

TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA E SAÚDE: LIÇÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Giselle Lavinias Monnerat¹

RESUMO

Neste estudo procede-se a análise do processo de implementação descentralizada das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Considerando que se trata de Programa recém criado e que traz novas requisições para o setor saúde, interessa identificar fatores que facilitam e também essenciais obstáculos postos a este processo. Toma-se o município de Niterói para o estudo de caso por entender que esta localidade reúne atributos favoráveis à observação local da implementação das condicionalidades da saúde visto a história de consolidação do sistema de saúde (notadamente a atenção básica), onde se destaca a experiência do Programa Médico de Família.

Palavras-chave: Programas de Transferência Condicionada de Renda; Programa Bolsa Família; Política de Saúde; Intersetorialidade.

ABSTRACT

This study provides an analysis of the decentralized process of implementation of the conditionalities involved in Brazil's Family Allowance Program (PBF) within the scope of the National Health System (SUS). Considering that the program was recently created and places new demands on the health sector, it is important to identify facilitating factors and major obstacles in this process. The city of Niterói in Greater Metropolitan Rio de Janeiro is used as a case study, since the municipality presents favorable characteristics for local observation of the implementation of health conditionalities in the PBF, given the city's history of consolidation of the local health system, especially primary care, and featuring the experience with the Family Doctor Program.

Key words: Conditional Income Transfer Programs; Family Allowance Program; Health Policy; Intersectoral social programs.

¹ Doutora. Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ). glmonnerat@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este artigo analisa o processo de implementação local das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) no âmbito do setor saúde, identificando fatores que facilitam e dificultam este processo. O Programa Bolsa Família (PBF), criado pelo governo federal em outubro de 2003, tem como objetivo enunciado instituir um programa nacional de transferência condicionada de renda às famílias pobres, pautado notadamente na gestão descentralizada e intersetorial. O PBF exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma agenda de compromissos – as chamadas condicionalidades – que se traduz na obrigatoriedade de inserção de crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes em determinados programas de saúde e de crianças e adolescentes na escola. Em situação de não cumprimento de tais exigências, as famílias beneficiárias podem ser desligadas do Programa. Esta pesquisa baseia-se no pressuposto de que o deslocamento de responsabilidades do PBF para os municípios traz inúmeras possibilidades de (re)interpretação deste programa cujas consequências precisam ser conhecidas haja vista que se trata de um programa social criado recentemente. Como objetivos específicos destacam-se as seguintes questões: identificar as repercussões do Bolsa Família sobre a organização dos serviços, dimensionar a capacidade de captação e acompanhamento das famílias beneficiárias, examinar o grau de adesão dos profissionais e a capacidade das condicionalidades do Programa contribuir para ampliar o acesso aos serviços, questão tão cara ao projeto de reforma sanitária. Toma-se o município de Niterói como estudo de caso, com enfoque qualitativo, por entender que esta localidade reúne atributos favoráveis à observação da implementação das condicionalidades da saúde em razão da história de forte consolidação do sistema local de saúde (notadamente a atenção básica), onde se destaca a experiência do Programa Médico de Família (PMF). Ademais, o município, com cerca de 470 mil habitantes, apresenta bons indicadores sociais situando-se como o terceiro IDH-M do país e primeiro do estado do Rio de Janeiro. Foram selecionadas unidades de saúde (unidades básicas, policlínicas e módulos do PMF) distribuídas em todo o território municipal. Além da observação participante, foram realizadas 39 entrevistas em profundidade com os gestores e profissionais envolvidos na execução do Programa, nos anos 2006, 2007 e 2008.

