

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**A saúde como direito: A percepção da “condicionalidade”
da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família
usuários do Programa Saúde da Família**

ROSEMERY FELIPPE DE ANDRADE

Santos

2009

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

A saúde como direito: A percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família

ROSEMERY FELIPPE DE ANDRADE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Amélia Cohn.

Santos

2009

Dados Internacional de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS
SibiU

A553s ANDRADE, R.F.

A saúde como direito: A percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família / Rosemary Felipe de Andrade – Santos: [s.n.] 2010
100 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa em Saúde Coletiva)

I. ANDRADE, R.F.. II. A saúde como direito: A percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família.

CDU 614(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rosemery Felipe de Andrade

A saúde como direito: A percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Santos
para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Data: _____ de _____ de 2010

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Amélia Cohn – UNISANTOS

Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto - UNISANTOS

Prof^a. Dra. Gisela Vasconcelos Monteiro - UNISANTOS

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em nossas vidas nos amparando em momentos delicados;

Agradeço a Fundação CAPES pela bolsa de estudo, fundamental para a realização deste mestrado;

Ao meu marido, pelo apoio nos momentos de apreensão e preocupação com o acúmulo de atividades, sempre me estimulando a não desistir;

Aos meus filhos, que não se cansam de demonstrar admiração e respeito pela mãe, mesmo quando privados da atenção que gostariam de ter;

À minha mãe e seu marido pelo cuidado comigo e com meus filhos, e pelos bons conselhos nos momentos de dúvidas;

Ao meu amigo Waldir Monti, que era também meu chefe na empresa, e dispensou-me do trabalho em determinados momentos, para o cumprimento das cargas horárias;

E em especial a professora e doutora Amélia Cohn, pela sua sabedoria, apoio, paciência e ensinamentos tão preciosos para o meu crescimento.

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) intersecciona-se com o Programa Saúde da Família (PSF) através da contrapartida na área da saúde, exigida dos beneficiários no programa de transferência de renda. O estudo qualitativo objetivou verificar se as condicionalidades, na área da saúde, do Programa Bolsa Família são cumpridas integralmente pelo Programa Saúde da Família (PSF), pesquisando se a intersetorialidade nos programas sociais tem efetividade e se estas condicionalidades são percebidas pelos usuários/beneficiários como direito de cidadania ou obrigação. Trata-se de um estudo de caso de natureza exploratória, com base na realidade específica do Morro da Penha, no município de Santos, cuja população está inserida nos dois programas (PSF e PBF). Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas com dez beneficiários/usuários, cujo material foi tratado através da análise de conteúdo do tipo categorial temático com a elaboração de núcleos de sentido, a partir das falas dos entrevistados (MINAYO, 1994). As entrevistadas percebem as contrapartidas exigidas no PBF como algo que se tem que dar em troca pelo “favor” recebido, isto é, um recurso ofertado pelo governo, sem o “suor do trabalho”. O PSF atende integralmente as condicionalidades impostas pelo PBF no local estudado, porém o governo local impõe algumas regras condicionantes à continuidade no PBF, que a população encontra dificuldade em cumprir.

Palavras-chaves – Programa Bolsa Família, Programa Saúde da Família, Intersetorialidade, Condicionalidades, Representação Social.

ABSTRACT

The Family Grant Program (PBF) intersects with the Family Health Program (PSF) by hand in the area of health, required of beneficiaries in the program of income transfer. The study aimed to determine whether the conditionalities in the area of health, the Family Grant Program are met in full by the Family Health Program (PSF), researching the intersectoral social programs is effective and whether these conditionalities are perceived by the users / beneficiaries and citizenship right or obligation. This is a case study of an exploratory nature, based on the specific reality of the Morro da Penha, the city of Santos, whose population is included in both programs (PSF and PBF). Interviews were semi-structured interviews with ten beneficiaries / users, the material was treated by the content analysis of categorical type theme with the development of themes, from the speech of the respondents (MINAYO, 1994). The interviewees perceive the compensation required in PBF as something has to give in return for "favor" received, this is a feature offered by the government, without the "sweat of labor." The Program fully meets the conditions imposed by GMP in the studied area, but the local government imposes some constraints on the continuity rules in PBF, the population finds it difficult to meet.

Keywords - Family Grant Program (PBF), Family Health Program, Intersectoral, Conditionalities, Social Representation.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde	22
.....	22
Figura 2 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas	23
Figura 3 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas	23
Figura 4 - Programa Saúde da Família no Morro da Penha	28
Figura 5 - Rua no Morro da Penha	28
Figura 6 - Vista Aérea do Morro da Penha	29
Tabela 1 - Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70.....	16
Tabela 2 - Famílias com renda familiar mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa	16
Tabela 3 – Situação atual do PBF no Brasil	20
Tabela 4 - Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.....	26
Tabela 5 – Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar por Município	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual da População	24
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BVJ – Benefício Variável Vinculado ao Adolescente

CRAS - Centro DE Referência de Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS - Ministério do desenvolvimento Social e combate à Fome

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PBF – Programa Bolsa Família

PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNF – Programa Nossa Família

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 SAÚDE DA FAMÍLIA E BOLSA FAMÍLIA	15
1.1 O Programa Bolsa Família (PBF).....	15
1.2 O Programa Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família	21
1.3 Perfil do Município de Santos.....	24
1.4.1 Adesão ao PSF.....	25
1.4.2 Adesão ao PBF.....	29
1.5 O Programa Nossa Família (PNF) – Prefeitura Municipal de Santos.....	30
2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	34
2.1 Da Revolução de 1930 até o final da República Populista.....	34
2.2 O Estado autoritário (1964-1985).....	40
2.3 O Período da Nova República	45
2.4 Da Constituição de 1988 até os dias atuais	48
2.5 Renda Básica da Cidadania.....	51
2.6 Políticas de Saúde no Brasil	52
3 OBJETO E METODOLOGIA	60
3.1 Objeto de Estudo e Objetivos	60
3.2 Objetivos Específicos.....	60
3.3 Metodologia	61
4 SAÚDE E PBF: DIREITO, SUBORDINAÇÃO SOCIAL OU NORMATIZAÇÃO? ...	66
4.1 Como a população distingue os dois programas	66
4.2 Acesso e co-responsabilidade no PBF	68
4.3 Mecanismos de inclusão e exclusão do PBF e suas condicionalidades	69

4.4 A intersectorialidade nos dois programas	72
4.5 Percepção dos beneficiários das condicionalidades do PBF	73
4.6 Melhorias propostas pelos usuários no PSF	74
4.7 Melhorias propostas pelos beneficiários no PBF	76
4.8 Melhoria das Condições de Vida após o acesso aos programas.....	77
4.9 Emancipação do PBF – “Visão de Futuro”	78
4.10 Estratégias de intervenção do Município na área social	79
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 82
 BIBLIOGRAFIA.....	 86
 ANEXO A.....	 95
ANEXO B.....	96
ANEXO C	97
ANEXO D	979

Introdução

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo analisar a intersecção entre os programas Saúde da Família (PSF) e Bolsa Família (PBF), levando-se em conta a intersetorialidade dos Programas Sociais a partir da representação dos usuários a respeito destes programas e avaliar se as "condicionalidades" do PBF na área da saúde contaminam, positiva ou negativamente, a percepção da saúde como um direito.

O programa brasileiro de transferência direta de renda tem como proposta promover a articulação com outras políticas e programas sociais, romper com a fragmentação das políticas sociais e promover a adoção de ações intersetoriais, por meio de "condicionalidades", também chamadas de contrapartidas ou co-responsabilidades das famílias. O objetivo é incentivar a demanda por serviços sociais, como saúde e educação, e ampliar o acesso da população mais pobre a direitos sociais básicos (SENNA *et al*, 2007).

Neste sentido, o PBF procura dar ênfase à superação da pobreza através da satisfação das necessidades sociais básicas dos indivíduos enquanto direitos sociais, contribuindo para a construção de sujeitos autônomos (COHN e FONSECA, 2004).

O estudo de caso no Morro da Penha, município de Santos, pretendeu avaliar, a partir de uma perspectiva sócio-histórica, se as "condicionalidades" do PBF na área da saúde, contribuem para aprofundar o direito de cidadania, na percepção do usuário. Os bancos de dados oficiais e públicos da população atendida pelos dois programas, a revisão bibliográfica, os sites oficiais dos Ministérios e Secretarias do Município, a observação direta e as entrevistas semi-estruturadas com os beneficiários, foram utilizados como instrumentos de pesquisa para a apreensão da realidade vivida naquele contexto.

No Capítulo I é descrito o funcionamento dos dois programas, suas características e a situação atual de implantação na Cidade de Santos.

Para a discussão das políticas públicas sociais na atualidade, foi feito um retrospecto destas políticas no Capítulo II.

A metodologia utilizada nesta pesquisa encontra-se no Capítulo III e o Capítulo IV foi reservado para a discussão dos resultados encontrados.

*Saúde da Família e
Bolsa Família*

1 SAÚDE DA FAMÍLIA E BOLSA FAMÍLIA

1.1 O Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família (PBF), coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é um programa de transferência direta de renda com “condicionalidades”, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70,00 a R\$ 140,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa até R\$ 70,00), cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), de acordo com a Lei 10.836 de janeiro de 2004 e o Decreto nº. 5.749, de 11 de abril de 2006.

A renda da família é calculada a partir da soma do dinheiro que todas as pessoas da casa ganham por mês (salários e aposentadorias) e esse valor deve ser dividido pelo número de pessoas que vivem na casa, obtendo assim a renda *per capita* da família.

Os valores dos benefícios variam de R\$ 22,00 (vinte e dois reais) a R\$ 200,00 (duzentos reais), de acordo com a renda mensal da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos.

O **Benefício Básico, de R\$ 68,00** (sessenta e oito reais), é pago às famílias consideradas extremamente pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 70 (setenta reais) por pessoa, mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens.

O **Benefício Variável, de R\$ 22,00** (vinte e dois reais), é pago às famílias pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais).

O **Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R\$ 33,00** (trinta e três reais), é pago a todas as famílias do programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais).

Tabela 1 - Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Básico	R\$ 68,00
1	0	Básico + 1 variável	R\$ 90,00
2	0	Básico + 2 variáveis	R\$ 112,00
3	0	Básico + 3 variáveis	R\$ 134,00
0	1	Básico + 1 BVJ	R\$ 101,00
1	1	Básico + 1 variável + 1 BVJ	R\$ 123,00
2	1	Básico + 2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 145,00
3	1	Básico + 3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 167,00
0	2	Básico + 2 BVJ	R\$ 134,00
1	2	Básico + 1 variável + 2 BVJ	R\$ 156,00
2	2	Básico + 2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 178,00
3	2	Básico + 3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 200,00

Fonte: Brasil (2009)

Tabela 2 - Famílias com renda familiar mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Não recebe benefício básico	-
1	0	1 variável	R\$ 22,00
2	0	2 variáveis	R\$ 44,00
3	0	3 variáveis	R\$ 66,00
0	1	1 BVJ	R\$ 33,00
1	1	1 variável + 1 BVJ	R\$ 55,00
2	1	2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 77,00
3	1	3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 99,00
0	2	2 BVJ	R\$ 66,00
1	2	1 variável + 2 BVJ	R\$ 88,00
2	2	2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 110,00
3	2	3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 132,00

Fonte: BRASIL (2009)

A seleção das famílias se dá com base nas informações inseridas pelo município no Cadastro Único (CadÚnico), que é um instrumento de coleta de dados que tem como objetivo identificar todas as famílias em situação de pobreza existentes no país. A utilização de um único cadastro pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) permite analisar se todas as famílias de baixa renda são assistidas pelos programas sociais, bem como evita a sobreposição de programas para uma mesma família (BRASIL, 2009).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas no programa a cada mês. O critério principal é a renda *per capita* da família e são incluídas prioritariamente as

famílias com a menor renda. A Caixa Econômica Federal é o Agente Operador encarregado de efetuar o pagamento das parcelas do PBF em todos os municípios. O benefício é retirado com o cartão Bolsa Família, no geral tendo como titular a mulher, fato este fundamentado numa concepção de que é ela quem melhor sabe administrar o dinheiro em prol das crianças e da família do que o homem, embora faltem pesquisas empíricas que comprovem essa tese de forma sustentada.

O programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza: promoção do alívio imediato da pobreza, por meio de transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das “condicionalidades”, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações; e coordenação de programas complementares, que tem por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza (BRASIL, 2009).

Segundo o governo federal, ao entrar no PBF, a família se compromete a cumprir as condicionalidades, que são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias, cujo objetivo é ampliar o acesso dos cidadãos aos seus direitos sociais básicos, e este é o ponto crucial que se pretende problematizar: a racionalidade do governo *versus* a racionalidade da vida dos indivíduos. Acompanhar o cumprimento destas contrapartidas é papel dos municípios e o governo local pode arbitrar outras regras que às vezes a população não pode cumprir, usa do poder de regulação da vida social destes segmentos pobres da sociedade, e não insere todos os atores sociais na discussão destas políticas públicas, principalmente os beneficiários.

A exigência de contrapartidas nos Programas de Transferência de Renda no Brasil provoca polêmicas entre os estudiosos das políticas sociais. Quando esta exigência recai na área da saúde, um direito garantido pela Constituição do Brasil, surgem algumas reflexões: Como o beneficiário dá significado a estas condições? Percebe as contrapartidas como direito ou obrigação?

O Estado deveria ser capaz de garantir a oferta de serviços públicos suficientes para o cumprimento das contrapartidas exigidas, uma vez que elas foram criadas para suprir carências da população pobre, que não tem acesso facilitado a estes serviços.

Segundo o MDS, o objetivo das condicionalidades não é punir as famílias, mas responsabilizar de forma conjunta os beneficiários e o poder público, que deve

identificar os motivos do não-cumprimento e implementar políticas públicas de acompanhamento para estas famílias. Na prática, como responsabilizar conjuntamente famílias e poder público, se a decisão de desligar do Programa acaba sendo, em última análise, unilateral do poder público municipal? Isto por si só não expõe estas famílias a decisões que possam fugir dos objetivos centrais do PBF?

Em relação aos serviços de saúde, que é o foco deste estudo, o PBF determina que gestantes, nutrízes e crianças de zero a seis anos sejam acompanhadas do ponto de vista nutricional, mantendo o esquema de vacinação em dia. Gestantes devem participar das consultas de pré e pós-natal e de atividades educativas sobre saúde e nutrição, assim como as mães de crianças até seis anos de idade.

No PBF, os três níveis de governo são co-responsáveis pela sua implementação. A gestão do programa é compartilhada e descentralizada, com atribuições para cada ente federado.

- Principais responsabilidades e competências na gestão do PBF por parte dos Municípios:
 - ✓ identificação e inscrição no Cadastro Único (CadÚnico) das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza;
 - ✓ gestão dos benefícios do PBF e Programas Remanescentes;
 - ✓ apuração e/ou o encaminhamento de denúncias às instâncias cabíveis;
 - ✓ garantia do acesso dos beneficiários do PBF aos serviços de educação e saúde, em articulação com os governos federal e estadual;
 - ✓ acompanhamento do cumprimento das condicionalidades;
 - ✓ acompanhamento das famílias beneficiárias, em especial na atuação em casos de maior vulnerabilidade social;
 - ✓ estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para a oferta de programas complementares aos beneficiários do Programa Bolsa Família; e

- ✓ atualização das informações do CadÚnico, apuradas por meio do percentual de cadastros válidos e do percentual de domicílios atualizados nos últimos dois anos.
- Principais responsabilidades e competências na gestão do PBF por parte dos estados:
 - ✓ desenvolvimento de atividades de capacitação que subsidiem o trabalho dos municípios no processo de cadastramento e de atualização cadastral da base de dados do CadÚnico, bem como para a gestão de benefícios e de condicionalidades do Programa Bolsa Família;
 - ✓ desenvolvimento de atividades de apoio técnico e logístico aos municípios, segundo a demanda e a capacidade técnica e de gestão dos mesmos;
 - ✓ disponibilização aos municípios, quando necessário, de infraestrutura de logística para digitação e transmissão dos dados ao CadÚnico;
 - ✓ implementação de estratégia de acesso das populações pobres e extremamente pobres a documentos civis de identificação;
 - ✓ formatação de estratégia para apoio à inclusão no CadÚnico de populações tradicionais e específicas, em especial de comunidades indígenas e remanescentes de quilombos;
 - ✓ utilização do banco de dados do CadÚnico, para articulação de programas e ações complementares para os beneficiários do PBF;
 - ✓ instituição de Coordenação Estadual do Programa Bolsa Família, com correspondente informação a Senarc sobre sua composição.

Foi desenvolvido um sistema informatizado, com acesso pela internet, denominado Sistema de Benefícios ao Cidadão (SIBEC), e por meio dele os gestores municipais têm autonomia para realizar bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento de benefícios do PBF.

O Bolsa Família é o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo e a mais importante das políticas sociais do governo brasileiro. O total de famílias cadastradas com perfil de bolsa família é 16.432.889, e em dezembro/2009, 12.370.915 famílias receberam o benefício (Tabela 3).

Tabela 3 – Situação atual do PBF no Brasil

Informações Bolsa Família			
INFORMAÇÕES GERAIS	População Total	189.604.313	2008
	Estimativa Famílias Pobres - Perfil Bolsa Família (PNAD 2006)	12.995.195	2008
	Estimativa Famílias Pobres - Perfil Cadastro Único (PNAD 2006)	22.231.781	2008
CADASTRO ÚNICO	Total de Famílias Cadastradas	18.799.124	30/6/2009
O CadÚnico é um instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda (aquelas com renda familiar per capita menor ou igual a meio salário mínimo). Dessa forma, o número de famílias cadastradas no CadÚnico é maior que a quantidade de famílias beneficiadas pelo PBF.	Total de Famílias Cadastradas - Perfil Bolsa Família*	16.432.889	30/6/2009
	Total de Famílias Cadastradas - Perfil Cadastro Único**	17.959.345	30/6/2009
BENEFÍCIOS	Número de Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família	12.370.915	dez/09
Contemplam os benefícios liberados e bloqueados até o momento da geração da folha de pagamento, podendo não corresponder à situação mais recente dos benefícios.			

Fonte: BRASIL (2009)

1.2 O Programa Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família

O Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), coordenado pelo Ministério da Saúde, é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde da família, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Estas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Esta concepção pretende substituir a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, baseando-se nos princípios fundamentais da atenção básica no Brasil: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

O elemento chave deste programa é o trabalho em equipe, onde se espera que a troca de experiências entre seus integrantes e o saber popular do agente comunitário favoreçam a sua implementação. Estas equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e quando ampliadas, contam também, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil pessoas ou de mil famílias, de uma determinada área, que passam a ser co-responsáveis no cuidado à saúde (BRASIL, 2006).

A equipe atua numa Unidade de Saúde da Família (USF), nas residências e na mobilização da comunidade, com a responsabilidade de intervir sobre os fatores de riscos aos quais a população está exposta, prestar assistência integral, permanente e de qualidade, realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com o desenho do programa, a equipe deve atuar de forma intersetorial, e estabelecer parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais para intervir em situações que transcendem a especificidade da saúde, mas que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos da comunidade (BRASIL, 2006).

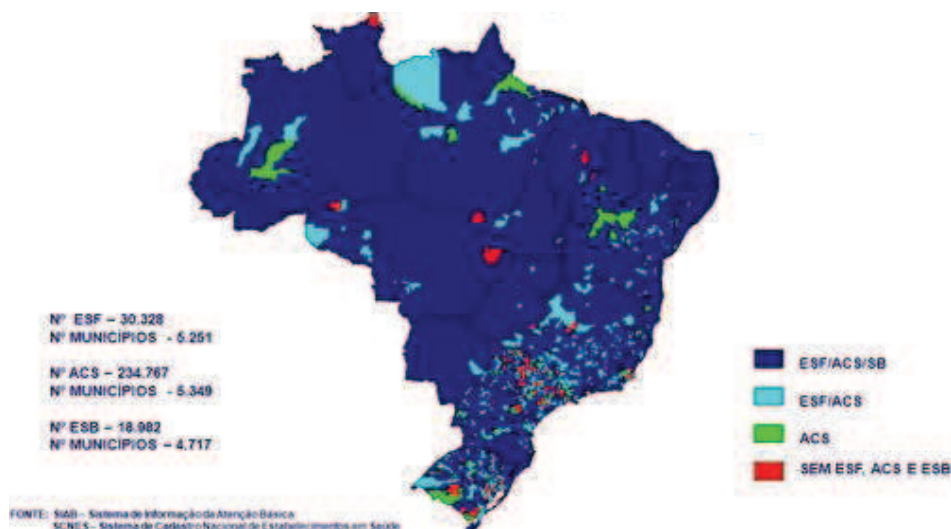
Os dois programas se interseccionam na área da saúde e nos remetem à proposta de intersetorialidade, que é bastante audaciosa e cria a possibilidade de

construir uma visão de complexidade dos problemas, superando as propostas que se traduzem na mera sobreposição de ações setoriais.

A articulação intersetorial além de possibilitar uma alocação mais eficiente de recursos, evita sobreposições de ações e causa maior impacto no público-alvo.

