios)
- Você quer falar mais alguma coisa que não foi perguntado?

10) Agradecimentos

Roteiro de entrevista com Profissionais de saúde

Introdução:

Essa entrevista faz parte de um estudo sobre o acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família.

Os resultados do estudo serão divulgados, embora nenhuma informação seja apresentada com a identificação da pessoa entrevistada. Apenas a equipe de pesquisadores terá acesso a essa informação.

Durante a entrevista o (a) Sr (Sra) pode fazer a pergunta que desejar. Pode também pedir para parar a entrevista no momento que decidir.

A gravação da entrevista facilita a análise. O Sr (Sra) autoriza a gravação?

O (a) Sr (Sra) gostaria de mais alguma informação?

1- Dados profissionais

- Formação
- Tempo de formado
- Tempo de trabalho nesta unidade

2- Programa Bolsa Família

- Como conheceu o PBF
- Se trabalha com o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF
- Opinião sobre o PBF
- Papel das unidades de saúde em relação ao Programa. Propósito das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Como avalia. Resultado para a saúde das famílias.

3- Experiência, vivência e descrição das atividades do Programa Bolsa Família

- Tempo que trabalha com o PBF (na unidade e em outras)
- Que tipo de ação está envolvido?
- Ações de outros profissionais feitas no âmbito do acompanhamento das condicionalidades de saúde na unidade. (Explorar de que forma se operacionaliza, em que situações as famílias têm acesso, que profissionais realizam. Acompanhamento das condicionalidades, Ação diferenciada para as famílias de risco nutricional, Grupo educativo com as famílias, Consultas individuais para crianças e mulheres das famílias, Consultas individuais para outros membros das famílias, Ações voltadas ao incentivo à geração de renda, Ações voltadas à articulação intersetorial, Outras ações)

  Você sabe das outras ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF nesta unidade?

- Barreiras e dificuldades para o acompanhamento dessas famílias.
- Oportunidades para o atendimento de saúde destas famílias.

4- Perfil e necessidade das Famílias beneficiárias do PBF

- Perfil das famílias que vêm para o acompanhamento das condicionalidades
- Percepção das necessidades (demandas de saúde, visão ampliada de saúde)

Quais são as necessidades destas famílias? O que é oferecido atende às necessidades destas famílias? Por quê?

– O que poderia ser diferente (em relação a unidades de saúde no PBF)

5- Finalização

- Se o programa acabasse hoje, o que aconteceria com o acompanhamento destas famílias nesta unidade?
- Você quer falar mais alguma coisa que não foi perguntada

Roteiro de entrevista com gestor local de saúde

Introdução

Este entrevista faz parte de um estudo sobre o acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família.

Os resultados do estudo serão divulgados, embora nenhuma informação seja apresentada com a identificação da pessoa entrevistada. Apenas a equipe de pesquisadores terá acesso a essa informação.

Durante a entrevista o (a) Sr (Sra) pode fazer a pergunta que desejar. Pode também pedir para parar a entrevista no momento que decidir.

A gravação da entrevista facilita a análise. O Sr (Sra) autoriza a gravação?

O (a) Sr (Sra) gostaria de mais alguma informação?

1- Dados profissionais

- Formação
- Tempo de formado, tempo de trabalho nesta unidade
- Tempo de formado, tempo de trabalho nesta unidade, tempo na gestão

2- Programa Bolsa Família

- Como conheceu o PBF

- Se trabalha com o PBF (na unidade e em outras). Tempo que trabalha(ou)
- Opinião sobre o PBF
- Papel das unidades de saúde em relação ao Programa. Propósito das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Como avalia? Tem resultado para a saúde das famílias?

3- Descrição das atividades do Programa Bolsa Família

- Ações feitas no âmbito do acompanhamento das condicionalidades de saúde. (Explorar de que forma se operacionaliza, em que situações as famílias têm acesso, que profissionais realizam)
    - Acompanhamento das condicionalidades
    - Ação diferenciada para as famílias de risco nutricional
    - Grupo educativo com as famílias
    - Consultas individuais para crianças e mulheres das famílias
    - Consultas individuais para outros membros das famílias
    - Ações voltadas ao incentivo para a geração de renda
    - Ações voltadas para a articulação intersetorial
    - Outras ações
- Barreiras e dificuldades para o atendimento dessas famílias

- Oportunidades para o atendimento dessas famílias

4- Papel do gestor local (diretor, coordenador) na gestão dessas ações

5- Perfil e necessidade das Famílias beneficiárias do PBF

- Perfil das famílias que vêm para o acompanhamento das condicionalidades
- Percepção das necessidades (demandas de saúde, visão ampliada de saúde)

Quais são as necessidades dessas famílias? O que é oferecido atende às necessidades dessas famílias? Por quê?

