

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: AMPLIANDO REDES, CONSTRUINDO POSSIBILIDADES...

SURVEILLANCE IN HEALTH AND INCOME TRANSFER PROGRAM: EXPANDING NETWORKS, BUILDING POSSIBILITIES...

Irani Jesus Borges da Silva*
Stela Nazareth Meneghel**

RESUMO

O presente estudo tem como finalidade analisar a relação do programa de transferência de renda Bolsa Família com a Política de Saúde, à luz do modelo de Vigilância em Saúde. Pesquisa exploratória que realizou análise documental qualitativa sobre a temática da transferência de renda e política de saúde, buscando subsídios para a atuação da vigilância em saúde. Foram analisados documentos, legislações, textos e dados de instituições de saúde relacionados ao Programa Bolsa Família no período de 2004 a 2008. A redução da desigualdade social no Brasil depende do trabalho em rede dos vários segmentos sociais e programas de transferência de renda podem constituir alternativa para melhorar as condições de vida da população. Há necessidade de mais estudos voltados a essa temática, já que o setor saúde é fundamental no processo de redução das desigualdades sociais.

PALAVRAS-CHAVE

Política de Transferência de Renda. Vigilância em Saúde. Determinantes Sociais em Saúde. Território.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the relationship between the Bolsa Família income transfer program and the Health Policy, in the light of the Health Surveillance model. It is an exploratory research that carried out a qualitative documentary analysis on the theme of income transfer and health policy, seeking subsidies for the health surveillance action. Documents, legislation, texts and data from health institutions related to the Bolsa Família Program were analyzed from 2004 to 2008. The reduction of social inequality in Brazil depends on a network of the various social segments and, in this sense, the income transfer programs can be an alternative to improve the living conditions of the population. There is a need for more studies focused on this theme, since the health sector is fundamental in the process of reducing social inequalities.

KEYWORDS

Income Transfer Policy. Health Surveillance. Social Determinants of Health. Territory.

*Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Professora do Bacharelado de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Correspondência

Escola de Enfermagem. Rua São Manoel 963, sala 107.
E-mail: *irani1@hotmail.com | **stelameneghel@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 foi fundamental para elaboração de políticas públicas, principalmente no que se refere ao campo da saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, com objetivo de regular os serviços de saúde em território nacional, afirmando que saúde é um direito fundamental do ser humano devendo ser garantida pelo Estado, ampliaram a noção de que saúde possui determinantes sociais, entre eles o condicionante renda. Neste estudo visa-se analisar o programa de transferência de renda, atualmente chamado de Bolsa Família, problematizando sua atuação na perspectiva dos modelos de vigilância em saúde.

Já há consenso entre pesquisadores de diversas áreas de conhecimento acerca do impacto perverso da desigualdade de renda na população menos favorecida, no que se refere aos condicionantes: moradia, saneamento básico, educação, lazer e saúde, gerando o chamado ciclo intergeracional da pobreza (BARATA, 2009). Embora o Estado tenha como dever garantir a educação, saúde e trabalho, esse direito não é assegurado de fato, devido às características sócio-históricas do país, que alijaram grande parcela da população dos bens e direitos essenciais.

Nesse contexto, surgem os programas de transferência de renda, que são estratégias dos governos para redução da extrema pobreza. No entanto, existem muitas críticas, tanto de autores quanto da população não beneficiária sobre a eficácia e a forma como vêm sendo implantados esses programas.

Neste estudo não se pretende dar conta de todos os tipos de programas de transfe-

rência de renda, mas abordar o programa já implantado há mais de dez anos no Brasil: o Programa Bolsa Família (PBF). Saliencia-se que o programa está diretamente conectado às políticas do setor educação, assistência social e saúde, tendo como expressão ou dispositivo a intersectorialidade para cumprir o objetivo de redução da pobreza e inclusão social.

A vigilância em saúde, por sua vez, constitui um processo de reformulação das práticas em saúde buscando atuar nas necessidades do território, revendo paradigmas e buscando integrar a epidemiologia, o planejamento e os serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

As transformações na sociedade ocorridas nas últimas décadas exigem dos sistemas e serviços de saúde uma nova postura diante das demandas atuais, que o modelo biologicista/hospitalocêntrico não consegue responder. A busca por alternativas e apoio de atores sociais pode favorecer positivamente o cenário, refletindo em quantidade e qualidade na provisão de serviços, assim como na melhora nos indicadores de saúde.