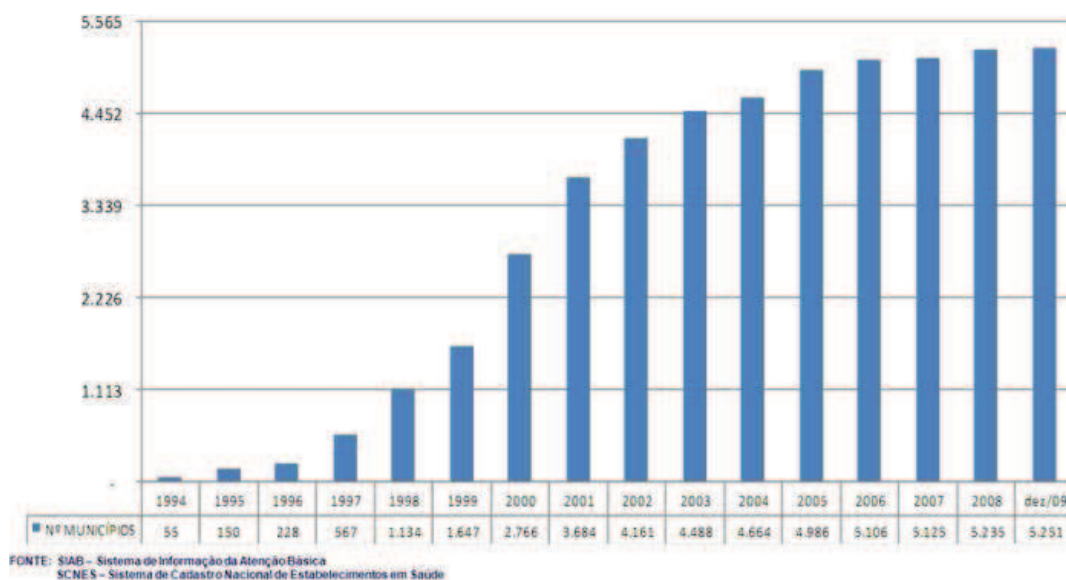
A figuras 1 a 3 demonstram a situação atual da implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Atualmente, o país conta com a implantação de Equipes de Saúde da Família em 5.251 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 96,1 milhões de pessoas (49,5% da população brasileira). Nos últimos 15 anos podemos observar o grande avanço do Programa Saúde da Família, tanto em número de municípios com equipes, quanto na cobertura populacional

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde



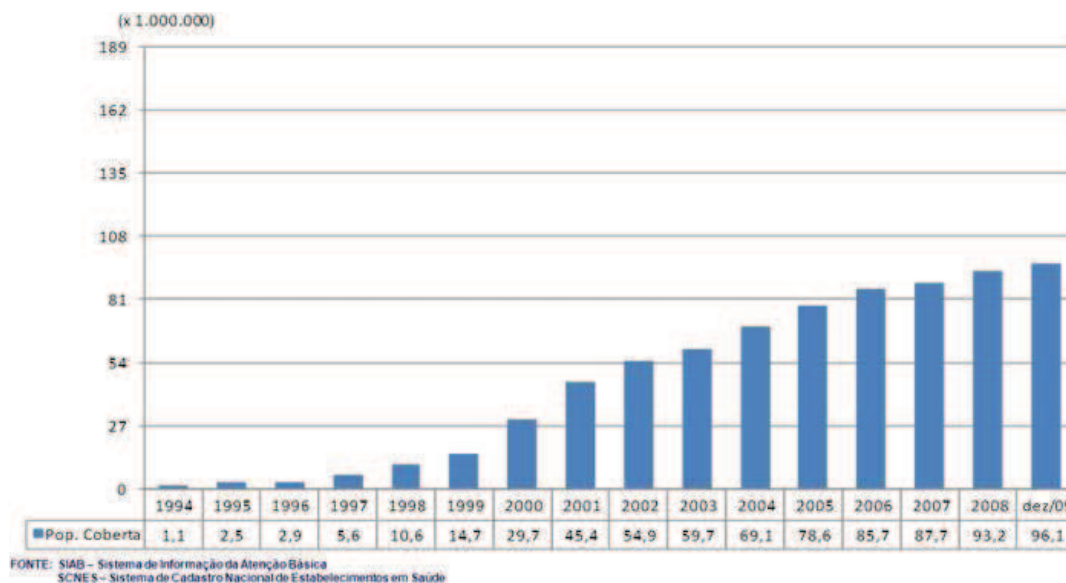
Fonte: BRASIL (2009)

Figura 2 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas



Fonte: BRASIL (2009)

Figura 3 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas

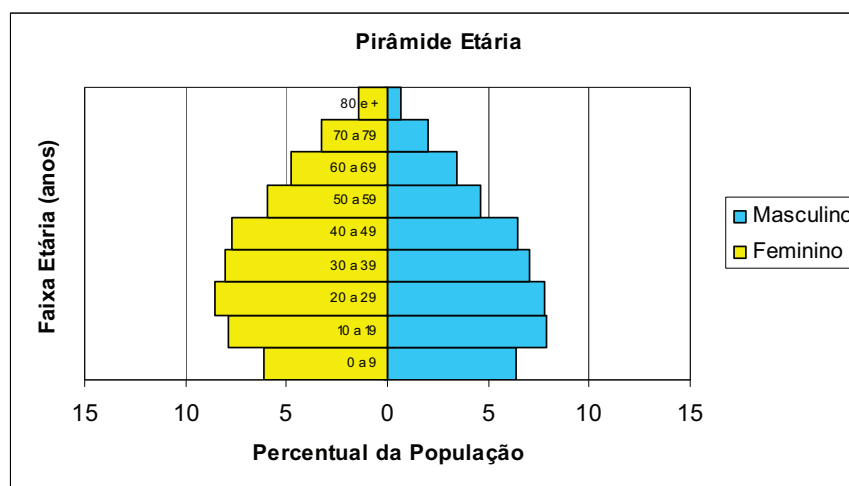


Fonte: BRASIL (2009)

1.3 Perfil do Município de Santos

Segundo o IBGE, Santos possui 417.983 habitantes (Censo de 2000), sendo que apenas 2.236 residem na área rural. Do total de habitantes, 193.434 são do sexo masculino e 225.002 do sexo feminino. A população estimada de Santos no ano de 2007 chegou a 418.436 habitantes (IBGE).

Gráfico 1 – Percentual da População



Fonte: Cadernos de Informação em Saúde (IBGE, 2000)

Durante as temporadas de verão, férias e feriados prolongados, estima-se uma população flutuante de aproximadamente 1,5 milhão de pessoas.

Santos tem uma densidade demográfica de 1.488 hab/km², e é um município altamente urbanizado: taxa de urbanização 99,47% (SEADE, 2000).

O índice de analfabetismo é 3,1%, porém 34,3% da população possuem menos de oito anos de estudo.

A renda *per capita* média é de R\$ 729,60 (setecentos e vinte e nove reais e sessenta centavos), o percentual da renda apropriada pelos 80% mais pobres da população é 42,4% e o da renda apropriada pelos 20% mais ricos é 57,6%. A proporção de pobres, pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000 (setenta e cinco reais e cinquenta centavos) é 5,8% da população. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) é 0,871, considerado alto desenvolvimento humano pela classificação do PNUD,

ocupando a 5ª posição no ranking Brasil entre os municípios e a 3ª posição no ranking do Estado de São Paulo (PNUD, 2003).

No setor formal, o que mais emprega em Santos é o de serviços (41,6%), seguido pelo comércio (26,5%), serviços públicos (11,9%), indústria (4,4%), porto (4,9%), atividades portuárias (4,2%), transporte (2,9%), construção civil (2,7%) e entretenimento (0,9%) (NESE, 2002).

A taxa de mortalidade infantil é de 14,5 por mil nascidos vivos, sendo classificada como baixa em comparação à média nacional de 17,0 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2005).

A taxa de mortalidade por HIV é alta, 16 por 100.000 habitantes comparada à média nacional, 6 por 100.000 habitantes.

1.4 O PBF e o PSF em Santos

O município de Santos aderiu aos dois programas - PSF e PBF - e o estudo com a população beneficiária de ambos poderá indicar se há sobreposição ou intersecção dos setores responsáveis pelos programas.

1.4.1 Adesão ao PSF

A implantação da Estratégia Saúde da Família, em Santos, teve início no ano 2000, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No final de 2005, o município possuía apenas duas equipes de Saúde da Família, com o percentual de 1,65% de cobertura populacional. Até 2008, foram criadas mais 11 equipes, totalizando 13 (Tabela 4). Em 2010, o município possui 15 ESF implantados.

Tabela 4 - Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família

	2004	2.005	2006	2007	2008
Teto de ACS	1045	1.045	1046	1046	1046
Nº de ACS credenciados pela CIB*	420	420	420	420	420
Nº de ACS no SIAB	0	211	198	200	209
Nº de ACS implantados	0	211	198	200	209
% de cobertura populacional ACS	0	29	27,22	27,49	28,72
Teto de ESF	174	174	174	174	174
Nº de ESF implantados	0	2	4	10	13
% de cobertura populacional da SF	0	1,65	3,3	8,25	10,72
Nº de ESB modalidade I implantadas	0	0	0	2	2
Nº de ESB modalidade II implantadas	0	0	0	0	0
% de cobertura populacional da SB	0	0	0	3,3	3,3
População	418.147	418.147	418.316	418.375	418.375

Fonte: Departamento de Atenção Básica – BRASIL (2009)

Cada equipe é composta por médico generalista (que atua como clínico geral, ginecologista e pediatra), enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a sete agentes comunitários de saúde (responsáveis pelo cadastro, acompanhamento e encaminhamento dos moradores e desenvolvimento de ações educativas). As áreas e bairros que recebem o PSF são definidos por meio da análise de indicadores epidemiológicos e sociais e pela dificuldade de acesso da população aos serviços existentes.

No Sistema de Informação de Atenção Básica, disponível no site do Ministério da Saúde, o município cadastrou no Programa Saúde da Família, até Julho/2009, 35.004 famílias, totalizando 121.513 pessoas. A tabela abaixo permite melhor visualização desse conjunto nos municípios pertencentes à região metropolitana da Baixada Santista.

Tabela 5 – Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar por Município

Município	Nº_Famílias	Nº_Pessoas
Cubatão	15777	54542
Guarujá	11474	41789
Itanhaém	21549	67926
Mongaguá	8975	29396
Peruíbe	11365	39437
Praia Grande	68531	224240
Santos	35004	121513
São Vicente	13515	51151
Total	186190	629994

Fonte: BRASIL (2009)

O Morro da Penha, local onde foi realizado este estudo, tem uma população estimada em 2.176 pessoas pertencentes a 672 famílias. A Estratégia Saúde da Família foi implantada em 30 de agosto de 2007, com a inauguração da sua sede de 125 metros quadrados, com dois consultórios, sala de vacina, inalação, curativos e coleta de material para exames laboratoriais, além do dispensário de medicamentos. A equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários, um oficial administrativo e um ajudante de serviços gerais.

O acesso ao Morro é através de uma escadaria ou de uma rampa estreita que cabe somente um veículo, o que não permite a subida de transportes coletivos. Antes da inauguração da Unidade, a população era atendida no bairro do Valongo e a maioria percorria o trajeto a pé.

Figura 4 - Programa Saúde da Família no Morro da Penha



Figura 5 - Rua no Morro da Penha



Figura 6 - Vista Aérea do Morro da Penha



1.4.2 Adesão ao PBF

A adesão do município ao Programa Bolsa Família se deu em 07/11/2005. A estimativa de famílias pobres com perfil bolsa família é de 6.396 (PNAD, 2006). No cadastro único, preenchido pela Prefeitura, o total de famílias com perfil para bolsa é 7.814.

Atualmente, 5172 famílias recebem o benefício na cidade de Santos. Destas, 3.570 são acompanhadas pela prefeitura e somente 12% tem a cobertura do Programa Saúde da Família (MS/SE/DATASUS última consolidação em 09/07/2009).

A gestão do PBF fica a cargo da Secretaria de Assistência Social e do Conselho Municipal formado por oito membros, sendo quatro representantes do governo e quatro da sociedade. A prefeitura implantou dez Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) responsáveis pela indicação das famílias e pelo acompanhamento das condicionalidades. O papel de informar o cumprimento das

condicionalidades na área da saúde é da Coordenadoria de Saúde da Criança e Adolescente.

A população do Morro da Penha é atendida no CRAS São Bento, que promove reuniões bimestrais com a comunidade, na sede da unidade da ESF, cuja participação é obrigatória, sob pena de desligamento do PBF.