– O que poderia ser diferente (em relação a unidades de saúde no PBF)

6- Finalização

– Se o programa acabasse hoje, o que aconteceria com o acompanhamento dessas famílias nesta unidade?

– Você quer falar mais alguma coisa que não foi perguntado?

Anexo 2

	Unidades da amostra	Suplentes
PRETESTE*	CMS Marcolino Candau	----------
Grupo 1	PS Renato Rocco	PS Cesário de Melo
	PS Mario Olinto Oliveira	Policlínica Dom Helder Câmara
	PSF Adeus	PSF Gustavo Capanema
Grupo 2	PS Sir Alexander Fleming	CMS Maria Augusta Estrela
	PSF Vidigal	UIS Manoel Arthur Villaboim
	Policlínica Carlos Alberto Nascimento	Policlínica Carmela Dutra
Grupo 3	CMS Harvey Ribeiro Souza	CMS Clementino Fraga
	PSF Manguariba	Policlínica Lincoln de Freitas Filho
	CMS Heitor Beltrão	PACS Jardim Maravilha

* Os dados do pré-teste foram utilizados na análise, uma vez que não houve alteração importante do roteiro de entrevista.

CONCLUSÕES

Partindo da compreensão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família como estratégia de garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde, procuramos com esse estudo entender a forma com que esta ação está implementada, a partir do estudo de caso do município do Rio de Janeiro. Percebíamos os diferentes entendimentos sobre como esta ação deveria ser operacionalizada no município e quais os resultados esperados para a população, além dos questionamentos sobre a legitimidade de sua existência como exigência às famílias, apesar do direito à saúde ser um direito universal. Assim, acreditávamos que para a avaliação da implementação das condicionalidades da saúde, precisávamos compreender o processo decisório que levou à sua inclusão no desenho do PBF de forma inovadora, assim como as percepções dos atores envolvidos em sua implementação.

Dessa forma, foi necessária a utilização de métodos mistos para proceder à avaliação, resultando em quatro estudos interrelacionados. As conclusões desse estudo foram construídas ao longo do caminho da pesquisa. A seguir sistematizamos os principais achados.

1) Desenho institucional das condicionalidades do PBF

Diversas questões estiveram envolvidas no momento da formulação das condicionalidades de saúde. Havia a necessidade de mudar a estratégia de combate à desnutrição, devido às críticas ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN). O Governo federal, a partir das diversas experiências municipais de TCR,

havia proposto/ implantado o Programa Bolsa Escola, que conjugava transferência de renda a condicionalidades na área de educação. A proposta do Programa Bolsa Alimentação foi idealizada pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, a qual, pela estruturação desenvolvida para o acompanhamento desse programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF, quando esse programa foi criado. No entanto, ao analisar o objetivo e as ações propostas como condicionalidades, fica claro que se trata de agenda comum da área de nutrição e outras áreas da saúde, sendo necessária a integração entre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da atenção básica nos municípios.

2) Modelo teórico das condicionalidades no município do Rio

Embora os objetivos e as ações das condicionalidades de saúde do PBF estejam explícitas nas legislações existentes, o modo de operacionalização dessas ações depende das características municipais da rede de atenção básica de saúde. No caso do Rio de Janeiro, a implementação do PBF ainda sofreu influência da experiência com programas de nutrição anteriores e questões políticas no momento da implantação.

Nas diretrizes nacionais, existe um descompasso entre os objetivos esperados - garantia e equidade no acesso a serviços básicos de saúde, melhoria das condições de saúde e inclusão social - e as ações propostas, que se constituem em atividades isoladas. No modelo teórico de determinado programa, deve existir uma sequência

lógica entre os diferentes elementos: objetivos, atividades, produtos e resultados. Estes elementos são necessários ao alcance dos resultados do programa. No caso das condicionalidades, é necessário ficar clara a forma com que as famílias serão efetivamente incluídas nos serviços de saúde e como será garantida a continuidade desse cuidado. Isso envolve a articulação entre os programas existentes e a organização da assistência para garantir as ações. Nesse sentido, elementos como Reorganização da oferta, Aumento da oferta qualificada, Inserção nas ações da unidade de Saúde e Oportunidade de cuidado representam aspectos positivos no desenho do Modelo Teórico das Condicionalidades do PBF na cidade do Rio de Janeiro.

O discurso dos gestores que participaram do grupo focal revela as contradições entre sua visão sobre como o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF deveria ser implementado na rede e como de fato acontece.

