

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

Jorginete de Jesus Damião Trevisani

Doutora em Saúde Pública. Sanitarista do Instituto de Nutrição Annes Dias, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Professor Assistente do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Endereço: Avenida Pasteur, 44, Botafogo, CEP 22290-240, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: jrdamiao@usp.br

Luciene Burlandy

Doutora em Saúde Pública. Professor Adjunto da Faculdade de Nutrição, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Endereço: Rua São Paulo, 30, 4. andar, Centro, Niterói, CEP 24015-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: burlandy@uol.com.br

Patricia Constante Jaime

Doutora em Saúde Pública. Professor Associado do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: constant@usp.br

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 isso, 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 desses fluxos foi recomposta por meio da análise de documentos governamentais e de relatos orais obtidos por meio 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. Nesse processo, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição assumiu o papel de empreendedora de políticas. A reflexão sobre esse 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 interaction 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 counterparts, 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.*

Keywords: 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 nesse 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 esse modelo que têm em comum a dificuldade de inserção desses programas em uma rede de proteção social (Fonseca e Roquete, 2005).

A compreensão da determinação social do processo saúde-doença direciona o olhar para 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 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 nos Campos 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 esse traço se reforça a partir da década de 1980. O foco dessas 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. Dessa forma, a integração com as ações de saúde reforça-se no âmbito do próprio desenho operacional dos programas. Esse 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 me-

canismos 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). Nesse 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 intersectorial. 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 dessas famílias nos serviços de saúde pode ser decorrente das iniquidades existentes nesse acesso e não por responsabilidade das famílias. Além disso, 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 desses direitos, gerando impacto positivo nas condições de saúde desse 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 colaboradores (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.

Nesse 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. Nesse 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 nesse estudo para recompor a trajetória desses 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, 2004b, 2004c, 2005a, 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, 2001b, 2001c). Para análise dos programas de alimentação e nutrição foram consultados os documentos oficiais, além de textos acadêmicos sobre esses programas (Brasil, 2005b, 2007a, 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; Zimmermann, 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

As condicionalidades de saúde na legislação e nos documentos técnicos

Os quadros 1 e 2 apresentam uma 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 a 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.º 2.509, de 18 de novembro de 2004, que trata das atribuições e responsabilidades na oferta e no 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 explícito no Decreto n.º 5.209 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 essa 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). Nesse 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 essas 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. Isso 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 desse 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 o fortalecimento de direitos já estabelecidos (ainda que esse 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). Zimmermann (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. 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. 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. |

(continua)

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

| Legislação | Definição | Objetivo | Consequências do descumprimento |
|--|--|---|---------------------------------|
| <p>Portaria Interministerial n.8 2.509, de 18 de novembro de 2004.</p> | <p>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.</p> <p>Assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde.</p> <p>I -para as gestantes e nutrizes, no que couber;</p> <p>a) 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 Ministério da Saúde;</p> <p>b) participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.</p> <p>II - para os responsáveis pelas crianças menores de 7 (sete) anos:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>III - informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastramento Único qualquer alteração no seu cadastro original objetivando a atualização do cadastro da sua família.</p> | <p>Elemento fundamental para a inclusão social das famílias.</p> <p>Melhoria das condições de saúde e nutrição de seus membros.</p> | <p>Sem referência</p> |

(continua)

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

| Legislação | Definição | Objetivo | Consequências do descumprimento |
|--|---|---|---|
| Portaria GM/MDS n 551, de 09 de novembro de 2005 | <p>Contrapartidas sociais que devem ser cumpridas pelo núcleo familiar para que possa receber o benefício mensal.</p> <p>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.</p> <p>— Na área de saúde:</p> <p>a) para as gestantes e nutrizes, no que couber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>b) para os responsáveis pelas crianças menores de 7 (sete) anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. | <p>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 social sustentável;</p> | <p>I - Bloqueio do benefício por 30 dias;</p> <p>II - Suspensão do benefício por 60 dias;</p> <p>III - Cancelamento do benefício.</p> <p>Parágrafo único. As sanções previstas neste artigo serão aplicadas pela SENARC, no âmbito de suas atribuições, podendo ser aplicadas cumulativamente.</p> <p>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. 38 desta Portaria.</p> <p>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. 38 desta Portaria.</p> <p>Art. 17. O cancelamento de benefício a que se refere o inciso III 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.</p> <p>6 18. O cancelamento do benefício terá os seguintes efeitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. |

