

Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde

Family Allowance Program and the follow-up of the conditions related to the health field

Mônica de Castro Maia Senna

Doutora em Ciências em Saúde Pública-Campus Universitário do Gragoatá, São Domingos, Niterói/RJ, Brasil.

monica.senna@globo.com

André Augusto Brandão

Cientista Social, Doutor em Ciências Sociais-Campus Universitário do Gragoatá, São Domingos, Niterói/RJ, Brasil.

aapbuff@globo.com

Salette Da Dalt

Doutora em Política Social; Pesquisadora DataUFF- Núcleo de Pesquisas da Universidade Federal Fluminense/RJ.

salette@datauff.uff.br

Resumo: Este artigo consolida resultados de uma pesquisa realizada em dez municípios brasileiros, que buscou analisar a dinâmica de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. A ideia central consistiu em abordar variáveis que poderiam afetar o desempenho municipal na gestão do programa, tais como: porte populacional e magnitude da população a ser coberta; estrutura e capacidade técnico-gerencial dos municípios; oferta e organização da Atenção Básica em Saúde e arranjos intersetoriais.

Palavras-chave: Transferência condicionada de renda. Implementação. Bolsa Família. Saúde. Condicionalidades.

Abstract: This article consolidates results from a research carried out in ten Brazilian cities. The research analyzed the dynamic of the follow-up of the conditions related to the health field of the Family Allowance Program. The central idea was to approach the variables that could affect the City Hall performance in managing the program, such as: population size, magnitude of the population to be attended, the structure and both the technical and managing capacity of the each one of the City Halls analyzed, the offer and organization of the Primary Health Care and sector arrangements.

Keywords: Conditional cash transfer. Implementation. Family Allowance Program. Health. Conditions.

Introdução

Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) têm ocupado lugar de destaque na agenda governamental dos países latino-americanos desde os anos 1990. Imersos no *trade off* entre a consolidação dos processos de redemocratização em curso nesses países e o enfrentamento da crise econômica que assolou o mundo capitalista ocidental a partir dos anos 1970, os PTCR foram difundidos como uma das principais estratégias de combate à pobreza na região, associando a transferência monetária dirigida a famílias pobres à exigência de contrapartidas dos beneficiários, em geral nas áreas de saúde e educação.

O Brasil possui o maior PTCR da região (Cecchini, 2013): informações disponíveis na página virtual do MDS indicam que em dezembro de 2014 o Programa Bolsa Família (PBF) atingia 14 milhões de famílias e mobilizava um montante financeiro na ordem de 2,3 bilhões de reais (Brasil, MDS, 2015). Assim como boa parte de seus congêneres latino-americanos, o PBF tem como foco as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, assim definidas de acordo com determinado corte de renda familiar *per capita*. O Programa assenta-se sobre três pilares centrais: a *transferência de renda*, de forma a possibilitar alívio imediato da pobreza; as *condicionalidades*, com a perspectiva de reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social; e os *programas complementares*, que visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade e possam romper o ciclo intergeracional de reprodução da pobreza (Brasil, MDS, 2010).

As condicionalidades têm suscitado um intenso debate na literatura especializada, dividindo opiniões entre analistas, gestores, profissionais, movimentos sociais e opinião pública. Os termos desse debate apontam, em linhas gerais, para questões como a (in)compatibilidade das condicionalidades com a lógica dos direitos de cidadania (Lavinias, 2013), argumentos éticos e políticos em torno de concepções sobre dever moral dos pobres (Medeiros, Britto e Soares, 2007) ou mesmo a pertinência e/ou adequação do tipo de condicionalidades aos objetivos enunciados pelo programa (Idem).

Sem desconsiderar esse debate, o fato é que estudos avaliativos recentes indicam efeitos positivos do PBF, dentre os quais a contribuição para a redução

da pobreza e da desigualdade de renda (Soares, 2006) e da mortalidade infantil (Rasella et al., 2013), bem como para o aumento da renda, do nível educacional¹ (Oliveira e Soares, 2013), do emprego (Oliveira et al., 2007), do consumo de alimentos (Lignani et al., 2011) e bens duráveis no país.

A gestão e o acompanhamento das condicionalidades do PBF envolvem um complexo mecanismo institucional que demanda a articulação dos três entes federativos (União, estados e municípios) e diferentes setores (saúde, educação e assistência social), mobilizando diversos atores sociais. Cabe aos municípios operacionalizar as ações relacionadas à gestão das condicionalidades, tais como a oferta dos serviços, o registro dos acompanhamentos, o desenvolvimento de ações para localização de famílias e a realização de visitas domiciliares e do trabalho socioassistencial com os beneficiários do programa.