O objetivo deste texto é analisar a relação do programa de transferência de renda Bolsa Família com a Política de Saúde à luz do modelo de Vigilância em Saúde e baseado nas necessidades locais.

METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório, cuja abordagem utiliza a análise documental qualitativa, para estudar a temática transferência de renda e política de saúde. Foram buscadas informações que fornecessem subsídios para possíveis alternativas de atuação da vigilância em saúde. O foco

da discussão são documentos e legislações relacionados ao Programa Bolsa Família e dados de instituições de saúde vinculadas ao programa.

Foi realizada análise documental e de dados gerados por sistemas de informação relacionados ao Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde. Os documentos foram analisados sob a perspectiva conceitual de Vigilância em Saúde e das leis que regulamentam o PBF no que se refere a suas diretrizes e objetivos, buscando analisar suas relações com a Política de Saúde e ampliar as possibilidades de atuação intersetorial.

Também se realizou análise da literatura, à luz de autores da saúde coletiva, de estudos que relacionam a Política de Saúde com o programa de transferência de renda Bolsa Família. Nessa busca foram elencadas duas palavras-chave: determinantes sociais em saúde e Atenção Básica ou Primária em Saúde.

A pesquisa faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado de Saúde Coletiva (UFRGS). Nessa pesquisa trabalhou-se apenas com textos legais e dados de domínio público, não envolvendo sujeitos de pesquisa. Portanto, o estudo não apresenta riscos à população, não identifica sujeitos ou dados referentes a pessoas ou população vulnerável de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96.

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: CONSIDERAÇÕES NORMATIVAS

O Programa Bolsa Família faz parte de uma das estratégias do governo para redução da extrema pobreza no país. Integra o plano Brasil Sem Miséria e propõe o alívio imediato das famílias em vulnerabilidade

social. O programa de transferência de renda foi instituído pela Lei nº 10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004 (BRASIL, 2004a, 2004b).

O PBF possui um Conselho Gestor (CGPBF), órgão colegiado de caráter deliberativo, que tem o objetivo de articular, integrar e definir diretrizes sobre o programa e promover a intersetorialidade, sendo composto pelos seguintes órgãos: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que o preside; Ministérios da Educação; Ministério da Saúde; Planejamento, Orçamento e Gestão; Fazenda; Casa Civil da Presidência da República e Caixa Econômica Federal.

No texto serão focadas as ações relacionadas ao Ministério da Saúde destacando seu papel, forma de atuação e condicionalidades do programa. No Brasil, um dos países historicamente mais desiguais do mundo, a redução da desigualdade de renda, por meio do Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTRC), Bolsa Família (PBF) se torna uma medida necessária e emergencial devido às características sociais e políticas do país. A transferência de renda impacta direta e positivamente no sistema de proteção social, além de ser uma proposta política com características eminentemente transversais.

Os programas brasileiros de transferência direta de renda à população de baixa renda são importantes porque sem eles dificilmente a erradicação da pobreza e a redução da desigualdade a níveis toleráveis seriam possíveis dentro de uma margem de tempo razoável. Embora esses programas não signifiquem solução única e permanente para os problemas sociais do país, eles constituem um primeiro passo para o alcance de uma sociedade mais justa (SOARES et al., 2006).

Dentre os benefícios relacionados ao PBF é possível perceber características da estratégia governamental para redução das desigualdades sociais. O primeiro benefício que pode ser citado é o Benefício Básico que contempla as famílias em situação de extrema pobreza com renda per capita mensal igual ou inferior a R\$ 77,00 (setenta e sete reais), além de outros citados pela lei.

O benefício variável, no limite de até cinco benefícios para cada criança, tanto em situações de pobreza quanto em extrema pobreza pode ser usufruído quando são preenchidas as seguintes condições alternativamente: gestantes, nutrizes, crianças entre zero e 12 anos, ou adolescentes até 15 anos. Ou seja, garante-se o mínimo de renda quando para dois grupos em situação de vulnerabilidade social e priorizados nas políticas públicas: crianças, adolescentes e mulheres em situação de pobreza. Também há o benefício variável jovem para famílias em cuja composição familiar haja adolescentes com idade entre 16 e 17 anos, fase final da adolescência e ingresso ao mundo do trabalho.