Tabela 6 – Percentual de cobertura com base nas famílias totalmente acompanhadas

Município	IBGE	Famílias para Acompanhamento	Famílias Acompanhadas	Percentual de Acompanhamento	Cobertura Saúde da Família
BERTIOGA	3506359	913	319	34,94 %	0 %
CUBATAO	3513504	4.199	2.853	67,94 %	54 %
GUARUJA	3518701	8.717	2.918	33,47 %	12 %
ITANHAEM	3522109	3.509	2.821	80,39 %	80 %
MONGAGUA	3531100	1.412	710	50,28 %	40 %
PERUIBE	3537602	2.355	337	14,31 %	72 %
PRAIA GRANDE	3541000	6.106	1.641	26,88 %	66 %
SANTOS	3548500	5.172	3.570	69,03 %	12 %
SAO VICENTE	3551009	8.998	2.453	27,26 %	5 %
Total de 9 Municípios localizados		41.381	17.622	42,58 %	

Fonte: BRASIL (2009)

1.5 O Programa Nossa Família (PNF) – Prefeitura Municipal de Santos

No decorrer das entrevistas realizadas para este estudo, o Programa Nossa Família foi citado por vários sujeitos. Por tratar-se de outro programa de transferência direta de renda, criado pelo município, tornou-se importante o conhecimento das suas características e funcionamento. A pesquisa nos sites de busca resgatou a Lei Municipal n.º 2.138 de 29 de setembro de 2003, que reformulou o programa, instituído através da Lei n.º 1.416 de 4 de outubro de 1995, que alterou a sua denominação para Programa Nossa Família, e o Decreto n.º 4.214, de 20 de Fevereiro de 2004, que regulamentou o programa no município de Santos.

Alguns aspectos do funcionamento do PNF, retirados do Decreto que o regulamentou, serão transcritos a seguir.

O PNF é um programa de auxílio financeiro às famílias cujos filhos encontram-se em situação de risco, capaz de comprometer o seu desenvolvimento e o sucesso escolar. A execução e operacionalização ficam a cargo da Secretaria de Assistência Social (SEAC), que mobiliza a Coordenadoria da Criança e do Adolescente para identificar e localizar as crianças e adolescentes que tenham prejudicada a sua convivência familiar e a frequência regular à creche ou escola por encontrarem-se em situação de rua, envolvida com drogas ilícitas, trabalhando em atividades ilegais ou insalubres, ou em situação de exploração por parte de adultos.

Podem se inscrever no programa as famílias com renda até R\$ 120,00 (cento e vinte reais) *per capita*, que tenham filhos ou dependentes menores de 16 (dezesseis) anos, que residam há mais de 12 (doze) meses no município e comprovem que as crianças maiores de 7 (sete) anos e os adolescentes encontram-se matriculados em escola de ensino fundamental e ensino médio.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) faz a recepção, o cadastramento e os primeiros estudos necessários. A equipe técnica do Centro de Referência Social, composta por assistentes sociais, psicólogos, educadores, médicos e advogados, atende a unidade familiar para proceder aos diagnósticos individual e familiar segundo cada especialidade. A mesma equipe técnica indica os encaminhamentos a serem feitos para os programas, serviços ou entidades capazes de atender as necessidades diagnosticadas. Todas as abordagens e atendimentos prestados à criança/adolescente e sua família são feitos segundo um Plano Individual de Atendimento, elaborado pela mesma equipe técnica, e constituiu-se em uma abordagem integral de todas as condições capazes de superar a situação de risco em que a família se encontrar.

O dinheiro repassado à família pelo programa destina-se a impedir que seus filhos menores de 16 anos de idade deixem de freqüentar a escola para poderem trabalhar. A família pode utilizar o dinheiro recebido para fazer pequenos reparos na casa, melhorar as condições de higiene e de habitação, comprar máquinas, ferramentas e equipamentos de uso doméstico ou profissional, utensílios domésticos e tudo o mais que significar investimento na melhoria de condições de vida da família como um todo.

No momento do cadastramento, é avaliada a capacidade da unidade familiar em administrar de forma responsável e produtiva o recurso oferecido. Se a equipe técnica identificar que a unidade familiar não tem clareza sobre o que fazer com o

dinheiro, ou que ele possa ser utilizado de maneira indevida, discute com a unidade familiar uma forma de "aconselhamento financeiro", orientando quanto à melhor forma de fazer com que o auxílio realmente permita a melhoria da qualidade de vida da família como um todo.

Inicialmente, os recursos do Programa "Nossa Família" são fornecidos pelo período de 6 (seis) meses. A Equipe de Família da Seção de Orientação, Apoio e Acompanhamento Familiar fará o acompanhamento de cada família durante os quatro meses. Se a equipe de família identificar a necessidade, apresentará um relatório à Comissão de Coordenação sugerindo a prorrogação do fornecimento do auxílio àquela família por até dois períodos de 6 (seis) meses, desde que não exceda o prazo total de 18 (dezoito) meses.

O valor do benefício mensal é R\$ 120,00 (cento e vinte reais) para o primeiro ou único beneficiário da família e R\$ 60,00 (sessenta reais) para os demais beneficiários. Os benefícios mensais estão limitados a R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) por família (valores retirados da Lei n.º 2.138 de 29 de setembro de 2003). Estes valores podem ser reajustados anualmente na época da atualização do salário mínimo.

Outra fonte de pesquisa sobre o funcionamento do PNF se deu através das entrevistas. Quando o sujeito citava o programa, lhe era solicitado um esclarecimento. Na maioria dos casos, os beneficiários não conseguiram cumprir as exigências, que conforme relataram eram específicas para cada agrupamento familiar. O fato em comum é que o recurso mensal recebido deveria ser utilizado em cursos profissionalizantes e em materiais para o exercício destas profissões. Mensalmente havia reunião com a equipe técnica do CRAS, quando o beneficiário deveria comprovar o uso devido ou sugerido do dinheiro.

Cabe, neste caso, uma pesquisa mais aprofundada sobre o Programa Nossa Família da Prefeitura de Santos, para conhecer se os resultados alcançados apontam para a realização dos objetivos propostos pelo programa. Outro ponto interessante é apreender o significado dado pelos beneficiários às exigências do uso do dinheiro, uma vez que foram encontrados indícios sobre a impossibilidade de seu cumprimento, levando ao abandono do programa, fatos estes percebidos nas falas das entrevistadas.

*Análise das Políticas Sociais
no Brasil*

2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

O ano de 1930 marca o início da proteção social no Brasil, que vem atrelada ao trabalho formal, deixando de fora um grande contingente de trabalhadores rurais e aqueles da economia informal. Esta vinculação com o emprego formal só é abandonada a partir da promulgação da Constituição de 1988, que legalmente estende as políticas de proteção social a todos os cidadãos, introduzindo no nosso cenário os princípios da universalidade na seguridade social e de garantia de direitos mínimos e vitais para a reprodução social. Há o rompimento da necessidade do vínculo empregatício-contributivo na concessão de benefícios previdenciários para os trabalhadores rurais, abandono das ações assistencialistas em prol da construção de uma política de assistência social amplamente inclusiva e a universalização do direito à saúde e educação.

A Constituição Federal de 1988 é tida como marco central para se analisar a evolução recente da proteção social no Brasil. Ela alterou o quadro da proteção social com claros impactos, tanto em termos de ampliação da cobertura como em termos de redistribuição. Com a introdução da chamada previdência rural, flexibilizou-se a forma de contribuição do trabalhador rural em regime de economia familiar, ultrapassando-se os limites da concepção estrita de seguro social até então em vigor (JACCOUD, 2008).

Para a análise das políticas sociais no Brasil é necessária a contextualização de suas implementações no cenário econômico, político e social, levando-se em conta os momentos históricos em que ocorreram e que expliquem os seus avanços e recuos na construção do sistema de proteção social no país. Esta análise partirá da década de 30 até os dias atuais.

2.1 Da Revolução de 1930 até o final da República Populista

No final do século XIX e início do século XX, a abolição da escravatura que enfraqueceu o poder político e econômico das oligarquias rurais, associada ao êxodo urbano e crescimento das cidades, deu início às lutas sociais que

reivindicavam ampliação dos direitos de cidadania e participação no poder político do país.

Nota-se também nesta época a influência das filosofias políticas de inspiração socialista e anarquista trazidas pelos imigrantes europeus ao Brasil.

Até a década de 30, apesar da eclosão dos movimentos populares e da mobilização dos trabalhadores assalariados, o Estado não desenvolveu iniciativas que resultassem em políticas sociais para atender às necessidades da população. Neste período surgiram no país organizações filantrópicas, como as Santas Casas, que procuravam ofertar alguns serviços no campo da saúde e da assistência.

A partir de 1930, com o início da industrialização e da ascensão de Getúlio Vargas ao poder, há a criação de mecanismos legais e institucionais para a implementação de uma política previdenciária e de saúde no Brasil.

Apenas na década de 1930 o país seria palco de importantes transformações no papel desempenhado pelo Estado para a proposição de alterações no campo de direitos sociais no Brasil. O regime surgido da Revolução, ao contrapor-se em suas táticas de domínio às oligarquias regionais tradicionalmente instaladas no poder, requeria a constituição, pela primeira vez levada a termo no Brasil, de um projeto político nacional, que estendesse a ação do poder central a todas as regiões do país (RIZOTTI, 2001, p.42).

Quando Vargas foi eleito presidente pelo Congresso, a situação política estava longe de estabilizar-se. As lutas regionais ainda prosseguiram, havia ameaças, de esquerda e de direita, ao regime. As próprias Forças Armadas estavam divididas. Estrategicamente, as políticas sociais implementadas pelo novo governo tiveram o propósito de lhe dar legitimidade em todo o território nacional e não resultaram diretamente das reivindicações dos movimentos sociais.

Ainda no plano da regulação social propriamente dita, em 1930 foram criados os Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio, da Educação e Saúde Pública e decretada a Lei da Nacionalização do Trabalho, que obrigava as empresas estrangeiras a contratarem dois terços de trabalhadores brasileiros natos.

Em 1931 o governo decretou a Lei de Sindicalização, reguladora dos direitos das classes patronais e operárias. De acordo com ela, os estatutos dos sindicatos deveriam ser aprovados pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Assim, delineava-se o sentido da política trabalhista de Vargas, rumo ao controle do

movimento operário. Esta lei é uma mera adaptação da Carta Del Lavoro de Mussolini, em que a participação política dos sindicatos era cerceada.

O Estado definiu uma política conservadora em relação aos operários e às camadas rurais, o que tranquilizou os velhos grupos dominantes, que a princípio ficaram alarmados com a política trabalhista de Vargas, mas se acalmaram quando perceberam que o problema da propriedade rural nem sequer foi tocado.

Estas políticas eram conservadoras, centralizadoras e autoritárias, marcadas pela repressão aos movimentos da classe operária, vistos como nocivos ao bem comum, uma vez que se opunham ao ideal de sociedade harmônica, cujo representante era o Estado (BARROS e LEHFELD, 2003).

A inovação da Constituição Federal de 1934 foi reservar um capítulo para a ordem econômica e social e definir as responsabilidades do Estado no campo das políticas sociais.

Se por um lado, a introdução dessas obrigações do poder público no novo sistema legal indicava um salto de qualidade nos serviços sociais existentes, expressando novas determinações políticas e ideológicas na relação entre o Estado e a sociedade civil, por outro lado, as formulações da política social introduzidas pelo modelo adotado na esfera governamental, além de manifestamente assistencialistas, eram correntemente utilizadas como instrumentos de controle e repressão das reivindicações por melhores condições de vida promovidas por segmentos organizados da classe trabalhadora (RIZOTTI, 2001, p.44)

Vale lembrar que o desenvolvimento industrial trouxe mudanças nas relações econômicas e sociais, o que explica a preocupação com o tema da ordem econômica e social na carta constituinte.