Na educação, o percentual de acompanhamento das condicionalidades é considerado alto (mais de 90% em novembro de 2014) e tem se mantido relativamente constante ao longo do tempo, com pequenas variações entre os municípios, conforme informações disponíveis na página virtual do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O conteúdo das condicionalidades de educação (frequência escolar mínima de 85% para crianças de zero a quinze anos e acima de 75% para jovens de dezesseis e dezessete anos de idade) e o caráter rotineiro do registro da frequência escolar antes mesmo da implantação do PBF, aliados ao aprendizado com o Programa Bolsa Escola que antecedeu o Bolsa Família, podem ser considerados os fatores que contribuem para esse elevado índice de acompanhamento das condicionalidades da educação.

Já na saúde — em que as condicionalidades dizem respeito ao acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos de idade, realização de pré-natal e puerpério para gestantes e participação em atividades educativas sobre aleitamento e alimentação saudável —, o percentual de acompanhamento tem se mostrado bem mais baixo, com tendência de aumento em anos recentes. Em 2005, esse percentual para o Brasil

1. Neste campo em específico há controvérsias entre os analistas. Análises de fundo quantitativo têm apontado impactos positivos referentes à frequência escolar, à evasão e à progressão. Já análises qualitativas que investigam diretamente os docentes da educação fundamental não têm identificado impactos na progressão (Brandão, Pereira e Dalt, 2013).

era de 31,24%, passando a 68,42% em 2010 e atingindo 75,25% em 2014, com variações nos municípios. Esse aumento pode ser creditado, em parte, aos esforços decorrentes do acordo estabelecido no ano de 2011, através da qual os entes federativos se comprometeram a garantir que ao menos 73% das famílias com perfil saúde fossem acompanhadas pela Atenção Básica (Brasil, MS, 2011).

Diante desse quadro, este artigo pretende analisar a dinâmica de acompanhamento das condicionalidades de saúde a cargo dos municípios, buscando identificar os fatores que incidem no percentual de acompanhamento atingido. A ideia central é abordar algumas variáveis que poderiam, hipoteticamente, afetar o desempenho municipal na gestão do programa, tais como: porte populacional e magnitude da população a ser coberta; estrutura e capacidade técnico-gereencial dos municípios; oferta e organização da Atenção Básica em Saúde; arranjos intersetoriais e estratégias desenvolvidas.

Material e métodos

Para a compreensão do processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde no âmbito municipal, desenvolvemos uma pesquisa de caráter especificamente qualitativo, que tomou como base empírica dez municípios brasileiros, dois de cada grande região do país. Essa pesquisa foi desenvolvida pelo Datauff (Núcleo de Pesquisas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense) para a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Os dez municípios foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias com perfil saúde, porte populacional e região geográfica. Em cada região foram selecionados um município acima e outro abaixo do percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde condizentes com a meta definida pelo Pacto pela Saúde 2011. Buscou-se, desse modo, contemplar a diversidade de realidades locais. Cabe destacar que esses municípios apresentavam os mesmos resultados ao longo dos últimos três anos, caracterizando certa regularidade no percentual de acompanhamento. O quadro 1 sintetiza as principais características dos municípios estudados.

Quadro 1. Municípios do estudo. Informações selecionadas

Região	Município	Porte populacional	Habitantes*	Nº de famílias PBF**	Famílias com perfil saúde**	% de acompanhamento
S	Bom Jesus do Oeste (SC)	Pequeno	2.132	104	87	> 73%
S	Riozinho (RS)	Pequeno	4.330	159	77	< 73%
CO	Nova Santa Helena (MT)	Pequeno	3.468	236	150	> 73%
CO	Nova Alvorada do Sul (MS)	Pequeno	16.432	881	570	< 73%
N	Macapá (AP)	Grande	398.204	23.830	20.011	< 73%
N	Manacapuru (AM)	Médio	85.141	10.588	8.408	> 73%
NE	São Cristóvão (SE)	Médio	78.864	9.748	7.021	> 73%
NE	Camaçari (BA)	Grande	242.970	23.933	20.144	< 73%
SE	Belo Horizonte (MG)	Metrópole	2.375.151	69.807	56.623	> 73%
SE	Campinas (SP)	Metrópole	1.080.113	26.186	22.300	< 73%

* Fonte: IBGE. Censo demográfico 2010.