O PBF possui o benefício extraordinário, que visa à complementação da renda de algumas famílias, trata-se da Ação Brasil Carinhoso, destinada a famílias que mesmo recebendo alguns dos benefícios supracitados mantiveram-se em situação de extrema pobreza, contanto que as unidades familiares tenham em sua composição crianças e adolescentes de zero a 15 anos de idade e cuja soma da renda familiar mensal e dos benefícios financeiros seja igual ou inferior a R\$ 70,00 per capita. Normalmente, essa situação incide sobre famílias conviventes, isto é, várias famílias convivendo num espaço delimitado, independentemente do grau de parentesco.

Condicionalidades do PBF são compromissos que devem ser cumpridos pela fa-

mília, na área de educação e saúde, para que possam permanecer recebendo o benefício (BRASIL, 2004b). No entanto, mais que critérios de permanência, as condições implicam diretamente na garantia de direitos sociais básicos para a população ou mesmo serviços de difícil acesso, devido às características demográficas e históricas do Brasil. Existem três tipos de condicionalidades cuja participação direta se referem ao Ministério do Desenvolvimento Social (direito à assistência social) ao Ministério da Educação (direito à educação) e ao Ministério da Saúde (direito à saúde).

As condicionalidades para o PBF, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social responsável pela Assistência Social, vão desde a integração do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), em atividades socioeducativas e de convivência para as famílias que participam, até a implantação dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV).

Os SCFV organizam-se em torno do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, sendo a ele articulados. Previnem a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, oportunizando acesso às informações sobre direitos e participação cidadã. Ocorrem por meio de trabalhos em grupos ou coletivos e organizam-se de modo a ampliar trocas culturais e vivências, desenvolver o sentimento de pertencimento e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Podem ser ofertados nos Centros de Referência de Assistência Social, em outras unidades públicas ou entidades privadas sem fins lucrativos, desde que referenciadas aos Centros de Referência e supervisionados por uma equipe de profissionais capacitada para

atender as demandas específicas de cada faixa etária (BRASIL, 2015).

Na esfera da condicionalidade Educação, é necessário matricular as crianças e adolescentes de seis a 15 anos em estabelecimento regular de ensino, e que tenham frequência escolar de no mínimo 85%. Já para o benefício referente à faixa etária entre 16 e 18 anos incompleto, a frequência na escola deve ser de no mínimo 75%.

Na área da Saúde, é importante que gestantes e nutrizas realizem o pré-natal e compareçam às consultas portando cartão da gestante. As gestantes precisam inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima da residência, e, além disso, participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. Os responsáveis por crianças de até sete anos devem manter a vacinação em dia e realizar o acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento da criança, conforme calendário mínimo do Ministério da Saúde.

OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE (DSS), MODELOS DE ATENÇÃO E O PBF

Os estudos sobre a desigualdade social no Brasil estão centrados em áreas de conhecimento como a sociologia, assistência social e antropologia. Contudo, é importante ressaltar que tal temática também é objeto fundamental para os estudos no campo da saúde, sobretudo da Saúde Coletiva, a qual contribui com os estudos voltados à Determinação Social em Saúde (DSS). Os DSS constituem um discurso contra-hegemonico que encontrou suporte no relatório de Lalonde no final da década de 1970, na

Declaração de Alma-Ata e na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986. Os encontros foram essenciais para iniciar a discussão sobre os DSS no campo da saúde.

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são condições estruturais e condições de vida que causam grande parte das inequidades de saúde nos países. Compreendem a distribuição de poder, renda, bens e serviços, acesso a serviços de saúde, escolaridade e educação, trabalho e lazer, habitação e ambiente. A expressão “determinantes sociais” resume o conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais e culturais que influenciam o estado de saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 2008, p. 1, tradução nossa).

Os determinantes sociais reconhecem que a saúde está relacionada com outros direitos sociais, e que depende da ação intersetorial de vários ramos das atividades humanas: economia, nutrição, habitação, saneamento, cultura, educação, dentre outros, sendo o Estado responsável na garantia dos direitos. No Brasil, duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), permitem avaliar que a ação fragmentada reduz as possibilidades de enfrentamento de problemas complexos como a persistência da pobreza, das desigualdades sociais e das iniquidades de saúde existentes no país (MONNERAT, 2009; TEJADA; JACINTO; ARISTIDES, 2008). Além disso, a proposta da promoção da saúde configura a necessidade de articulações políticas no sentido de intervir no ambiente para impactar nas condições de vida, atuando no sentido de impactar os efeitos dos determinantes sociais de saúde, uma ação que é

comum tanto ao PBF quando à perspectiva sanitária da Promoção da Saúde (ZANCAN; BODSTEIN; MARCONDES, 2002).