Desenvolvimento

As recentes inflexões no campo das políticas sociais ocorrem num cenário de reestruturação do mundo do trabalho traduzido no crescimento do desemprego, situação em que o Estado brasileiro se vê impelido a desenvolver programas sociais voltados para o combate à fome e à pobreza. É no esteio desse processo que se verifica, desde os anos 1990, uma profusão de experiências municipais de implementação de programas de transferência condicionada de renda dirigidos à população pobre. Entretanto, é somente com a criação do Programa Bolsa Família (PBF) que este tipo de programa se espalha por todo o país, atingindo grau de cobertura significativo. O foco prioritário do PBF é a família em situação de pobreza ou de extrema pobreza. A definição de quais famílias se encontra nessa situação é feita a partir do estabelecimento de uma linha de pobreza baseada na renda familiar, cujo valor é de no máximo R\$ 140,00 *per capita*. Nos anos 1990, a maioria dos programas de transferência de renda implementados por diversos municípios brasileiros apostou na combinação de ações assistenciais e estruturais. Em razão disso, observa-se a recorrência de programas que apresentam em seu desenho a exigência de contrapartidas com o argumento de promover processos de inclusão social, pelo menos das gerações futuras. No setor saúde, integram a agenda de compromissos as ações de vacinação, assistência ao pré e pós-natal e vigilância nutricional. Em novembro de 2005, o Ministério do Desenvolvimento Social publicou a Portaria 551 que dispõe sobre a gestão e acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Esta Portaria estabelece, principalmente, as sanções aplicáveis às famílias beneficiárias do programa. A propósito desta preocupação com a punição das famílias inadimplentes, vale lembrar que o tema da “fiscalização” das contrapartidas foi alvo, nesta conjuntura específica, de muitas críticas por parte da imprensa brasileira, notadamente a partir do segundo semestre de 2004. Grande parte dessas críticas se referia à existência de falhas no sistema de controle da frequência escolar das crianças e adolescentes, sem, contudo, considerar as próprias deficiências e capacidade de oferta de serviços por parte das prefeituras. Segundo as interpretações veiculadas nos principais jornais do país, essas “falhas” de fiscalização caracterizariam o Bolsa Família como um programa assistencialista. O fato é que a Portaria 551/05 é publicada neste contexto e, ao que parece, seu conteúdo responde às disputas políticas e ideológicas presentes na sociedade brasileira e que afetam a implementação do PBF. Entretanto, em 2008 esta Portaria é substituída pela de número 321, na qual se observa uma mudança de perspectiva pautada, sobretudo, no estímulo à ação intergovernamental e intersetorial para realização de acompanhamento das famílias beneficiárias. Pela primeira vez é definido o papel da

Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) no acompanhamento das famílias beneficiárias, notadamente daquelas em situação de descumprimento das condicionalidades. Vale dizer, que é somente em 2009 que se produziu um Protocolo de acompanhamento das famílias beneficiárias com orientações gerais para municípios e estados, marcando assim a primeira definição de uma estratégia de indução federal sobre o assunto. Ainda sobre a inflexão na regulamentação da gestão das condicionalidades, destaca-se a oportunidade, vedada na Portaria de 2005, de os gestores municipais do PBF anularem a punição a uma família 'inadimplente' com o Programa caso justifique e informe que esta se encontra em acompanhamento por parte das secretarias envolvidas na implementação do PBF. As famílias que estiverem inadimplentes com relação ao cumprimento das condicionalidades estão sujeitas a: bloqueio do benefício por 30 dias; suspensão do benefício por 60 dias e cancelamento do benefício. A gestão das condicionalidades deve englobar os três níveis de governo. Todavia, é sobre os municípios que recai a maior parte das responsabilidades. A exigência de contrapartidas é um ponto central do desenho do PBF e vem se traduzindo em uma questão bastante polêmica nas discussões acadêmicas e políticas sobre o Programa. Tal polêmica aparece, por um lado, no reconhecimento de que as condicionalidades têm potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde, o que, de certa forma, pode representar uma oportunidade ímpar para ampliar o acesso de um contingente importante da população aos circuitos de oferta de serviços sociais e, por outro lado, se traduz na idéia de que à medida que o direito social é condicionado ao cumprimento de obrigatoriedades, podem ser ameaçados os princípios de cidadania (Lavinias, 2000). Por outro lado, Silva (2001) tematiza a contrapartida como uma possibilidade de combinação do compensatório com o estrutural, visto que, por exemplo, é a própria exigência de manter crianças na escola que permitiria minimizar os efeitos do trabalho infantil sobre as oportunidades de escolaridade de crianças e jovens. No caso das condicionalidades da saúde, pode-se imaginar que, se por um lado, tais exigências têm potencial de facilitar o acesso de camadas da população que dificilmente conseguiriam chegar aos serviços de saúde, por outro, coloca a dúvida sobre a capacidade dos serviços de saúde de absorver adequadamente (com quantidade e qualidade) o aumento de demanda resultante da implementação do Programa. Também não se podem desconsiderar as condições das famílias para atender as várias requisições impostas pelas condicionalidades. Contudo, não se pode deixar de pontuar que uma vez exigidas condicionalidades é preciso traçar mecanismos consistentes de acompanhamento social das famílias beneficiárias, tendo em vista a necessidade de reverter tal exigência em oportunidade