** Informações referentes ao ano de 2012. Fonte: MDS, Datasus.

Além de coleta de dados secundários junto ao IBGE, ao Datasus e ao MDS, foram feitas entrevistas com gestores municipais, seguindo um roteiro semiestruturado preestabelecido. Em cada um dos municípios da amostra do estudo foram entrevistados os seguintes informantes: o gestor municipal do PBF ou representante da gestão por ele indicado; o coordenador do PBF na saúde e coordenadores de Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde consideradas tradicionais, conforme o modelo de atenção à saúde existente em cada município. O trabalho de campo foi realizado no período de julho a setembro de 2012. No total foram realizadas 57 entrevistas em profundidade, as quais foram transcritas e sistematizadas, sendo posteriormente realizada análise de conteúdo do tipo temático (Bardin, 1988).

Porte populacional e cobertura do PBF

É razoável supor que o acompanhamento das condicionalidades do PBF seja afetado pelo porte dos municípios. Estima-se que nos municípios maiores, especialmente nos grandes centros urbanos, essa dinâmica de acompanhamento seja revestida de grande complexidade, configurando um conjunto de desafios que dificultam a gestão municipal do PBF. Isto porque o número de beneficiários a ser atingido, em termos absolutos, tende a ser bastante elevado, sobretudo se for considerada a tendência de metropolização da pobreza, tal como analisado por estudos como o de Rocha (2003). Associado a isso, nesses municípios maiores a cobertura das ações previstas pelo PBF exige oferta e estrutura consideráveis de serviços sociais e de saúde capazes de atender a seu público-alvo.

Em que pesem tais considerações, na amostra do estudo realizado não se verificou, contudo, uma associação direta entre porte do município e desempenho no acompanhamento das condicionalidades do PBF. É bem verdade que a seleção da amostra procurou contemplar diferentes portes populacionais e percentuais de acompanhamento das condicionalidades da saúde. Nessa perspectiva, a seleção permitiu observar a existência de pequenos municípios em que o acompanhamento dessas condicionalidades está abaixo da meta, bem como metrópoles com índice de acompanhamento acima do percentual pactuado, o que permite inferir que o porte populacional não constitui, pelo menos por si só, uma variável explicativa para o desempenho municipal na gestão das condicionalidades de saúde.

Nos municípios menores, em especial naqueles marcadamente rurais, a distribuição dispersa da população pelo território municipal e a grande distância entre os equipamentos sociais e as residências dos beneficiários daí decorrentes são dificuldades comumente referidas, mesmo naqueles que apresentam alto percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde, como Bom Jesus do Oeste. Já nos grandes centros urbanos e nas metrópoles, a intensa mobilidade territorial da população é uma variável que confere grande complexidade à dinâmica de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, dificultando a localização das famílias e o planejamento das ações.

Esse aspecto é mencionado em quase todos os municípios de médio e grande porte e nas metrópoles.

Em Manacapuru e Macapá, a mobilidade geográfica apresenta especificidades sazonais, relacionadas, sobretudo, ao período de cheias na região, o que afeta o processo de acompanhamento das famílias. Em Camaçari, a condição de importante polo petroquímico na América Latina tem se constituído em fator de atração de mão de obra do estado e de outras regiões do país, transformando a localidade em forte área de migração, o que se faz acompanhar de uma série de demandas sociais associadas a uma intensa mobilidade geográfica.

Além disso, as metrópoles e municípios de grande porte enfrentam intensa mobilidade territorial intramunicipal, principalmente entre a população mais pobre, com repercussões na localização das famílias beneficiárias. Também nesses municípios a violência urbana foi uma dificuldade no processo de acompanhamento das condicionalidades, referida sobejamente por municípios situados em regiões metropolitanas, como São Cristóvão e Belo Horizonte.

Capacidade gerencial e estrutura de gestão do PBF nos municípios

Disparidades inter e intrarregionais são características marcantes da federação brasileira e se expressam não apenas em termos econômicos e sociais, mas também em distintas capacidades técnico-gerenciais dos governos municipais para prover e gerir serviços sociais (Souza, 2002). No caso do PBF, o próprio desenho do programa exige dos municípios forte investimento na estrutura e no processo de gestão e operação do cadastramento e acompanhamento das condicionalidades das famílias beneficiárias.

Em todos os municípios estudados, a gestão do PBF contava com uma coordenação municipal, na maioria dos casos vinculada à Secretaria Municipal de Assistência Social ou órgão similar. As exceções são os dois municípios da região Sul — Bom Jesus do Oeste e Riozinho, ambos de pequeno porte populacional. No caso de Bom Jesus do Oeste, existe uma única Secretaria Municipal para as pastas de Saúde e Assistência Social, o que é justificado pelo número de habitantes e pela estrutura de serviços existentes (uma equipe de Saúde

da Família e um Cras, com cobertura de 100% da população). Essa estrutura facilita o desenvolvimento das ações do PBF, na medida em que contribui para estabelecer uma forte integração entre a coordenação do Programa e o conjunto de profissionais que atuam no PBF.