Há outra conotação referente à contribuição da política de saúde nos programas de transferência de renda, uma vez que a redução das desigualdades também se deve à atuação das políticas transversais como a Política de Saúde, de Habitação, Educação, Meio Ambiente.

A superação das desigualdades é um desafio no âmbito da saúde pública e acredita-se que o SUS possa promover equidade no acesso a serviços de saúde, sem comprometer seu caráter universal e igualitário. Essa é a grande contribuição do SUS à agenda de redução da pobreza no país, traduzida pela busca da garantia da inclusão e, conseqüentemente, redução da vulnerabilidade social, com equalização das oportunidades para as famílias mais pobres (MAGALHÃES JÚNIOR; JAIME; LIMA, 2013, p. 96).

A Atenção Primária em Saúde, designada no Brasil como Atenção Básica em Saúde (ABS) é reconhecida pela OMS como porta de entrada de acesso a todo cidadão que dessa necessitar, podendo se constituir também em elemento de organização do percurso do usuário nos diferentes serviços que fazem parte do sistema. No compromisso dos gestores brasileiros na construção do Pacto Pela Saúde em 2006, a rede básica de saúde foi entendida como uma das portas de entrada do sistema que viabiliza o acesso para o usuário aos centros de atenção no território.

Muitos estudos que avaliam os programas de transferência de renda condicionada focam a política de segurança alimentar, já que uma das condicionalidades de saúde

é o acompanhamento do desenvolvimento nutricional das crianças de zero a sete anos. Não obstante, as pessoas que recebem o benefício, precisam ser vistas em sua integralidade pelos trabalhadores que as atendem.

A separação entre medicina curativa e as ações preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não tem fundamentação e justificativa. A melhoria da saúde da população depende da qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de saúde (CAMPOS, 2003). A constatação induz a repensar práticas ou modelos assistenciais ao reconhecer que a sociedade é dinâmica e exige adaptação dos sistemas e/ou serviços de saúde a partir do conceito ampliado de saúde. Com a NOB 001/93, embora com algumas limitações na época, foi ocorrendo o processo de municipalização em que os gestores passaram a atuar na perspectiva da gestão sistêmica da provisão de serviços. O cenário foi de suma importância aos municípios, uma vez que eles passaram a construir seus próprios “modelos assistenciais.” (PAIM, 1996).

A vigilância em saúde é um modelo assistencial que permite o planejamento baseado na avaliação da situação de saúde no território, sendo possível a realização de diagnósticos sobre as condições de vida e de situação de saúde para servir de base ao planejamento estratégico das ações de vigilância em saúde. Os modelos assistenciais são um conjunto articulado de ações que buscam responder as necessidades em saúde, portanto, levar em consideração propostas de ações que façam conexões com outros setores provocando, assim, a atuação em rede. Racionalidades diversas coexistem e disputam espaços na are-

na política, indicando que os modelos são construídos socialmente e também são parciais. Segundo o modelo da vigilância da saúde, tem como sujeito a equipe de saúde e não mais o médico ou mesmo o sanitário; tem como objeto os danos, os riscos, as necessidades e os modos de viver a vida em detrimento do objeto doença ou fatores de risco. Amplia as tecnologias de trabalho, descentrando-as do trabalho médico ou sanitário e pensa em políticas públicas saudáveis focadas em ações intersetoriais, ao contrário do modelo médico assistencial que atua no território hospitalar (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A Vigilância à Saúde estimula a participação de outros atores, além de privilegiar a ação intersetorial, na medida em que considera que o processo saúde/doença envolve, necessariamente, outros segmentos e setores sociais. Confirma, assim, que o setor saúde é peça fundamental para identificar a distribuição dos agravos à saúde e propor ações que possam contribuir para a diminuição das desigualdades e iniquidades na sociedade (MENDONÇA et al., 1994).