de inserção nos serviços sociais. Sendo assim, pode-se afirmar que a adoção de condicionalidades em programas de transferência monetária somente é válida quando entendida e implementada como estratégia de ampliação do acesso aos serviços sociais e das políticas de emprego e renda, não sendo, portanto, o mero reflexo de uma visão restritiva do direito social. Com certeza, tais questões dependem de vários fatores que se complementam, tais como: capacidade de indução dos níveis supra-nacionais tendo em vista a reorganização dos serviços; capacitação dos profissionais envolvidos; grau adequado de coordenação intersetorial; amadurecimento das relações intergovernamentais, capacidade institucional e política do nível local, controle social, dentre outras questões.

Resultados

Os resultados mostram que a implementação das condicionalidades no município esteve inicialmente marcada por inseguranças e resistências e a visão dos entrevistados é de que o Bolsa Família foi “imposto” ao SUS sem maiores informações e treinamentos para sua execução (Monnerat, 2009). Esta situação se deveu, sobretudo, ao ritmo acelerado de implementação requisitado pelo governo federal, o que é demonstrado na série histórica de cobertura do Programa: 2003 – 3,6 milhões de famílias; 2004 – 6,5 milhões; 2005 – 8,7 milhões; 2006 – 11,1 milhões; 2009 – 12,4 milhões de famílias. Tratar das dificuldades iniciais de implementação das condicionalidades do PBF no sistema de saúde de Niterói requer que se entenda como o Programa foi recebido pelos profissionais de saúde que há muitos anos vinham desenvolvendo o programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) antigo programa do Ministério da Saúde desenvolvido pela Área Técnica de Nutrição e Alimentação (ATAN) dos estados e municípios. Esse programa visava a distribuição de óleo e leite para crianças (até 5 anos) e gestantes desnutridas, as quais eram acompanhadas pelos nutricionistas e pediatras dos serviços de saúde. Em substituição ao ICCN, foi criado o Programa Bolsa Alimentação (PBA) que visava, através da introdução da transferência direta de renda, impactar a situação de insegurança alimentar de parcela das famílias pobres. De modo geral, o Programa Bolsa Alimentação (PBA) não foi extensamente implantado no país, sendo, em 2003, unificado no Programa Bolsa Família. Em Niterói não foi diferente, o que se confirma no fato de os entrevistados se referirem recorrentemente ao ICCN e não ao PBA. Considerando tal situação, tudo indica que, na maioria das unidades, o PBF substituiu as ações do ICCN. Assim, uma das questões apontadas pelos gestores e profissionais

entrevistados diz respeito às discordâncias iniciais com o Programa Bolsa Família visto que se considerava inadequada a utilização apenas do critério renda para proceder a seleção do público-alvo, potencialmente em situação de insegurança alimentar. Neste caso, a compreensão era de que o critério nutricional fora relegado a segundo plano, assim como se afrouxaram os mecanismos operacionais que exigiam a vigilância nutricional das crianças e gestantes desnutridas, clientela do ICCN. Parece, então, que a implantação do Bolsa Família propiciou resistências e estranhamentos que podem estar relacionados ao fato de o setor saúde ter que desenvolver um programa que, embora tenha desenho intersetorial, não vem do Ministério da Saúde ou das correspondentes secretarias estaduais e municipais. Na esteira dessa análise, observa-se que a utilização de critérios sociais e não de saúde (ou doença?) estrito senso para a seleção do público alvo do PBF é algo que, no início da implementação do Programa, contribuiu para uma atitude de distanciamento por parte dos profissionais de saúde, notadamente os nutricionistas. Diante disto, interessante notar que os gerentes locais passam a requisitar que os assistentes sociais assumam a função de agente executor das condicionalidades do Bolsa Família numa possível alusão à compreensão de que as ações deste Programa 'fogem' ao objeto específico da saúde. Acrescenta-se que as resistências iniciais ao PBF estão também relacionadas à insegurança dos profissionais devido, principalmente, à insuficiência de informação e o ritmo acelerado de implementação que marcou este momento do Programa, não tendo como motivação principal a discordância no que se refere à concepção e objetivos do Programa. Embora esta resistência venha se dissipando com o tempo, o PBF ainda é considerado um Programa externo à saúde, principalmente porque algumas decisões cruciais são tomadas no âmbito da política de assistência social, não permitindo que os profissionais de saúde tenham, por exemplo, participação na definição dos beneficiários do Programa. Isto dificulta o diálogo intersetorial e tal centralização vem criando um sentimento de impotência que, no limite, pode estimular ações burocratizadas de acompanhamento das condicionalidades da saúde. A precariedade da implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município de Niterói-RJ emoldura outro tipo de conflito conformado a partir do entendimento dos profissionais de saúde de que este setor não contribui na captação das famílias e tampouco realiza o acompanhamento social que está previsto na legislação. A pesquisa demonstra também que o município tem uma rede de saúde bem estruturada, mas apresenta baixa taxa de acompanhamento das condicionalidades (47% em 2008), sendo que 70% deste total representam a cobertura realizada pelo Programa Médico de Família. Este Programa, ao contrário