Já Riozinho, no momento da coleta de dados, passava por mudanças na sua estrutura administrativa, com desmembramento recente das Secretarias de Saúde e de Assistência Social. Nesse processo, a coordenação do PBF ficou a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, o que pode ser explicado, em alguma medida, pela baixa institucionalidade da área da assistência social na localidade. De fato, nesse município somente em 2009 a política de assistência social foi municipalizada, e o executivo municipal não dispunha de nenhum equipamento público nessa área. Cabe ainda destacar que no município de Macapá, a coordenação do PBF ficava a cargo da Secretaria Municipal de Educação até o início de 2012, quando a gestão municipal do Programa foi transferida para a Secretaria de Assistência Social.

A vinculação institucional do PBF à área de assistência social segue uma recomendação prevista no próprio desenho do Programa, ainda que experiências prévias de implementação de programas municipais ou nacionais de transferência de renda, como o Programa Bolsa Escola e o Programa Bolsa Alimentação, tenham prescindido de uma atuação mais efetiva da área de assistência social.

Nos diversos municípios do estudo, foram observados distintos perfis dos coordenadores do Programa, tanto em termos de escolaridade quanto de vínculo empregatício com o município. A maior parte dos coordenadores possui nível superior, alguns com especialização. São nutricionistas, assistentes sociais, administradores, psicólogos. Em três municípios — São Cristóvão, Nova Alvorada do Sul e Riozinho — os coordenadores possuem escolaridade de nível médio. Já em relação ao vínculo, há tanto profissionais concursados quanto contratados por cargo comissionado.

Esses perfis distintos parecem não afetar o desempenho municipal em relação ao Programa, uma vez que tanto municípios com índices de acompanhamento das condicionalidades de saúde acima da meta, quanto aqueles com índices abaixo, apresentam quadros distintos de coordenadores quanto a esse perfil.

Um ponto a destacar é a rotatividade dos profissionais nos cargos de gestão tanto na área da saúde quanto na da assistência social. Se a descontinuidade administrativa é historicamente uma marca da gestão pública municipal no Brasil, essa rotatividade é ainda mais intensa em anos eleitorais. Dos municípios com desempenho no acompanhamento das condicionalidades abaixo da meta, apenas em Campinas o mesmo profissional ocupava a coordenação do Programa desde sua implantação. Em Nova Alvorada do Sul, o tempo de ocupação do cargo era de três anos, enquanto nos demais esse tempo era inferior a um ano.

Inversamente, os municípios que ultrapassaram a meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde contavam com maior tempo de permanência dos gestores no cargo. Alguns exerciam a função desde a implantação do PBF em 2004, como em Nova Santa Helena, Bom Jesus do Oeste e Belo Horizonte. Esse aspecto tende a corroborar a hipótese de que o tempo de gestão e a (des)continuidade administrativa interferem no desempenho municipal da gestão do Programa.

Na maior parte dos municípios, o cargo de coordenador do PBF é exclusivo. Apenas nos municípios pequenos de Nova Santa Helena, Bom Jesus do Oeste e Riozinho é que o coordenador do Programa acumula outras funções, principalmente junto ao Cras. Nos grandes centros urbanos, como Campinas e Belo Horizonte, a estrutura de coordenação do PBF articula outros programas de transferência de renda.

Também nesses dois municípios há uma estrutura bastante complexa de coordenação do PBF, envolvendo outros setores do nível central de governo e estruturas descentralizadas ou regionais, necessárias para atender o grande contingente de famílias beneficiárias do PBF e cobrir a ampla extensão territorial dessas cidades.

Além do coordenador do PBF, todos os municípios contam com pelo menos dois profissionais envolvidos na gestão do Programa. Parece haver uma correspondência entre o número de profissionais envolvidos na gestão do PBF e o porte dos municípios. Entre os municípios que informaram ter de dois a quatro técnicos envolvidos na gestão do PBF, apenas Manacapuru possui população entre 50 mil e 100 mil habitantes. Todos os demais têm população inferior a 20 mil habitantes. Já os grandes centros urbanos, sobretudo as

metrópoles de Belo Horizonte e Campinas, possuem uma estrutura de coordenação mais ampla.

Em termos de estrutura física, o PBF conta com espaços físicos para a coordenação do Programa e para a realização do cadastramento e atualização cadastral. Nos municípios de pequeno porte, em geral esses espaços são compartilhados com outros setores, principalmente os Cras. Já municípios de grande porte contam com instalações maiores e específicas para a gestão do Programa.