O crescimento econômico e a organização da força de trabalho industrial, aliados às péssimas condições de trabalho, desencadeavam o que se passou a chamar embate entre capital e trabalho. O crescimento e a organização da burocracia estatal, além de uma certa autonomia do Estado em relação à sociedade, traziam à luz um segundo embate entre a iniciativa privada e a estatização. Correlatamente, começa a surgir uma terceira questão referente à expansão do capital através da propriedade da terra. A disputa aqui envolverá o capital privado, o trabalho e o Estado (LONZAR, 1987, *apud* RIZZOTTI, 2001, p. 44).

O chamado período constitucional de Vargas (1934 a 1937) foi marcado pelo aparecimento de duas forças ideológicas no Brasil: a Aliança Nacional Libertadora (ALN) com tendências de esquerda e a Ação Integralista Brasileira (AIB) de caráter fascista. Enquanto isso, a política de Vargas vai se mostrando cada vez mais

centralizadora e autoritária, até o desfecho final, em novembro de 1937, quando Vargas implantou a ditadura do Estado Novo, dando início a um novo período para a organização das políticas sociais no país.

Revogada a Constituição de 1934, a nova Constituição apresentava grandes retrocessos no que tange às liberdades políticas e aos direitos sociais dos cidadãos. Preparada desde o fim de 1936, a Constituição de 1937 foi chamada de “A Polaca”, por ter sido inspirada na constituição autoritária da Polônia. A nova Carta Magna era uma mistura de fórmulas fascistas, nacionalistas e até mesmo liberais.

O presidente, com mandato de 6 anos, seria a autoridade suprema da Nação e lhe era facultado legislar através de Decretos-Leis. A Constituição continha disposições sobre salário mínimo, horas de trabalho, férias, proibia greves e instituía a pena de morte. A palavra escrita ou oral era passível de censura.

(...) o novo panorama político do país, após a instauração da ditadura varguista, tornava extremamente difícil a sustentação desses direitos pela via da mobilização popular. Embora não tenham sucumbido por completo, as manifestações populares que reivindicavam melhores condições de vida foram reprimidas com força cada vez maior, a ponto de terem suas conseqüências neutralizadas pelo aparelho de Estado (RIZOTTI, 2001, p. 44-45).

A derrubada de Vargas, em 1945, pelas mesmas forças que o haviam levado ao poder, foi mais uma manobra política de acomodação, diretamente relacionada com a queda do totalitarismo europeu. A queda do fascismo em 1943 foi um marco na mudança da linha política de Vargas e a vitória dos aliados estabeleceu o questionamento da ditadura. Sendo assim, Getúlio procurou legitimar ideologicamente o seu regime, se aproximando das massas urbanas. A partir de então, a política populista de Vargas acionou todos os seus mecanismos: peleguismo (política sindical a serviço dos interesses do governo) e política trabalhista (Consolidação das Leis do Trabalho).

O populismo de Vargas atingiu o seu auge em 1945 com o “queremismo”. As massas populares foram agitadas por lideranças trabalhistas e comunistas e passaram a exigir a permanência do ditador. Isto acelerou a sua queda, uma vez que as oposições o acusavam de querer permanecer no poder. Encerra-se assim o Estado Novo, com a deposição de Getúlio Vargas e a convocação de uma Nova Assembléia Nacional Constituinte no ano de 1946.

A nova Constituição Federal de 1946 instituiu mudanças no capítulo da Ordem Econômica e Social, atribuindo ao Estado a responsabilidade pela justiça social e acentuando o seu papel no desenvolvimento econômico, devendo para tanto conciliar a ordem econômica com os princípios de justiça social.

A ordem econômica deve ser organizada conforme os princípios de justiça social, conciliando a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano.

Parágrafo único. A todos é assegurado que possibilite existência digna. O trabalho é obrigação social (DUARTE, 1947, p. 91, *apud* RIZOTTI, 2001, p.45).

A Constituição definiu como competência da União a responsabilidade pela defesa permanente contra endemias e pela regulamentação da legislação social. Torna obrigatória a assistência à maternidade, infância e adolescência, retomando o disposto na Constituição de 1934. Garantiu ainda o direito à aposentadoria integral aos trabalhadores, motivada por acidente de trabalho ou invalidez.

Nessa época deu-se a proliferação dos partidos políticos (pluripartidarismo) refletindo os desencontros que envolviam os vários segmentos de uma nova sociedade urbana e industrial. As massas urbanas foram incorporadas ao processo político e como suas aspirações não podiam ser ignoradas, passaram a ser manipuladas por políticos e pelo próprio Estado, o que deu origem ao populismo.

Os novos direitos sociais prescritos na Constituição de 1946 teriam de ser implementados no contexto da política populista, e esta peculiaridade parece ter estabelecido o limite possível de sua efetivação. De fato, a abertura do regime político brasileiro, que sucedeu o período do Estado Novo, proporcionaria pequenas modificações no âmbito da política social no país. A instauração de um período democrático na República Nova possibilitava o crescimento do papel político das classes trabalhadoras, fazendo vir à tona a premência da ação pública do Estado na garantia de condições de vida adequadas à população pauperizada (RIZOTTI, 2001, p. 45).

Após a II Guerra Mundial, dois blocos disputaram a liderança política, econômica, militar e ideológica do Mundo Contemporâneo: O Bloco Ocidental, capitalista, liderado pelos Estados Unidos, e o bloco Oriental, socialista, dirigido pela União Soviética. Sendo o Brasil integrante do Bloco Ocidental, as manifestações populares ocorridas no País passaram a ser encaradas como “agitações comunistas”.

Ainda na República Populista, os governos presidenciais adotaram diversos planos e programas econômicos, acentuando o papel do Estado como promotor e coordenador do desenvolvimento nacional. O país estava dividido entre duas propostas de desenvolvimento, a nacionalista-industrial, favorável à intervenção do Estado na economia (modelo getulista) e a desenvolvimentista-industrial, que defendia a participação do capital estrangeiro na economia brasileira.

O relacionamento do Estado com a sociedade civil organizada era de tutela sobre os movimentos sociais e sobre as formas de representação das classes populares da época, o que não impediu a organização política de importantes grupos nos diversos setores da sociedade.

Em 1953, uma greve geral paralisou trezentos mil trabalhadores, demonstrando que os movimentos sociais estavam cada vez mais politizados e organizados. O resultado desta mobilização foi a afirmação do direito de greve e a reforma ministerial, com a nomeação de João Goulart ao Ministério do Trabalho.

Ao analisarmos as características fundamentais dos governos populistas, compreendemos o motivo pelo qual apresentavam esta dificuldade na incorporação efetiva das reivindicações populares de maior profundidade. Isto se devia, fundamentalmente, ao fato de que no contexto do populismo, a ação política institucional orientava-se pela expansão pontual de benefícios sociais, sem que tal expansão consistisse realmente no reconhecimento de novos direitos sociais, ou sequer no estabelecimento de políticas duradouras (RIZOTTI, 2001, p.45).

Ficam evidentes as intenções deste governo de utilização das políticas sociais como forma de aplacar as reivindicações dos movimentos sociais organizados. Um governo que não reconhece o direito de acesso aos serviços essenciais que garantam uma vida digna e sem privações a todo cidadão utiliza-se de critérios seletivos, assistencialistas e corporativistas para a formulação destas políticas.

Assim, se por um lado a instituição de novos benefícios na legislação social da época constituía-se padrão de manejo da questão social pelo Estado Democrático - até mesmo contribuindo essencialmente para sua legitimação - por outro, não se constituía transição para uma legislação social renovada no país, reforçando o caráter seletivo pelo qual havia se caracterizado historicamente o conjunto das políticas sociais brasileiras (Rizotti, 2001 p.46).

As políticas sociais brasileiras deste período conseguiam responder somente às demandas localizadas e eram restritas a alguns grupos organizados que se faziam representar no parlamento, dando continuidade ao corporativismo sempre presente nas políticas públicas do país.

Até meados de 1960, as políticas públicas brasileiras encontravam no privativismo e no corporativismo a sua principal forma de responder às questões sociais do país. Os privilegiados eram trabalhadores formais, de setores essenciais da economia, que conseguiram se organizar para reivindicar direitos, que não eram estendidos aos demais cidadãos brasileiros. A maioria dos serviços decorrentes destas políticas eram oferecidos pela iniciativa privada, notadamente na área da saúde.

A bandeira dos governos populistas era o desenvolvimento econômico, porém a falta de resposta às crises sociais crescentes no país foi a causa para que setores organizados, tanto trabalhadores quanto empresários, entendessem que este governo não daria conta de promover as modificações necessárias para o crescimento e modernização do país.

2.2 O Estado autoritário (1964-1985)

A abertura política e a redemocratização do país durante a República Populista propiciou o surgimento de vários movimentos sociais espalhados pelo país que reivindicavam transformações políticas e sociais, notadamente no início da década de 1960.

O golpe militar de 1964 foi desfechado para evitar a ameaça “comunista”, e em defesa da democracia e da liberdade. Com ele, iniciavam-se os vinte e um anos do regime militar, marcados pelas restrições aos direitos e garantias individuais, pela extinção dos antigos partidos políticos e pela violência, típica dos regimes ditatoriais. O regime autoritário buscou sua legitimação através dos atos institucionais (que estão acima da Carta Magna) e da Constituição de 1967, modificada pela Emenda Constitucional de 1969.

O novo regime tinha um dos seus mais importantes fundamentos na Doutrina de Segurança Nacional, fortemente influenciada pela Guerra Fria e pela crise do

populismo. Segundo esta doutrina era preciso combater os comunistas e outras forças “subversivas” que se infiltravam em todos os setores da comunidade brasileira, visando desestabilizar o governo, as autoridades e as instituições nacionais. Para isso, deu-se início à planificação global do país, visando à superação dos problemas de natureza social, política e econômica. Destaca-se a política econômica, cujo objetivo era o desenvolvimento econômico associado ao capital estrangeiro.

A Lei de Segurança Nacional, em vigor a partir de 1969, transformava todo cidadão em responsável pela segurança do país. Ela previa a prisão de grevistas, a censura plena, a punição para quem desrespeitasse as autoridades do governo ou distribuísse propaganda “subversiva”, e muitas outras medidas de caráter repressivo.

A propaganda militar tinha um grande apelo nacionalista que se propagava através de slogans do tipo: “Brasil: ame-o ou deixe-o”.

O advento da ditadura militar brasileira transformou por completo a conjuntura política e social do país, antes francamente favorável ao crescimento dos movimentos sociais. O regime autocrático estabeleceu uma forte repressão a toda espécie de mobilização popular, relegando as lutas sociais em curso ao plano da ilegalidade e tornando necessária, para manter em evidência as reivindicações por melhorias na qualidade de vida da população, a incorporação da bandeira política de restauração do Estado de Direito no país. Com efeito, o autoritarismo burocrático que se prenunciava e a repressão violenta às organizações da sociedade civil deixavam sem alternativa política os movimentos sociais constituídos. Se as respostas parciais dos governos populistas às suas reivindicações haviam lhes parecido insuficientes, eram agora preferíveis à ausência total de respostas por parte do novo regime (RIZOTTI, 2001, p.48).