A vigilância da saúde tem como principal pressuposto teórico e metodológico a atuação nas condições de vida e a intersetorialidade, as quais refletem diretamente nos determinantes sociais relacionados ao processo saúde e doença, levando-se em conta as variáveis do contexto social e do espaço geográfico delimitado (o território) que estão em discussão, quando aceitamos que no território são identificados os problemas enfrentados pela comunidade.

O modelo da vigilância da saúde entende que a solução efetiva dos problemas coletivos de saúde não se encerra no setor saúde. Assume que os estudos científicos não são neutros em suas proposições de

arranjos que visam servir de aporte teórico e metodológico na garantia de melhor qualidade dos serviços prestados à população. A vigilância da saúde procura acompanhar os movimentos em que a sociedade vem construindo e ressignificando suas ações, em um processo permanente, não neutro, de suas práticas.

O território se torna espaço privilegiado da vigilância em saúde na busca da integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território, município ou qualquer outra unidade menor, onde se verifica a interação população e serviços no nível local, caracteriza-se por abrigar uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um espaço em permanente construção (MENDES, 1993).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA

O Programa Bolsa Família (PBF) atendia, em 2014, 13,8 milhões de famílias em todo o país, o que corresponde a um quarto da

população brasileira. O PBF utiliza um instrumento de identificação socioeconômica, o Cadastro Único, para orientar a concessão de um conjunto variado de benefícios. O PBF atua no alívio das necessidades materiais imediatas, transferindo renda de acordo com as diferentes características de cada família. Entende que a pobreza não reflete apenas a privação do acesso à renda monetária e, portanto, o Bolsa Família apoia o desenvolvimento das capacidades de seus beneficiários por meio do acesso a serviços de saúde, educação e assistência social, bem como do uso de outros programas sociais. O PBF contribui para redução das desigualdades sociais, interferindo diretamente no ciclo intergeracional de pobreza do país. Pro-

cura suprir as necessidades da população e estabelece condicionalidades como uma forma de monitoramento (RASELLA, 2013; RASELLA et al., 2014).

As ações de impacto na saúde ocorrem por meio do acompanhamento nutricional, da vacinação e da atenção pré-natal das gestantes ou nutrizes. Contudo, é importante ressaltar que a importância de uma atuação em rede mais comprometida com o usuário no território é possível e necessária, pelas características da política de transferência de renda estar alinhada com alguns dos objetivos da Vigilância da Saúde. Os quadros a seguir mostram o detalhamento legal no que se refere às condicionalidades de saúde:

Quadro 1 - Transição das leis sobre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, conforme os documentos legais que regulamentam o Programa de 2004 a 2008.

(continua)

Lei	Definição	Objetivo	Descumprimento
Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004a)	Relativa ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% em estabelecimento de ensino regular.	A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, de condicionalidades.	A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento de condicionalidades.
Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004 (BRASIL 2004b)	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.	Acesso à rede de serviços públicos de saúde, educação e assistência social.	Descumprimento de condicionalidade acarreta suspensão ou cancelamento.

Lei	Definição	Objetivo	Descumprimento
Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004 (BRASIL, 2004c)	<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 com menos de sete anos.</p> <p>I - gestantes e nutrizes:</p> <p>a) inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde;</p> <p>b) participar de atividades educativas.</p> <p>II - responsáveis pelas crianças com menos de 7 anos:</p> <p>a) manter em dia, o calendário de imunização;</p> <p>b) acompanhar o estado nutricional e do desenvolvimento;</p>	<p>Elemento fundamental para a inclusão social das famílias. Melhoria das condições de saúde e nutrição de seus membros.</p>	Sem referência

Lei	Definição	Objetivo	Descumprimento
Portaria GM/MDS nº 551, de 09 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005)	<p>Na área de saúde:</p> <p>a) para as gestantes e nutrizes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde; - participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. <p>b) para os responsáveis pelas crianças com menos de 7 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; - levar a criança às unidades de saúde 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, para promover a melhoria das condições de vida da população beneficiária e propiciar as condições mínimas 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>

Lei	Definição	Objetivo	Descumprimento
Portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008)	<p>a) gestantes e nutrizes: 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) crianças com menos de sete anos: 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 anos de idade, nutrizes ou gestantes ficam sujeitas aos seguintes efeitos, aplicados de forma sucessiva:</p> <p>I - advertência, no primeiro registro de descumprimento; II - bloqueio do benefício por um mês, no segundo registro de descumprimento; III - suspensão do benefício por dois meses, no terceiro registro de descumprimento; IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento; e V - cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento.</p> <p>As famílias beneficiárias do PBF, cujos adolescentes de 16 e 17 anos, que descumprirem as condicionalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - advertência, no primeiro registro de descumprimento do adolescente; - suspensão do BVJ por dois meses, no segundo registro de descumprimento do adolescente; e - cancelamento do BVJ, no terceiro registro de descumprimento do adolescente. - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento; e - cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento.