Insuficiência de computadores e de recursos humanos para operar os diversos sistemas de informação não foi uma dificuldade referida pelos municípios estudados. No entanto, cabe destacar que os de pequeno porte contam com reduzido número de equipamentos de informática e de digitadores, que em geral se restringem ao pessoal que atua na coordenação do Programa e na gestão do Cadastro Único. Belo Horizonte e Campinas, ao contrário, contam com um extenso aparato, em que o processo de informatização se estende às unidades de saúde, às escolas e aos Cras que desenvolvem ações do PBF. No entanto, dificuldades na operação dos sistemas computacionais são frequentemente referidas pelos municípios, mesmo nas metrópoles. Parte dessas dificuldades está relacionada à lentidão na operação dos sistemas *on-line*.

Todos os municípios do estudo recebem recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) e foram unânimes ao informar que os mesmos são aplicados no aperfeiçoamento dos processos de cadastramento e acompanhamento das condicionalidades de saúde. O IGD foi instituído pelo MDS em 2009, com o objetivo de melhorar a qualidade da gestão do PBF nos municípios. Trata-se de um indicador calculado com base na cobertura e na atualização dos cadastros e nas informações sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde e de educação, através do qual são repassados recursos financeiros aos municípios. Desse modo, cumpre destacar que o IGD constitui importante mecanismo de indução do governo federal para a convergência de ações direcionadas ao Programa, contribuindo para o estabelecimento de parâmetros nacionais de sua implementação no território brasileiro.

Os principais gastos do IGD referidos pelos municípios foram relacionados à compra de equipamentos de informática e demais suportes computacionais; contratação de pessoal para digitação de informações nos sistemas e

acompanhamento das condicionalidades; treinamento/capacitação profissional, incluindo aquisição de equipamentos e materiais para cursos de capacitação e compra de veículos para a realização de visitas domiciliares.

Seis dos dez municípios estudados informaram que a coordenação do PBF participa do processo decisório em torno da alocação dos recursos do IGD. Esse número é maior entre os municípios que ultrapassaram a meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde e demonstra tendência de investimento na própria qualificação do Programa. Por outro lado, o controle social sobre esses recursos é bastante incipiente. Apenas quatro municípios (Nova Santa Helena, Campinas, Macapá e Riozinho) informaram que o Conselho Municipal de Assistência Social participa das decisões sobre a aplicação do IGD.

Esses resultados demonstram que o processo decisório em torno dos recursos do IGD ainda fica concentrado no nível hierárquico mais alto da gestão municipal, com pouca interferência dos demais atores envolvidos com o Programa, contrariando recomendação presente nos informativos da Senarc/MDS.

Oferta e organização da Atenção Primária à Saúde

O processo de acompanhamento das condicionalidades previstas no PBF requer uma complexa estrutura institucional capaz de envolver, de forma integrada e articulada, diferentes setores governamentais, seja no âmbito da gestão do Programa, seja na sua operacionalização. O desenho do PBF prevê que sejam instituídos, pela gestão municipal, comitês gestores intersetoriais, compostos minimamente por representantes das áreas de assistência social, educação e saúde no município.

Todos os dez municípios estudados possuíam responsáveis setoriais do PBF. No entanto, apenas dois (Nova Santa Helena e Belo Horizonte) possuíam Comitê Gestor Intersetorial, tal como preconizado pelas normas do Programa. Cabe destacar que todos os municípios dessa pesquisa que ultrapassaram a meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde possuem processos consolidados de articulação intersetorial envolvendo as três áreas — saúde, educação e assistência social — com reuniões sistemáticas e planejamento conjunto das ações relativas ao Programa, o que indica uma correlação positiva entre

articulação intersetorial e acompanhamento das condicionalidades de saúde. Se, por um lado, o desenho do PBF contribui para induzir o processo de integração de diferentes setores, como demonstra a experiência de municípios como Nova Santa Helena, por exemplo, por outro lado o próprio Programa se beneficia de experiências anteriores de articulação intersetorial.

Nessa perspectiva, Belo Horizonte é um caso exemplar. A intersectorialidade se constitui, em verdade, em um princípio orientador do processo de gestão da cidade e, neste sentido, existem diferentes estruturas e instâncias de articulação intersetorial, que vão desde o mais alto escalão das secretarias municipais até os fóruns locais, passando ainda pelas administrações regionais do município. Essa forma de gerir o município traz grandes contribuições para o desenvolvimento das ações do PBF, ao possibilitar o esforço cooperativo entre diferentes setores e a adesão de gestores e profissionais ao Programa.