(continua)

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

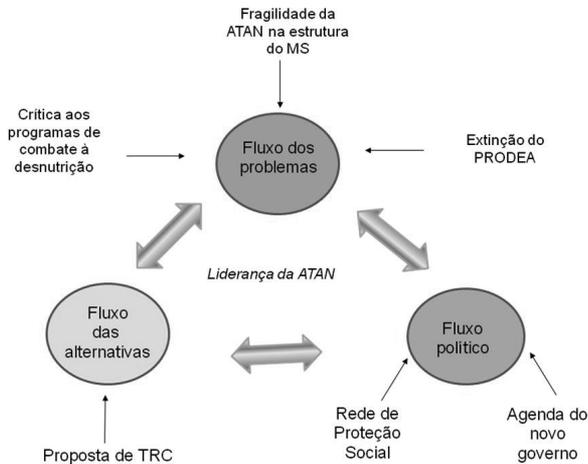
| Legislação | Definição | Objetivo | Consequências do descumprimento |
|--|--|---|--|
| Portaria GM/MDS n 321, de 29 de setembro de 2008 | <p>a) para as gestantes e nutrizes, no que couber, o comparecimento às consultas de pré-natal e a participação nas atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; e</p> <p>b) para as crianças menores de 7 (sete) anos, o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.</p> | <p>- 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.</p> | <p>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:</p> <p>I - advertência, no primeiro registro de descumprimento;</p> <p>II - bloqueio do benefício por um mês, no segundo registro de descumprimento;</p> <p>III - suspensão do benefício por dois meses, no terceiro registro de descumprimento;</p> <p>IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento; e</p> <p>V - cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento.</p> <p>As famílias beneficiárias do PBF, cujos adolescentes de 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos, que sejam beneficiários do BVJ, descumprirem as condicionalidades...</p> <p>I - advertência, no primeiro registro de descumprimento do adolescente;</p> <p>II - suspensão do BVJ por dois meses, no segundo registro de descumprimento do adolescente; e</p> <p>III - cancelamento do BVJ, no terceiro registro de descumprimento do adolescente.</p> <p>IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento; e</p> <p>V - cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento.</p> |

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) | <p>Para Gestantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Mãe ou responsável pelas crianças de 7 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 | <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 inclusão social) | <p>Publicações de apoio aos profissionais que trabalham junto às famílias cadastradas do Programa Bolsa Família:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Guia alimentar para crianças menores de dois anos - 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 <p>Outros temas... que podem ser abordados junto às famílias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene dos alimentos - Planejamento familiar |
| Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde (Brasil, 2007b) | <p>Compromissos que fortalecem a ação do Bolsa Família.</p> <p>Responsabilidades / Contrapartidas que devem ser cumpridas para que permaneçam recebendo o benefício</p> <p>Outras questões que aparecem:</p> <p>Direito Humano à Alimentação e Segurança Alimentar e Nutricional</p> | Compromissos que fortalecem a ação do Bolsa Família. | <p>Buscando oferecer informação adequada sobre alimentação saudável à todas as família do SUS, especialmente as beneficiárias do PBF.</p> <p>... promovendo hábitos alimentares saudáveis na busca do DHAA</p> |

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).



O fluxo dos problemas

No primeiro fluxo, o modelo busca analisar como as questões se transformam em problemas, quando despertam o interesse dos formuladores. Isso ocorre por três mecanismos, a saber: 1) indicadores; 2) eventos, crises e símbolos; 3) *feedback* das ações governamentais. Esses 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 desse processo deram lugar à Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. Por demanda desse 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 esse 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. Dessa 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 desse 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 dessa 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. Essa 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 desses 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 desses 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, conseqüentemente, realocar os recursos destinados ao programa.

Dessa 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 implementado no contexto que antecede à criação do PBF: o Programa Bolsa Escola - PBE, associado à Educação, ao auxílio gás, ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI e ao 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 Progreso 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 desses 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 desses 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 das 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.

Outro elemento apontado pelo modelo é composto das 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 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. Nesse 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, 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 essa 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 dessas 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.

Nesse 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.