Fonte: Quadro elaborado pelos autores, a partir de: BRASIL (2004 a, 2004b, 2004c, 2005, 2008).

Conforme o Quadro 1 percebe-se que houve avanço na elaboração das condicionalidades e também nos mecanismos para monitoramento da sua realização. Não obstante, percebe-se que as famílias poderiam ser envolvidas em outras ações de saúde seguindo a lógica da promoção e educação em saúde no território, ou seja, a contribuição do PBF e o impacto na saúde poderiam ser maiores. Pergunta-se, também, se as

gestantes e nutrizes que fazem acompanhamento pré-natal para receber o auxílio conseguem ser acompanhadas em linhas de cuidado durante as gestações e se a gestãõ no território consegue elaborar linhas de cuidado às futuras mães.

O PBF tem repercussão e reconhecimento internacional de organismos como a Organização Mundial da Saúde, a qual constatou, a partir do Relatório Mundial em 2013, que

a redução da mortalidade infantil no período compreendido entre 2004 e 2009 foi de 17%, que houve diminuição de 65% das mortes causadas por desnutrição e redução de 53% de óbitos infantis por diarreia em uma amostra de 2.853 cidades brasileiras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No período entre 2004 e 2009, momentos de início e consolidação do PBF, dobrou o número de municípios com maior cobertura vacinal; houve redução em 47% na proporção de mulheres sem atendimento a pré-natal e redução de 16% no número de crianças de zero a cinco anos em hospitais. Importante ressaltar que os impactos não se esgotam apenas no segmento saúde, mas em outros âmbitos como educação e trabalho. Embora tal política seja ainda insipiente para resolução dos complexos problemas estruturais e sociais do Brasil, seus efeitos imediatos conforme remetem os indicadores supracitados mostram que, indubitavelmente, trata-se de um programa ousado para o enfrentamento da extrema pobreza e redução das desigualdades sociais no país. (RASELLA et al., 2014).

O programa de transferência de renda condicionada não é uma política isolada, mas requer contrapartida dos beneficiários, embora seja discutível pelo fato de alguns autores postularem que o direito à saúde deve ser incondicionado. Neste estudo são usados os conceitos de vigilância da saúde alinhados com a política de transferência de renda. Trabalhar os dois modelos juntos potencializa a análise e faz ver que sempre é possível ampliar redes e possibilidades de atuação intersetorial, uma vez que ambas as propostas possuem em comum a intervenção nos determinantes sociais e a busca da redução das iniquidades em saúde, sob o ponto de vista da condicionalidade em discussão. As equipes de saúde no território têm no público que recebe o recurso a possibilidade

de transitar da racionalidade médico-hospitalocêntrica para outras perspectivas de atenção multiprofissionais, intersetoriais e multidisciplinares. São ações promotoras de saúde que podem incidir na população por meio dos sistemas de informação do programa PBF e do cadastro único, que contempla todas as informações da família, não apenas do indivíduo (CAMPELLO; CORTES, 2013; MONNERAT, 2009).

Embora se tenha constatado impacto positivo do PBF na atenção básica por meio da melhoria do acesso de crianças, jovens e gestantes, recomenda-se que os mecanismos de articulação intersetorial dos segmentos envolvidos em âmbito municipal sejam aprimorados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Pesquisas que avaliam o PBF em relação ao impacto na saúde mostram melhora na nutrição e segurança alimentar (SANTOS et al., 2011; SOARES et al., 2006). No entanto, é importante ressaltar que esta temática tem sido pouco estudada na área da saúde coletiva, podendo se considerar um sinal preocupante, já que a renda interfere diretamente nas condições de saúde de uma população. Neste estudo, buscou-se problematizar a atuação e o comprometimento do setor saúde na redução das desigualdades sociais, justificando-se pelo fato de que são poucos os estudos que abordam a temática da saúde, atenção básica, território e políticas de transferência de renda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abarcou três eixos: política de transferência de renda, vigilância da saúde e o território como espaço para planejamento e intervenção, buscando entender a contribuição do setor saúde na diminuição das desigualdades sociais, por meio da ação do programa Bolsa Família.