A estrutura da coordenação do PBF na saúde sofre variações entre os municípios. Em geral, essa coordenação conta com um profissional da área de saúde (enfermeiro, nutricionista ou assistente social) auxiliado por servidores administrativos (via de regra, um ou dois servidores). Em um único município (Riozinho) essa coordenação do Programa é desenvolvida por apenas um profissional de saúde de nível médio. Nos municípios de pequeno porte, o responsável pelo PBF na saúde acumula outras funções no próprio setor.

Apesar dessas variações, observa-se que todos os municípios estudados tentam responder às exigências de acompanhamento das condicionalidades de saúde postas pelo desenho e pelas normatizações do PBF. Ainda que as estratégias utilizadas nos municípios também variem consideravelmente, é possível constatar que todos eles, à exceção de Riozinho, seguem os padrões definidos pelo Ministério da Saúde quanto à impressão dos mapas de acompanhamento a cada vigência. Em geral, esses mapas são separados de acordo com os endereços das famílias beneficiárias e distribuídos nas unidades de saúde conforme sua área de abrangência. Os três municípios onde essa separação dos mapas por endereço não foi referido são os de pequeno porte — Bom Jesus do Oeste, Riozinho e Nova Alvorada do Sul —, nos quais uma única unidade de saúde cobre a totalidade da população municipal.

As unidades básicas de saúde encarregam-se das atividades de acompanhamento das condicionalidades e do registro das informações. Nos municípios

maiores e com maior capacidade técnica, o processo de digitação das informações é feito nas próprias unidades de saúde, como ocorre em Belo Horizonte e Campinas. Nos municípios menores, a digitação é feita no setor responsável pelas informações em saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, podendo contar ou não com o apoio da coordenação municipal do PBF.

Alguns desses municípios enfrentam dificuldades na digitação do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Isto ocorre por dois motivos. Ou a digitação é realizada apenas tardiamente, ao final da vigência; ou a Secretaria Municipal de Saúde não consegue efetuar o conjunto da digitação por falta de profissionais. A estratégia adotada para agilizar esse processo tem sido, via de regra, a contratação de digitadores especificamente para esse fim ou a cessão temporária desses profissionais pela Coordenação Municipal do PBF.

Nos municípios que ultrapassaram a meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde, observa-se que o processo de captação das famílias beneficiárias e acompanhamento das condicionalidades está fortemente associado ao modelo de organização dos serviços de saúde. Trata-se, em geral, de municípios com ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos quais as ações de imunização e controle do cartão vacinal, acompanhamento pré-natal e do crescimento e desenvolvimento infantil fazem parte do cardápio das ações prioritárias da Atenção Básica em Saúde. Nesses municípios, os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam visitas domiciliares regulares ao conjunto de famílias — beneficiárias ou não do PBF — para identificação, orientação e encaminhamento à unidade de saúde. Em alguns desses municípios, os ACS utilizam balanças portáteis para pesar e medir as crianças em suas próprias residências.

Alguns municípios abaixo da meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde reservam um período da vigência para atendimento exclusivo aos beneficiários do PBF. Em Nova Alvorada do Sul, por exemplo, a cada semana, um dia do atendimento na unidade de saúde é dedicado exclusivamente aos beneficiários do PBF com perfil saúde. Em Macapá, as equipes do Nasf são acionadas para melhorar o desempenho do município no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Essas estratégias apontam que o acompanhamento das condicionalidades do PBF acaba se configurando de forma paralela à atenção à saúde. A preocupação em atingir a meta de acompanhamento parece ser o objetivo principal dessas estratégias.

Nos municípios onde a Estratégia Saúde da Família convive com unidades básicas de saúde conforme o modelo tradicional é recorrente a percepção de que os índices de acompanhamento das condicionalidades são maiores nessas áreas do que nas atendidas pelo modelo tradicional.

Mais do que o percentual de cobertura da ESF, o que interfere no desempenho municipal em torno do processo de acompanhamento das condicionalidades é o nível de organização da Atenção Básica em Saúde, em especial da ESF. À exceção de Campinas, onde o percentual de acompanhamento tem ficado abaixo da meta, todos os municípios acima da meta de 73% de acompanhamento das condicionalidades são aqueles onde a Atenção Primária à Saúde tem logrado êxito em termos da qualidade da atenção prestada ao conjunto da população.

As diferenças de desempenho municipal no acompanhamento das condicionalidades estão associadas também à forma como os gestores e profissionais envolvidos concebem e valorizam essas ações. Naqueles municípios acima da média de acompanhamento, esse processo é percebido como parte integrante da própria implementação cotidiana da atenção à saúde, ou estratégia importante para captação de famílias em situação de extrema vulnerabilidade social.