3) Adequação do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família

As diretrizes municipais, sistematizadas no modelo teórico utilizado, foram construídas a partir da fala dos gestores municipais. Essas não refletem a forma que a ação de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF está implantada na rede. Dizem respeito a um desenho ideal, compartilhado por esses gestores. Não existe documento formal com essas orientações, o que leva à existência de diferentes modelos de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Foram

identificados dois perfis de unidades quanto ao nível de implantação. Os indicadores que mais definiram a discriminação dos dois perfis de unidades foram as consultas individuais para crianças e mulheres e as consultas individuais para outros membros da família. As ações apresentadas pelos documentos de referência federal e, sobretudo, nos instrumentos de acompanhamento do programa são mais frequentemente referidas como ações oferecidas nas unidades. Esse é o caso de acompanhamento de pré-natal, vacinação e as medidas de peso e estatura. Outras ações oferecidas para crianças e mulheres apresentaram maior variação nas frequências de unidades que as realizam. Outro achado importante diz respeito à continuidade do cuidado em saúde. Parte das unidades refere que não existem mecanismos de prioridade para membros de famílias de PBF para acessarem outros serviços e ações na unidade.

4) Representações dos atores envolvidos

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é vivenciado cotidianamente de modo diferente pelos diversos atores envolvidos. O sucesso de qualquer programa de saúde ou serviço depende de ele se coadunar com os valores e expectativas dos diferentes atores envolvidos na sua operacionalização (DESLANDES, 2008). Por isso, nos interessou compreender as concepções e vivências dos profissionais, gestores de unidade e titulares. Buscamos para essa análise um enfoque sobre equidade e direito à saúde.

Encontramos dissensos e contradições nas narrativas dos entrevistados, a saber, as condicionalidades de saúde permitirem maior entrada nas unidades de famílias de

maior vulnerabilidade social. Diversas narrativas apontam para a possibilidade e mostram fatos concretos durante a sua realização de sua sinergia com a agenda da vigilância em saúde e com o papel da Saúde na agenda da Segurança Alimentar e Nutricional. Na opinião de alguns entrevistados as condicionalidades são "oportunidade de cuidado" e estratégia de fortalecimento das famílias como titulares de direito em relação saúde. Por outro lado, o acesso que proporciona é visto sob a ótica da "titularidade provisória"; não há rotinas que favoreçam esta continuidade do cuidado. As condicionalidades são consideradas por alguns profissionais e diretores como assistencialistas e burocráticas e pelos titulares como obrigações para que mereçam o benefício. Não existe compreensão do motivo e do objetivo das condicionalidades pelos titulares e, para os profissionais e gestores de unidade, não existe consenso nenhum sobre isso. O fato de ter um desenho intersetorial, sem um claro entendimento da responsabilidade dos serviços de saúde, faz com que o PBF acabe sendo visto como um programa da assistência social, desenvolvido na unidade de saúde, o que traz resistências para o envolvimento da equipe. Os titulares, por vezes, não são vistos e tratados como usuários do SUS, por direito.

O caminho percorrido pelo estudo nos permitiu uma reflexão crítica sobre acompanhamento das condicionalidades de saúde, constituindo-se subsídio importante para avaliação desta ação no país.

O desenho das condicionalidades de saúde do PBF constitui-se um potente instrumento de promoção de equidade no acesso aos serviços de saúde uma vez que

permite a entrada nos serviços de saúde de uma população de maior vulnerabilidade social. Entretanto, a forma como esta ação está implementada faz com que cotidianamente existam inúmeras oportunidades perdidas para a concretização dessa função. Os achados refletem a fragmentação dos processos de trabalho instituídos na atenção básica de saúde. Esse acompanhamento é visto como um programa na unidade, no entanto, é constituído por ações que já são desenvolvidas. Em algumas situações acabam gerando fluxos paralelos, que mais dificultam o acesso do que facilitam. Essa constatação nos faz pensar em mudar o formato de programa para um desenho que se constituísse em uma estratégia para o acesso equitativo. Em outras palavras, ao invés de estruturar rotinas para cumprir as condicionalidades de saúde, os esforços dos gestores municipais e locais deveriam estar voltados para a implementação de modos de organização do trabalho de modo a garantir prioridade para o acesso efetivo destas famílias na unidade. Por fim, parece oportuno reafirmar os valores e ideais da reforma sanitária: democracia, universalidade e igualdade, para continuarmos avançando no processo para efetivação do SUS, como concretização da saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. *Manual de Orientações sobre o Bolsa Família.* 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CENTERS FOR DESEASE CONTROL (CDC). *Framework for program evaluation in public helth.* 1999. 40pp (MMWR 48 (RR11)).

CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006;11 (3): 705-711.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. *In:* HARTZ, Z. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a práticas na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Púbica* 1997; 13(1):103-107.

_____. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES; R. (Orgs.). *Avaliação em saúde mental*: participação, intervenção e produção de narrativa. São Paulo: Hucitec, 2008, v. 1, p. 198-219.

FLEURY, S. Proteção social em um mundo globalizado. *Saúde em Debate* 2005; 29 (71): 305-314.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. et al. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1453-1462.

SENNA, M. C. M.; BURLANDY, L. MONNERAT, G. L.; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *Rev. Katál* 2007; 1: 86-94.