das unidades da 'rede' (unidades básicas e policlínicas), apresenta condições mais favoráveis ao acompanhamento das condicionalidades em razão do vínculo com as famílias. Quanto à organização da rotina de atendimento nas unidades de saúde há diferenças cruciais entre o PMF e 'rede convencional'. O Bolsa Família vem exigindo da 'rede convencional' uma nova forma de organização dos serviços e um esforço de responsabilização por parte das equipes de saúde que não condiz com o modelo assistencial ainda hegemônico nos estabelecimentos de saúde. O fato é que as 'unidades convencionais' tiveram que reorientar a rotina de atendimento enquanto o PMF pouco alterou seu processo de trabalho. No que se refere ao acesso e inclusão da população mais vulnerável nos serviços de saúde, as condicionalidades do PBF não representou aumento de demanda para a saúde em Niterói e não houve captação de famílias com trajetória anterior de exclusão dos serviços. Contudo, as condicionalidades têm oportunizado outro tipo de acolhimento no interior da 'rede convencional' (via captação de adultos - homens e mulheres - hipertensos e diabéticos em famílias beneficiárias que já frequentavam as unidades de saúde), o que efetivamente contribui para certa sensibilidade para intervir sobre a unidade familiar e não apenas sobre grupos específicos, conforme a larga tradição da saúde pública. Entretanto, o processo aqui estudado não está marcado apenas por possibilidades de inovação no modo de produzir ações de saúde, mas encontra-se também prenhe de riscos de se praticar um tipo de acompanhamento das famílias pautado na burocratização e controle rigoroso dos pobres. Ademais, a operacionalização das condicionalidades do PBF reforça o debate sobre a integralidade da atenção em saúde, ao tempo que questiona a integração das ações de proteção social, num país absurdamente desigual.

Conclusão

Com base no aprofundamento que o estudo de caso permite, as análises efetivadas sugerem um conjunto de problemas concretos relacionados à condução, coordenação e gerenciamento do Programa Bolsa Família que afetam o processo de implementação das condicionalidades da saúde e que devem fazer parte de uma agenda de debate na atualidade. Os resultados da pesquisa buscam capturar os principais desafios do setor saúde para implementar as condicionalidades do PBF, indicando promessas, riscos e possibilidades, confirmando que tais desafios são inerentes não apenas ao campo da saúde, mas a gestão municipal. Importante frisar

que o objetivo deste estudo é proceder a análise de processo, ou seja, não há aqui pretensão em dimensionar resultados ou impactos, mas sim elaborar interpretações intermediárias que possam se constituir em elemento de aprendizado e reflexão sobre a operacionalização das condicionalidades do Bolsa Família no setor saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Lei nº 551 de 9 de novembro de 2005.

Brasil. Lei nº 321 de 29 de setembro de 2008.

Lavinas L. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. In: Henriques R, organizador. Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.

Silva, Maria Ozanira Silva e. Características e tendências da experiência brasileira”. In Renda Mínima no debate internacional, Colóquio internacional Brasil/ França/ Portugal. Coletânea de textos em versão preliminar para publicação de livro, PUC/SP, SP, 2001.

Monnerat, Giselle Lavinas. Transferência Condicionada de Renda, Saúde e Intersetorialidade: Lições do Programa Bolsa Família. Tese de doutorado. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2009.