Já nos municípios abaixo da meta, é possível observar que o cumprimento das condicionalidades se reveste de uma concepção burocrática, sobretudo por estar associada à possibilidade de perda de recursos do IGD para o município. Em Camaçari, por exemplo, a coordenação municipal do PBF atribui exclusivamente ao setor de saúde a responsabilidade pela perda de recursos em função do baixo percentual de acompanhamento das famílias.

Sob o risco de perder recursos financeiros, esses municípios passam a adotar estratégias específicas para aumento desse percentual, entre elas a realização de mutirões voltados para a aferição antropométrica das famílias beneficiárias e organização de campanhas de imunização.

Campinas é um caso específico. Apesar do bom desempenho do município na atenção à saúde em geral, foi possível verificar resistências de gestores e profissionais de saúde às condicionalidades do PBF. Tais resistências derivam, em grande parte, da concepção desses atores sobre o Programa e as condicionalidades, o que contribuiu para explicar em grande medida o baixo desempenho do município no acompanhamento das condicionalidades de saúde.

A existência prévia de uma experiência municipal bem-sucedida de programa de transferência de renda sem condicionalidades — o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRM) —, uma das pioneiras no Brasil dos anos 1990, contribuiu enormemente para as resistências encontradas, pois o legado desse programa foi alterado em função do PBF.

Um fato que merece destaque diz respeito à complexidade do acompanhamento das condicionalidades de saúde, que depende da atualização das informações cadastrais de endereço das famílias, de um significativo esforço de busca ativa das mesmas e de sistemas de informação capazes de identificar e registrar os atendimentos realizados.

Sobre esse aspecto, o conjunto de municípios estudados apontou dificuldades relacionadas ao registro de endereços nos sistemas de informações, o que gera inconsistências e dificuldades de localização das famílias a serem acompanhadas. Chama a atenção também o fato de o processo de registro das informações referentes ao acompanhamento das condicionalidades de saúde se revelar bem mais complexo do que na área da educação. Nesse sentido, Lindert et al. (2007) apontam que as exigências de coleta e de consolidação das informações de saúde no nível municipal, e posteriormente em uma base de dados nacional, são mais complexas do que aquelas relativas aos dados educacionais. Segundo os autores, isto se explica pelo fato de que os dados de saúde são consolidados com menos frequência nos municípios e o sistema de saúde é muito mais fragmentado do que o de educação.

Associam-se a isso aspectos como a intensa mobilidade geográfica da população, notadamente nos grandes municípios, o que repercute na localização e no acompanhamento das famílias. Nesses municípios de maior porte, variáveis relacionadas à violência urbana configuram dificuldades adicionais para o acompanhamento das condicionalidades. A magnitude das famílias a serem acompanhadas e a insuficiência de serviços sociais e de saúde também afetam o desempenho dos grandes municípios no acompanhamento dessas condicionalidades. Já nos municípios de pequeno porte e predominantemente rurais, aspectos como acessibilidade aos serviços e a dispersão geográfica da população também interferem no desempenho quanto ao acompanhamento das condicionalidades.

Em nossa pesquisa, em todos os municípios em que o percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde ultrapassou a meta, o des-

cumprimento por parte das famílias beneficiárias, quando existente, é concebido como um indicador de intensa vulnerabilidade social e impõe a necessidade de construção de estratégias interventivas para a proteção das famílias.

Nesse sentido, a articulação intersetorial se faz extremamente necessária. A existência prévia de ações integradas envolvendo as áreas de saúde, educação e assistência social tende a contribuir para o alcance de uma boa cobertura e qualidade do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Em alguns dos municípios estudados, o próprio desenho do PBF induziu a instituição de instâncias e mecanismos de coordenação intersetorial, como a criação do Comitê Gestor Intersetorial do PBF em Manacapuru. Em outros, com destaque para Belo Horizonte, o processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde tem se beneficiado de experiências já consolidadas de articulação intersetorial, conforme já mencionado.

Um ponto que merece destaque é a baixa institucionalidade da área de assistência social ainda presente na grande maioria dos municípios objetos de nosso estudo. Apesar de sua gestão estar vinculada diretamente às Secretarias Municipais de Assistência Social (ou similar), o PBF conta ainda com pouca participação dos Cras na sua implementação, pelo menos na maior parte dos municípios aqui estudados. Tal fato contribui para os constrangimentos à adoção de estratégias de vinculação das famílias beneficiárias a uma rede mais ampla de proteção social.