Frente à instabilidade política decorrente do fracasso do modelo populista e do golpe de Estado, só restou aos movimentos populares a contestação da legitimidade do regime militar como forma de abrir espaço para suas reivindicações. Por outro lado, o novo governo necessitava de alguma legitimidade para superar a fase de instabilidade e optou pela forte intervenção no desenvolvimento econômico e social do país, mudando a orientação das propostas reformistas do início da década de 60 (RIZOTTI, 2001).

As medidas tomadas pelo governo objetivavam abafar os movimentos sociais e, na prática, não houve expansão qualitativa das políticas sociais e nem universalização do acesso aos serviços. O governo centralizou os recursos dos

programas sociais em desenvolvimento, burocratizou os serviços essenciais e adotou o clientelismo para o favorecimento de grupos ligados ao regime. A questão social era considerada estratégica para a manutenção da estabilidade política no país, portanto, não se admitia a participação da população, de sindicatos ou de partidos políticos na discussão, controle e avaliação das políticas sociais. A forma de aplicação dos recursos destinados a estas políticas era decidida pelo governo, sem a participação e o controle do Congresso Nacional.

Do golpe militar até o final da década de 70 não houve avanço na formulação e implementação das políticas sociais no Brasil. Viveu-se um período de forte repressão aos movimentos sociais e utilização maciça de propaganda com grande apelo nacionalista. O desenvolvimento atingido pelo País em diversas frentes e conseqüente ampliação dos mercados de trabalho, as vitórias esportivas do Brasil (Tricampeonato Mundial de Futebol, conquistas de Emerson Fittipaldi no automobilismo e Éder Jofre no boxe) foram utilizados como marketing político para promover os valores cívicos e divulgar as realizações do governo revolucionário.

No início da década de 80, findo o “milagre econômico” e com a eclosão da crise mundial do petróleo, a economia brasileira entra em colapso, ocasionando altos índices de desemprego, aumento da inflação, diminuição dos gastos em políticas sócias e conseqüente agravamento das condições de vida da população, fazendo ressurgir com força total os movimentos sociais que até então estavam “adormecidos”.

O aumento do desemprego e da miséria ocorrido no período de 1979 a 1983 ampliou o já dramático quadro de carências sociais: desnutrição, profusão de doenças endêmicas, baixa taxa de escolarização, favelização da população urbana e aumento da mortalidade infantil nas áreas mais carentes. Em face do aumento das demandas sociais, a oferta de bens e serviços públicos revelou-se aquém das necessidades, ampliando o déficit social (MEDEIROS, 1989, p. 189, *apud* RIZOTTI, 2006, p.8).

Frente à crise econômica, o governo posicionou-se de forma conservadora, optando pelo rígido controle do orçamento público. Pressionado pelo FMI (Fundo Monetário Internacional) e pelo Banco Mundial, que estabeleciam metas de recuperação econômica e contenção de gastos públicos, o governo restringiu os recursos destinados à política de investimentos sociais e de infra-estrutura.

Na área da educação as metas de médio e longo prazos foram abandonadas e os recursos destinados foram reduzidos drasticamente. A falta de investimentos no

setor se faria sentir rapidamente pela queda na qualidade de ensino e limitação do acesso à população, abrindo espaço para a privatização da educação no país. O déficit no sistema de previdência levou à sua reformulação com o aumento das alíquotas e limitação dos benefícios.

O caráter seletivo das políticas sociais foi ainda mais acentuado pelo novo conjunto de normas administrativas, que passaram a regular o acesso aos direitos sociais previstos na legislação.

Na busca pela retomada do crescimento econômico e na esperança de reviver o “milagre brasileiro”, o governo impôs medidas visando a redução do consumo para incentivar o aumento da poupança interna. O resultado desta política, a curto e médio prazo, foi a estagnação econômica, o aumento do desemprego e o agravamento da situação de pobreza no país. Os recursos destinados às políticas sociais foram reduzidos drasticamente com a promessa de que o sacrifício da população seria recompensado quando o país saísse da crise.

Porém, a situação econômica do país estava longe de apresentar qualquer sinal de recuperação. As condições de vida da população se agravaram e começaram a surgir os movimentos sociais que levantaram a bandeira da redemocratização, com a restauração do Estado de direito e das liberdades civis e políticas, como a única saída para a grave crise social que estava instalada e para a efetiva adoção do estado de bem-estar social no Brasil.

A reivindicação de democracia política surgia, pela primeira vez na história recente do país, dotada de um caráter substantivo, através da associação direta entre os objetivos da restauração democrática e de melhoria na qualidade de vida da população. Mais que um valor formal, a reivindicação por democracia consistia realmente num instrumento para o resgate das desigualdades sociais brasileiras (RIZOTTI, 2001, p.51).

Juntamente com o Movimento pela Anistia, que reivindicava o fim do exílio e a volta ao país dos cidadãos brasileiros cassados pelos militares, outro acontecimento marcante deste período de lutas pela democratização do país, foi a greve dos metalúrgicos do ABCD.

A greve foi decidida no dia 30 de março, e foi indiscutivelmente o fato mais marcante na história do movimento sindical brasileiro em 1980. Havia 100 mil metalúrgicos em assembléia no Estádio da Vila Euclides para a deflagração da greve. Dia sim, dia não, reuniam-se

ali, em assembléia, 80 mil metalúrgicos em média. A greve demonstrava a capacidade de organização e de liderança dos novos dirigentes sindicais (<http://www.abcdeluta.org.br>).

O movimento grevista durou mais de quarenta dias apesar da repressão que culminou com o fechamento do sindicato, prisão dos líderes sindicais e de vários trabalhadores.

Esta mobilização teve ampla aprovação da sociedade civil e da igreja católica que, em apoio ao movimento, permitiu assembléias dos trabalhadores dentro das igrejas e ajudou na arrecadação de alimentos para distribuir aos metalúrgicos.

Seguiu-se a intervenção federal nos sindicatos de São Bernardo e de Santo André e o afastamento dos dirigentes sindicais, em meados de abril. No dia 19 de abril de 1980, os principais dirigentes são presos, enquadrados na Lei de Segurança Nacional. As assembléias no Estádio e em praça pública foram proibidas. A Igreja Católica abre a porta dos templos para a reunião dos trabalhadores: as assembléias se transferem para a igreja matriz de São Bernardo, com o apoio de dom Cláudio Hummes. O 1º de Maio foi uma manifestação grandiosa, que deu fôlego ao movimento grevista. A repressão estava presente, as primeiras bombas de gás são explodidas na praça, pelas 10 da manhã, com crianças na rua. As pessoas cantam o Hino Nacional em frente à igreja matriz, em meio à fumaça. Dentro da Igreja, abarrotada, acontece a celebração religiosa, presidida pelo bispo local. Há muita tensão, e o conflito parece iminente. As lideranças, pressionadas pela base, decidem manter a passeata, que alguns sugeriam cancelar. Às 11 horas, o Exército, que comandava todo o esquema repressivo, decide liberar a cidade e a praça para os manifestantes. Não haveria como impedir a massa humana dos trabalhadores e suas famílias, a não ser promovendo uma carnificina. Não havia governo que sustentasse tal custo político. A mobilização pelo Fundo de Greve, que teve o apoio de quase 300 entidades, ganhou dimensão nacional, e fez da greve dos metalúrgicos do ABC um símbolo nacional de esperança e de luta dos trabalhadores. O fundo chegou a distribuir alimentos para mais de 45 mil famílias. No auge, a greve parou 330 mil metalúrgicos no Estado de São Paulo (<http://www.abcdeluta.org.br>).

Frente a este panorama político e social, os militares astutamente perceberam que a retomada da abertura política, com a valorização das eleições, o fortalecimento dos partidos políticos e do poder legislativo, seria o caminho para a eventual perda de legitimidade do seu regime e elege o general João Baptista de Oliveira Figueiredo, chamado “o presidente da abertura” para iniciar este processo.

Assim que toma posse, envia ao congresso o projeto de anistia e promove a reforma partidária, extinguindo o bipartidarismo no País, propiciando o início da formação de novas agremiações político-partidárias.

Com as eleições diretas para os governos estaduais, em 1982, o mapa político do País foi profundamente alterado, com a eleição de dez governadores da oposição, conseguindo também maioria na Câmara dos Deputados.

Em 1983, a sociedade civil participou ativamente do movimento das “Diretas-Já”, porém a Emenda Dante de Oliveira, que propunha a realização das eleições diretas para presidente da república foi derrotada no Congresso Nacional, ficando evidente a intenção dos militares de retardar o processo de transição, que eles mesmos deram início. Mesmo assim, a oposição resolveu enfrentar o regime militar e lançou a candidatura de Tancredo Neves – José Sarney nas eleições do Colégio Eleitoral, saindo vitoriosa nesta luta.

É preciso destacar que a candidatura de Tancredo Neves surgiu do movimento denominado Aliança Democrática, que se constituiu numa coalizão ampla de formação bem heterogênea e que tinha a participação de algumas lideranças dissidentes do regime militar. Neste sentido, este processo de transição foi negociado e não se constituiu numa ruptura abrupta com o modelo conservador vigente.

2.3 O Período da Nova República

Tancredo Neves não tomou posse por motivo de doença e o vice-presidente José Sarney assumiu interinamente a Presidência da República, tornando-se presidente efetivo após a morte de Tancredo. O seu governo deu início à transição democrática, ao mesmo tempo em que procurava uma solução para a crise econômica que se abatia sobre o país.

As altas taxas inflacionárias, o aumento do índice de desemprego e a elevação do custo de vida, decorrentes de uma política econômica de contenção ao consumo e arrocho fiscal, aliada à falta de investimentos em políticas sociais, ampliou a situação de pobreza e piorou o quadro da desigualdade social. Diante deste contexto, as discussões sobre a questão social, tratada agora como “dívida

social”, volta ao cenário político e se torna a bandeira dos novos movimentos sociais, que acreditam não ser possível restabelecer a democracia sem o resgate desta dívida.

A questão da pobreza fica definitivamente atrelada à luta pela ampliação democrática, que por sua vez, pressupõe a participação política de todos os cidadãos na discussão das políticas sociais e na reconstrução da cidadania. São retomados os ideais de universalização na construção do Sistema de Proteção Social no Brasil.

Em que pese a nova fase de abertura política, o caminho a percorrer rumo aos ideais de construção de uma política social justa e abrangente não seria fácil e envolveria diversos atores e setores sociais com interesses divergentes. Inicia-se um período de intensas negociações com as diversas esferas de governo, partidos políticos, empresários e sociedade civil para a construção de uma democracia social, cuja proposta é mudar o paradigma assistencialista e focalista até então adotado pelo Estado. O anseio dos movimentos sociais é o reconhecimento das políticas sociais enquanto direito de todo cidadão e responsabilidade do Estado na sua garantia.

O antigo benefício seria então transformado em direito, não apenas por concessão governamental, mas porque a nova ordem democrática preconiza o direito fundamental de todos os cidadãos, o “direito a ter direitos”, fundamento da cidadania e dos pilares da nova ordem democrática, a participação política e a igualdade social (DAGNINO, 1994, *apud* RIZOTTI, 2001, p.53).