Essa conformação teve impacto sobre o fortalecimento da Área Técnica de Alimentação e Nutrição, que cresceu em função da operacionalização do acompanhamento das responsabilidades 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 desse 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 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 de uma 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, essa mudança para a unificação dos programas causou o distanciamento desse setor na seleção dos beneficiários atendidos, uma vez que em geral essa 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 resistência. 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 essa 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, a Rosane Cunha, 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 a gente comprovou cabalmente na nossa pesquisa, que havia um apoio maciço dos beneficiados às condicionalidades. (Ex-representante do CONSEA.)

Considerações Finais

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 dessa função das condicionalidades está condicionada à oferta e à qualidade desses 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. Esse 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.

Esse é um dos pontos polêmicos em torno do desenho do PBF. As condicionalidades apresentam-se como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos. Por outro lado, esse desenho foi concebido à luz da visão neoliberal, que propõe intervenções focalizadas e compensatórias das desigualdades geradas pelo próprio modelo. Para Ugá (2004), essa 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 dessas famílias (Burlandy, 2007).

A reflexão sobre esse 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 dessas ações. A despeito disso houve resistência no setor saúde no processo de implementação dessas condicionalidades, que parece ter ocorrido no campo mais conceitual do que no técnico. No entanto, mecanismos de *policy feedback* parecem ter atuado na manutenção dessas contrapartidas.

Um aspecto importante aparece nesse 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 desse programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF. Sem dúvida, esse 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 entre essas áreas, visto que esse 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.

Apesar de não existirem metodologias universais para a 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 a 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). Essas características podem ser reconhecidas no momento em que se processaram as propostas de TCR no país. No delineamento do estudo, esse modelo demonstrou adequação à proposta em função das características do objeto em questão, que envolvia, entre outras questões, múltiplos níveis de decisão, intersectorialidade 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).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. 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 n° 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. p. 3.
- BRASIL. Decreto n° 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. p. 3.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 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. p. 41.
- BRASIL. Lei Ordinária n° 10.836 de 9 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. p. 1.
- BRASIL. Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei 10.836/2004 (Lei Ordinária) de 9 de janeiro de 2004, que cria o programa bolsa família, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 2004b. p. 3.
- 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 nov. 2004c. p. 58.

- 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. p. 117.
- 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, DF, 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. Portaria nº 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a Portaria GM/MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 set. 2008. p. 100.
- BURLANDY, L. *Comunidade solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 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, v. 12, n. 6, p. 1543-1552, 2007.
- BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, 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*, Cambridge, v. 5, n. 1A, p. 263-267, 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.; IBANES, 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, v. 52, n. 1, p. 53-83, 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*, Chicago, v. 298, n. 16, p. 1900-1910, 2007.
- LOUREIRO, J. P. *Lições político-institucionais do Programa Bolsa Família para países africanos: uma análise de Moçambique*. s.n.t. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/32P.pdf>>. Acesso em: 9 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. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 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. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1453-1462, 2007.
- PASQUIM, E. M. *Implementação dos programas bolsa escola, bolsa alimentação e cartão alimentação*. 2006. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 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 e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 52-68, 2007.
- PIERSON, P. Public policies as institutions. In: SHAPIRO, I. et al. (Ed.). *Rethinking political institutions*. New York: New York University Press, 2006. p. 114-134.
- PIRES, A. Bolsa Família e políticas públicas universalizantes: o caso de um município paulista. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 134, p. 341-366, 2008.
- RIVERA, J. A. et al. Impact of the Mexican Program for Education, Health and Nutrition (Progres) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 291, n. 21, p. 2563-2570, 2004.
- ROSA, T. R. S. Políticas públicas de combate à pobreza no Brasil: inovações e desafios. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DESENVOLVIMENTO CONTRA A POBREZA, 2008, Montes Claros. *Mediações teóricas técnicas e políticas*. Disponível em: <<http://www.coloquiointernacional.unimontes.br/2008/arquivos/15oterezaraquelsilveirarosa.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2009.
- SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 104-108, 2000.
- SENN, M. C. M. et al. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007.
- SOUZA, C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 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*. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) - Instituto de Ciência Política da UnB, Brasília, DF, 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*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, 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, v. 3, n. 4, p. 144-159, 2006.

Recebido em: 06/08/2010

Reapresentado em: 22/08/2011

Aprovado em: 12/12/2011