Considerações finais

O PBF conta com uma extensa consolidação de normas e mecanismos de indução federais, os quais contribuem para criar parâmetros nacionais para implementação do Programa, moldando, em grande medida, o processo de condução do PBF no nível municipal. É preciso considerar, por outro lado, que os municípios imprimem características específicas a esse processo, resultantes de uma complexa dinâmica envolvendo diversos atores sociais. Tal dinâmica é fortemente condicionada pelas diferentes capacidades políticas e institucionais presentes nesse nível de governo.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde reveste-se de grande complexidade, envolvendo diferentes setores governamentais e diversos atores sociais em sua implementação. Se aspectos demográficos, socioeconômicos e geográficos interferem nesse processo, este artigo buscou salientar características político-institucionais que afetam o desempenho municipal no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Nesse sentido, duas ordens de questões merecem destaque.

Em primeiro lugar, cumpre realçar que as ações previstas pelas condicionalidades de saúde fazem parte do rol de atividades que integram a rotina da Atenção Primária à Saúde, como imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos de idade e pré-natal. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal no acompanhamento das condicionalidades de saúde depende da qualidade da Atenção Básica. Onde esta é adequadamente desenvolvida, a integração entre as condicionalidades do PBF e as demais ações de saúde pode ser percebida de forma plena. Já onde a Atenção Básica é pouco articulada, o processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde paira como uma tarefa a mais, deslocada do conjunto da política de saúde.

Além disso, há que se considerar que os municípios que conseguem, de fato, promover a integração intersetorial são aqueles que apresentaram percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde acima da meta, provando ser esse um elemento indispensável ao sucesso do desempenho municipal na gestão das condicionalidades da saúde.

De qualquer forma, é notório que o desenho de qualquer programa social, tal como definido pelos seus formuladores, dificilmente poderá ser implementado da forma prevista. Isto porque, como nos lembra Arretche (2001), a forma que o Programa adquire, quando colocado em funcionamento, depende das possibilidades dos implementadores, que em geral carregam limitações desconhecidas do formulador.

Assim, quando não existem as condições institucionais (de ordem material ou política) para que seja seguido o que fora inicialmente definido, os implementadores são levados a “improvisar” (Arretche, 2001). Ou seja, o caminho possível é o da adaptação do desenho às possibilidades e características concretas. Nessa direção, quem efetivamente “faz” a política não é o formulador desta, mas sim aqueles que a implementam.

Como vimos na pesquisa, nos municípios estudados, esse campo do acompanhamento e registro das condicionalidades de saúde não escapa da condição de improvisação acima referida. No entanto, o maior sucesso está associado a duas variáveis que reduzem os limites do improviso: uma Atenção Básica à saúde bem organizada e uma lógica de trabalho intersetorial já consolidada. Ambas transformam parte substancial dos elementos que compõem o desenho do acompanhamento das condicionalidades de saúde em rotina cotidiana da gestão pública do PBF.

Recebido em 20/7/2015 ■ Aprovado em 19/10/2015

Referências bibliográficas

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: PUC-SP, 2001.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1988.

BRANDÃO, André; PEREIRA, Rita; DALT, Salette da. Programa Bolsa Família: percepções no cotidiano da escola. *Política e Trabalho*, Fortaleza, n. 38, p. 215-232, abr. 2013.

BRASIL, MDS (Ministério do Desenvolvimento Social). *Bolsa Família: cidadania e dignidade para milhões de brasileiros*. Brasília: MDS, 2010.

_____. Relatório de Informações Sociais Bolsa Família e Cadastro Único. Brasília: MDS, 2015. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/index.php>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. *Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CECCHINI, S. Transferências condicionadas de renda na América Latina e Caribe: da inovação à consolidação. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Ipea, 2013. p. 369-396.

LINDERT, K et al. The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família Program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. In: WORLD BANK. *Social Protection Discussion Paper*, n. 709, 2007.

LAVINAS, L. 21st Century Welfare. *New Left Review*, n. 84, p. 5-40, 2013. Disponível em: <<http://newleftreview.org/II/84/lena-lavinas-21st-century-welfare>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

LIGNANI, J. D. B. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutrition*, n. 14, p. 785-792, 2011.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 79, p. 5-21, 2007.

OLIVEIRA, A. M. H. C. D. et al. Primeiros resultados da análise da linha de base da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família. In: VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. (Orgs.). *Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados*. Brasília: MDS, 2007.

OLIVEIRA, L. F. B. D.; SOARES, S. S. D. *O impacto do Programa Bolsa Família sobre a repetência: resultados a partir do Cadastro Único, Projeto Frequência e Censo Escolar*. Rio de Janeiro, 2013. (Texto para Discussão, n. 1814.) Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1814a.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

RASELLA, D. et al. Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a mortalidade em crianças: uma análise nos municípios brasileiros. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Ipea, 2013. p. 247-396.

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

SOARES, S. Análise de bem-estar e decomposição por fatores da queda na desigualdade entre 1995 e 2004. *Revista Econômica*, Niterói, v. 8, n. 1, p. 83-115, 2006.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.