Desde o seu início, o governo da Nova República se depara com o surgimento de diferentes movimentos sociais que reivindicam principalmente, reforma na legislação trabalhista, reforma previdenciária, extensão dos benefícios previdenciários e trabalhistas aos trabalhadores rurais, reforma agrária, escola pública e gratuita e a construção de um Sistema Único de Saúde. Adicionado a este contexto de lutas sociais há o agravamento da crise econômica, impondo limites ao Estado na resposta às aspirações da população.

O primeiro plano de desenvolvimento apresentado pelo governo se apoiava em duas metas: elevar as taxas de crescimento econômico a médio e longo prazos e adotar medidas emergenciais focalizadas na população em situação de extrema pobreza.

Frente aos fracassos dos planos econômicos e a dificuldade de colocar em prática mudanças estruturais na previdência, saúde e educação, o governo teve a sua imagem desgastada, perdendo credibilidade no que tange ao seu poder de transformação do quadro social de desigualdade, cada vez mais preocupante no país.

Apesar dos poucos avanços em direção à universalização dos direitos sociais, que se traduziria na construção de um sistema brasileiro de proteção social, o reconhecimento da necessidade de resgate da dívida social continuava presente no discurso dos governantes e dos movimentos organizados da sociedade.

Os programas de combate a pobreza não possuíam um padrão de financiamento capaz de distribuir os recursos de maneira equilibrada, que levasse em conta a diversidade e as necessidades de cada região do país. Neste aspecto, o clientelismo prevaleceu e as regiões mais ricas da federação foram beneficiadas.

É necessário destacar que o governo de transição recuperou os gastos e investimentos principalmente nas áreas da saúde e previdência social, deu início à reestruturação dos serviços de atenção à saúde em direção à sua unificação e descentralização, porém as mudanças significativas na definição e implementação de políticas públicas visando a construção de um sistema de proteção social só seria possível através da elaboração de uma nova constituição para o país, que reafirmasse e garantisse os direitos de cidadania.

Em 1987, foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte, cujos membros já pertenciam ao Congresso Nacional, eleitos em novembro de 1986, que acumularam as funções de congressistas e de constituintes. Após dezoito meses de trabalho foi promulgada a nova Constituição Brasileira, em 05 de outubro de 1988.

No que tange ao capítulo da Seguridade Social os debates foram marcados pela forte pressão social, com a crescente participação de vários setores organizados da sociedade, que procuravam através de articulações, inibir as propostas de cunho neoliberal do chamado “Centrão” e garantir a aprovação de um texto que atendesse os anseios da população brasileira.

O texto final da nova Constituição Brasileira, após a EMC-20 de 15/12/1988, no Capítulo II da Seguridade social - Seção I - Disposições Gerais ficou assim redigido:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/>).

2.4 Da Constituição de 1988 até os dias atuais

Em que pesem os grandes avanços no que se refere às garantias de direito, inseridas na Constituição de 1988, isto não se refletiu imediatamente no padrão de serviços prestados à população. O processo de consolidação destes direitos teve uma trajetória lenta e os movimentos sociais convergiram na luta pela efetivação do regimento constitucional.

Sabemos das grandes transformações introduzidas nas políticas sociais a partir da Carta de 1988, mas as políticas de transferência de renda só tiveram início a partir dos anos 1990, com as experiências pioneiras de alguns municípios, como Campinas, Ribeirão Preto, Santos e o Distrito Federal (BICHIR, 2008).

Já na esfera federal alguns programas tiveram início apenas em 2001, com o Programa Bolsa Escola, no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Além desse programa, foi criada uma rede de

proteção social que incluía a previdência rural e programas não contributivos da assistência social. No caso desses programas, houve uma opção pela transferência direta de renda monetária aos beneficiários com gestão centralizada no governo federal (ALMEIDA, 2004, *apud* BICHIR, 2008, p.4).

Tais programas previam ainda: frequência escolar e ida a postos de saúde, porém a fiscalização mostrou-se pouco eficaz, o que ocorre ainda hoje, em menor medida. O governo Lula pretendeu expandir e consolidar a rede de assistência social que herdou do governo Fernando Henrique Cardoso.

E paralelamente a outras medidas no campo da assistência social, concentrou-se nas políticas que indicavam uma opção pelo combate à pobreza e à desigualdade, e com isso ampliou-se o volume de gastos e do propósito dos programas de transferência de renda.

O primeiro carro chefe na área social no governo Lula foi o Fome Zero, que combinava políticas assistenciais com outras ações, que incluíam transferência de renda monetária por meio do Cartão Alimentação. Em outubro de 2003, o governo Lula lança o Programa Bolsa Família, diretamente vinculado à Presidência da República.

Em 2004, com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) ambos os programas passam para sua administração, e o Cartão-Alimentação foi incorporado a um novo programa de transferência direta de renda, o Programa Bolsa Família (PBF) (BICHIR, 2008).

O PBF unificou três programas que já existiam na gestão anterior, a saber:

- ✓ o Bolsa-Escola,
- ✓ o Bolsa Alimentação e
- ✓ o Auxílio-Gás.

E, também, procurou conciliar as ações dos governos federal, estadual e municipal em um único programa de transferência direta de renda por meio de convênios.

Tal programa prevê uma parcela de renda transferida simultaneamente, criando um piso mínimo de renda familiar no país, e uma segunda parcela que prevê contrapartidas, como a frequência escolar e cuidados básicos de saúde.

A centralidade desses programas de transferência de renda tanto na gestão de FHC (PSDB) quanto de Lula (PT) permite afirmar que os programas de transferência de renda afirmam-se cada vez mais como uma política de Estado, e não de governo, o que reforça a importância de sua análise. O escopo da política foi ampliado no governo Lula, e seu foco passou dos indivíduos – no caso do Bolsa Escola – para uma preocupação mais ampla com as composições familiares e suas estratégias de sobrevivência – no caso do PBF (BICHIR, 2008, p.6).

Mas, há ainda grandes e delicados desafios a serem enfrentados, especialmente no que diz respeito à articulação dos programas federais com os programas locais de transferência de renda (BICHIR, 2008).

Na discussão atual sobre políticas públicas e pobreza, fica evidente que somente com a superação do conflito entre políticas econômicas e sociais será possível articular desenvolvimento econômico e desenvolvimento social. Neste sentido, é necessário analisar a relação Estado/sociedade e Estado/mercado, com o predomínio de políticas econômicas voltadas à estabilização da moeda e ao ajuste estrutural da economia, e a complexa relação entre democracia política e democracia social (COHN, 1995).

A grande parcela da população brasileira condenada à extrema pobreza, numa sociedade marcada pela desigualdade social incita debates sobre a pretensa ineficiência intrínseca do Estado para promover reformas que garantam a implementação das políticas sociais. Nas décadas de 50 e 60, conforme apontado pela autora supracitada, a concepção prevalecente consistia em que o desenvolvimento econômico trazia consigo o desenvolvimento social. Nesse sentido, o Plano de Metas de Juscelino Kubitschek é exemplar: das 32 metas (incluindo a construção de Brasília, somente uma era social).

A partir dos anos seguintes, com a globalização, ao contrário do que postulava a concepção desenvolvimentista, o desenvolvimento social não decorre automaticamente do desenvolvimento econômico, mas que, no atual contexto de globalização das economias e dos mercados, e no decorrente processo de ajuste que vêm experimentando economias do Terceiro Mundo, a tendência atual é de o crescimento econômico vir acompanhado de um decréscimo da capacidade de criação de novos empregos, e no caso particular de nossas economias, do volume de postos de trabalho já existentes associado a uma crescente deterioração da qualidade e do emprego, e que esse processo traz consigo uma crescente seletividade, seja da força de trabalho empregada, seja dos setores econômicos com capacidade de competitividade no mercado externo. Em segundo

lugar, e em decorrência, que reverter essa lógica significa que a nova articulação entre política econômica e política social implica o reconhecimento de que aquela contém uma forte dimensão social (pelo que pode representar enquanto aumento do poder aquisitivo real dos segmentos sociais de mais baixa renda e de criação de novas oportunidades de geração de renda por meio de políticas específicas) e que, reciprocamente, esta contém uma forte dimensão econômica, até pelo que representa enquanto oportunidade criação de novos empregos e de demanda para o setor produtivo (COHN, 1995, p. 3).

A proposta do PBF abrange duas dimensões: a de ser um programa transversal, que compreende a articulação de vários outros programas e políticas setoriais, e ao mesmo tempo conjugar a transferência monetária de recursos para as famílias à possibilidade de monetarizar e dinamizar a economia local dos vários municípios, sobretudo dos mais pobres do país, pelo aumento do poder de consumo local. Por fim, a médio prazo dar maior autonomia às famílias beneficiárias, no que diz respeito a possibilitar acesso sustentado a formas de obter renda (não confundidas necessariamente com emprego formal, na atual conjuntura).

Sob o MDS o PBF ganhou para si, dada sua magnitude e complexidade, uma secretaria, não por acaso denominada de Secretaria Nacional de Renda da Cidadania (SENARC).

2.5 Renda Básica da Cidadania

O Programa Renda Básica da Cidadania prevê que cada cidadão tenha o direito de receber um benefício monetário. O modelo é usado no Alasca (EUA) e funciona como uma forma de estimular a igualdade pagando aos cidadãos por suas atividades não-remuneradas e para distribuir a riqueza do país (BLOG DO PT TAUBATÉ, 2009).

Renda Básica (RB) é uma renda individual paga incondicionalmente a todos os cidadãos. É distribuída pelo governo de forma igualitária, não importando o poder econômico ou disposição para o trabalho de quem recebe. A retribuição representa um dividendo das riquezas produzidas por toda sociedade (BLOG DO PT TAUBATÉ, 2009).

A implantação de uma renda básica visa, sobretudo, propiciar às camadas mais pobres e desprovidas de qualquer renda a garantia de satisfação de suas necessidades básicas como alimentação, saúde, educação e capacitação profissional. O valor da Renda Básica de Cidadania deve levar em conta possibilidades econômicas e estruturais do país. Os recursos podem ser captados de diversas formas: através de impostos, de taxas sobre exploração de recursos naturais, de loterias, entre outros (BLOG DO PT TAUBATÉ, 2009).

No Brasil, a lei N° 10.835 de autoria do Senador Eduardo Suplicy, que institui a Renda Básica de Cidadania, foi sancionada em 8 de janeiro de 2004. De acordo com a lei, a aplicação deve ser feita de forma gradual com a evolução de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família (BLOG DO PT TAUBATÉ, 2009).

Algumas vantagens da RBC em relação aos programas de transferência de renda: menos gastos administrativos, maior capilaridade nas distribuições, acaba com o estigma dos beneficiários, não desestimula a procura pelo trabalho e reduz a informalidade (BLOG DO PT TAUBATÉ, 2009).

2.6 Políticas de Saúde no Brasil

O país apresenta hoje um gigantesco e oneroso aparato institucional voltado para as políticas sociais, que tem como traços fundamentais a baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante. Como agravante, além de sua inépcia, como o acesso da população carente e pobre a determinados bens e serviços essenciais, esse emaranhado dos programas sociais leva a um profundo descrédito quanto à competência do Estado no setor. Daí a defesa da privatização dos serviços a passagem é imediata, levando reforços valiosos às teses dos defensores do neoliberalismo, que tem como alvo “a falência” do Estado do bem-estar social, tal como eles o concebem (COHN e ELIAS, 2003, p. 13-14).