As políticas de transferência de renda na América Latina foram acompanhadas de condicionalidades ou responsabilidades com o objetivo de melhorar os níveis de saúde e educação da população. Mesmo com muitas dificuldades em sua própria constituição política, o PBF é um programa que produz impacto positivo na população em condições de vulnerabilidade produzida e mantida pelas características sociopolíticas e os efeitos excludentes que o sistema capitalista vigente na maioria dos países latino-americanos impõe à população.

Enfatiza-se a importância da atuação em rede no território, uma vez que tanto a vigilância em saúde quanto a política de transferência de renda possuem caráter eminentemente intersetorial. O PBF, no que se refere às condicionalidades da saúde, é responsável pelo acompanhamento nutricional e vacinação das crianças. Não obstante, percebe-se que as famílias poderiam ser envolvidas em outros programas de saúde seguindo a lógica da promoção e educação em saúde no território, ou seja, sua contribuição poderia ser maior para este grupo de pessoas em situação de vulnerabilidade social. O PBF pode ser um aliado para o setor saúde na melhora de seus indicadores, não apenas aos que já são apontados como a mortalidade infantil e mortalidade materna, mas aumentar o espectro de atuação em relação a outros indicadores e principalmente na utilização da promoção da saúde no território.

Trata-se de um desafio que pode virar realidade a partir do momento em que entrar na agenda política dos gestores à medida que, com maior investimento de estudos nas áreas das ciências políticas e de saúde coletiva, possam indicar caminhos para redução das desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm> Acesso em: 27 out. 2017.
- BRASIL. Lei nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 nov. 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 27 out. 2016.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria Interministerial nº 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 às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NKzzyQ30E1wJ:www.mds.gov.br/cnas/legislacao/portarias/portarias-interministerial/2004-portaria-interministerial-2-509-2004-11-18-atribuicoes-e-normas-relativas-ao-programa-bolsa-familia.doc/download+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 551 de 9 de novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/_doc/portarias/2005/Portaria%20GM%20MDS%20551%2009-11-05.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Ministerial 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] República Federativa do Brasil**,

- Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2008/Portaria%20no%20321-%20de%2029%20de%20setembro%20de%202008.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual de Gestão do Programa Bolsa Família**. 2. ed. 2015. Disponível em: <ftp://ftp.mds.gov.br/externo/ead/outros/arquivos_a_enviar/MIOLO%20-%20Manual_Gestao_Bolsa_Familia_18082015%20-%20print.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CAMPELLO, T.; CORTES, N. M. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília, DF: IPEA, 2013.
- MENDES, E. V. **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MENDONÇA, E. F. et al. Repensando a vigilância epidemiológica. Relatório de Oficina de Trabalho. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. In: COSTA, M. F.; SOUZA, R. P. (Org.). **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte, COOPMEED/ABRASCO, 1994. p. 277-280. Coletânea de trabalhos apresentados no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no **Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde**. In: CAMPELLO, T.; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília, DF: IPEA, 2013. p. 93-107.
- MONNERAT, G. L. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do Programa Bolsa Família**. 2009. 283 f. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de la Secretaría**. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2018.
- RASELLA, D. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. 2013. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12835>>. Acesso em: 31 set. 2014.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v. 382, p. 57-64, 2014.
- SANTOS, L. M. P. et al. Avaliação do Programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de desenvolvimento humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus: actas de saúde coletiva**, v. 5, n. 4, p. 139-165, 2011.
- SOARES, F. V. et al. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. In: BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (Org.). **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Brasília, DF: IPEA, 2006. v. 1.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J., VILASBÔAS, A. L. (Org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: ISC, 2000.
- TEJADA, C. A.; JACINTO, P. A.; ARISTIDES, A. M. Pobreza e saúde: evidências de causalidade em um painel de dados para o Brasil. **Economia e Tecnologia**, 2008. Disponível em: <http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/XI_ANPEC>. Acesso em: 18 out. 2014.
- ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos, RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Research for Universal Health Coverage**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 28 nov. 2016.