Para o entendimento das políticas sociais no Brasil é necessário um retrospecto à sua história que esclareça os motivos da sua formatação atual.

A Seguridade Social e as políticas de saúde no Brasil guardam em suas raízes um estreito vínculo com as políticas de Previdência Social, resultando num processo precoce de privatização dos serviços na área da saúde, que começou na década de 20 quando a previdência social já credenciava serviços médicos da iniciativa privada para atendimento às suas demandas.

Em 1923 surgem no Brasil as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que ofereciam benefícios de aposentadorias, pensões, e assistência médica aos trabalhadores do setor privado, estendido a seus dependentes diretos. Eram organizadas pelas empresas, que recolhiam as contribuições dos empregados mediante contrato compulsório. A sua criação foi de iniciativa do Estado, com financiamento tripartite (empregadores, trabalhadores e Estado). A assistência médica ao trabalhador e seus dependentes era feita através de credenciamentos dos serviços médicos e hospitalares privados. Tratava-se de um seguro social assistencialista e não universal, que privilegiava somente os trabalhadores dos setores mais importantes da economia, que por sua vez estavam organizados politicamente e tinham poder de barganha na reivindicação de melhores condições de vida e trabalho. A maioria das CAPs estava instalada no sudeste do país, região de maior desenvolvimento econômico e sede do governo central à época.

No período de 1933 a 1938 as Caps foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que eram autarquias administradas diretamente pelo Estado. Os institutos segmentavam os trabalhadores por setores de atividades, com benefícios e serviços diferenciados por categoria e alíquotas de contribuições diferentes.

Segundo Cohn e Elias (2003), houve um retrocesso na substituição dos CAPs pelos IAPs em relação ao seu funcionamento, uma vez que a contribuição dos empregadores era um percentual sobre o faturamento da empresa e passou a ser um percentual sobre a sua folha de pagamento, ficando a receita dos institutos dependente dos salários e sob a ameaça da insuficiência de recursos. Esta situação só é revertida na constituição de 1988.

A política de Previdência Social, assim desenhada, tornava o governo depositário das contribuições dos trabalhadores, na forma de poupança forçada, que por sua vez, não tinham controle dos investimentos feitos com este montante. Neste cenário nada transparente, estes recursos centralizados facilmente se transformam em poderoso instrumento econômico e político. Até 1964 travaram-se várias batalhas entre Estado e trabalhadores, que reivindicavam a gestão e o controle dos institutos, porém não houve acordo e a previdência manteve a sua estrutura e características clientelísticas.

Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformizou os benefícios prestados pelos vários institutos e assumiu a responsabilidade pela assistência médica dos beneficiários.

Após o golpe militar de 1964 há a unificação da Previdência Social, com a criação do INPS em 1966, com perfil assistencialista, cujo principal foco é a assistência médica em detrimento das aposentadorias e pensões. Com este novo desenho, o trabalhador perde definitivamente a possibilidade de controle sobre o direcionamento dos recursos arrecadados.

Na década de 60, há um crescimento considerado dos gastos na área social, enquanto cresce igualmente as demandas sociais não atendidas, o que revelava a ineficiência do Estado.

A Instituição do SINPAS, em 1977, separou a parte de benefícios e de assistência médica, que antes eram de responsabilidade do antigo INPS. A assistência médica ficou sob a responsabilidade do recém criado INAMPS.

Em 1979 veio a público o rombo financeiro da Previdência Social, que se estendia há anos, porém era de conhecimento exclusivo do governo.

Nos anos que se seguem temos acentuada a característica do padrão de financiamentos das políticas sociais que foi instaurado durante o regime militar. Na década de 70 foi criado o FAS (Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social) e na década de 80 o FINSOCIAL (Fundo de Investimento Social). A distribuição desses recursos era da competência exclusiva do Executivo e sua destinação confusa.

A Constituição de 1988 trouxe significativos avanços ao sistema de proteção social, tais como:

- ✓ A universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não;
- ✓ A equidade ao acesso e na forma de participação no custeio;
- ✓ A uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços;
- ✓ A irredutibilidade do valor dos benefícios;
- ✓ A diversidade da base de financiamento;
- ✓ A gestão administrativa descentralizada com participação da comunidade (COHN e ELIAS, 2003).

Essas propostas representam uma mudança radical no sistema de proteção social em nosso país. Para implementá-las é necessário enfrentar o peso do passado, pois exige maior racionalidade e agilidade do aparato que a instituiu.

Mesmo com Constituição de 1988 que instituiu o SUS, o perfil da organização de serviços de saúde no país continua apresentando as seguintes características segundo (COHN e ELIAS, 2003):

- 1) *altamente centralizado* - definições de diretrizes e prioridades para o setor são elaboradas pelo governo federal e pelo Executivo
- 2) *acentuadamente privatizado* - na medida em que cresce a assistência médica individual, o atendimento ao doente é realizado pelo setor privado, pago pelo Estado com recursos da Previdência Social (INPS, depois INAMPS e atualmente pela Secretaria de Assistência à Saúde - SAS - do Ministério da Saúde) e 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado, são produzidos pelo setor privado.
- 3) *crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira* - 80% dos problemas de saúde da população brasileira seriam passíveis de serem resolvidos pelo atendimento de primeira linha (rede básica de serviços de saúde: centros de saúde, ambulatórios etc.); no entanto, criou-se no país uma infra-estrutura de serviços altamente complexa, com alta densidade tecnológica, sem integração e hierarquização dos serviços de acordo com sua complexidade tecnológica. Como resultado, a população passa a ser atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde à relação disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento, mas à necessidade de lucratividade do setor privado;
- 4) *com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado* - cabendo àquele medidas de caráter coletivo (tradicionalmente área de competência da Saúde Pública, como vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc.) e nos últimos anos crescente atendimento de caráter individual (consultas médicas e atos médicos de maior complexidade tecnológica e mais onerosos), ficando para o setor privado o atendimento mais rentável e lucrativo;

- 5) *profundamente discriminatório e injusto* - a população com alguma forma de inserção formal no mercado de trabalho, e portanto vinculada à Previdência Social, tem acesso a serviços de saúde mais diversificados, no geral privados, ficando a população sem qualquer vínculo com a Previdência Social dependente dos serviços públicos de saúde, aí compreendidos os serviços estatais de saúde, os hospitais-escola e o setor privado filantrópico;
- 6) *com acentuadas distorções na sua forma de financiamento* - o acesso à assistência médica acaba por estar vinculado em grande medida a um contrato com a Previdência Social, eximindo-se o Estado de grande parte da responsabilidade do ônus financeiro de investir na saúde.

O modelo que temos hoje, de organização dos serviços do setor privado que supera o setor público vem das décadas de 20 a 30, à época das CAPs e IAPS.

Na década de 50, o acelerado ritmo de industrialização e urbanização provoca um rápido aumento da demanda por serviços médicos nas instituições previdenciárias, tendo como consequência a inversão da curva de investimentos, priorizando-se a assistência médica em detrimento à saúde pública.

O resultado desta política privatista na área da saúde é brilhantemente retratado por Cohn e Elias (2003, p.44 e segs.), no trecho abaixo:

Em consequência, a atuação do Estado no setor passa cada vez mais a ser regida pela lógica que define sua competência como sendo por excelência medidas de caráter coletivo, da esfera da Saúde Pública, cabendo ao setor privado, em larga medida financiado pela Previdência Social, a assistência médica individual. E nesse processo, progressivamente, o setor público vai assumindo um caráter suplementar, tendo de suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico. Assim, no que diz respeito à assistência médica individual, constata-se uma situação na qual, dada a primazia do setor privado lucrativo sobre os serviços públicos, acentua-se a tendência de concentração de equipamentos de saúde nos principais centros urbanos dos estados mais ricos e industrializados da nação, acompanhando as diversidades regionais.

Esse processo de privatização da saúde promovido pela política previdenciária é de tal monta, sobretudo a partir da criação do INPS no início do regime militar, que no interior da própria Previdência Social, enquanto imagem pública, inverte-se a relação benefício/prestação de serviços médicos, apesar de os dados orçamentários mostrarem o contrário. Essa inversão demonstra a

crescente importância que a assistência médica vem assumindo no interior da Previdência Social.

Mais que isso, o setor privado da saúde vai se constituindo por meio de um leque diversificado de vínculos com a Previdência Social via convênios (pré-pagamento) e credenciamentos, que associado ao apoio do governo federal para investimentos no setor (por meio do FAS) viabiliza um ritmo acelerado de capitalização, tendo como elementos auxiliares a garantia do mercado (constituído por meio da compra de seus serviços pelo Estado) e a impunidade em termos de qualidade do serviço e prestação de contas para os órgãos financiadores. Cabe recordar que no caso do credenciamento o pagamento é realizado por serviço prestado, e que o superfaturamento se transforma em procedimento freqüente.

Resulta desse processo o atual sistema de saúde que, além de oneroso e vulnerável ao extremo às crises econômicas, dado o estreito vínculo de seu financiamento com a Previdência Social, cada vez se torna mais distante das reais necessidades de saúde da população, sendo exatamente nos momentos de crise econômica, quando o orçamento da Previdência Social é atingido, que a assistência médica volta à tona como principal responsável pelo déficit do sistema de proteção social brasileiro.

Quando o assunto é reverter esta lógica da privatização na saúde, os defensores da iniciativa privada lembram-se da ineficácia do Estado em assumir estes serviços, esquecendo-se que este mesmo Estado viabilizou o crescimento do setor privado.

Reverter a atual situação da área da saúde - tanto em termos do quadro nosológico quanto do funcionamento do aparato institucional - demanda que ela seja urgentemente resgatada para a esfera pública da política, ao contrário do que vem acontecendo até o momento. O envolvimento do Legislativo, dos partidos políticos e dos diferentes setores da sociedade, ganhando posição de destaque profissionais e especialistas da área, num amplo debate público, é condição necessária para fazer frente à resistência de toda ordem às novas diretrizes políticas e para que se avance no sentido da conquista da saúde efetivamente como um direito social, processo em que todos somos aprendizes (COHN e ELIAS, 2003, p.54)

E, finalmente para resgatar o texto constitucional e tornar a Saúde no País “um direito de todos”, é necessário vontade política e rompimento com o modelo neo-liberal privatizante, que ao sinal de dificuldades econômicas, delega à saúde e às políticas de transferência de renda o papel de “bode expiatório”, restringindo os recursos necessários para o cumprimento destas políticas sociais.

O atual texto constitucional institui a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 201). Institui ainda a participação, em caráter complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. Igualmente institui a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade. Compromete, quanto ao financiamento, a participação de recursos do orçamento de seguridade social, da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e dos Territórios (COHN, 2003).

A participação da comunidade na discussão das políticas sociais resgata a cidadania e a tomada de consciência de um povo dos seus direitos, produz as transformações desejadas num país, que desde os seus primórdios convive com a desigualdade social.

Objeto e Metodologia

3 OBJETO E METODOLOGIA

3.1 Objeto de Estudo e Objetivos

O estudo da população no Morro da Penha, coberta pelo PSF e PBF, buscou identificar, na experiência de implementação dos dois programas, a articulação entre eles, dada à intersecção na área da saúde.

O objetivo central deste estudo foi verificar se as “condicionalidades” da saúde no PBF, do ponto de vista da representação dos usuários, contaminam uma das diretrizes principais do SUS, que é a saúde como um direito de cidadania, e se o PSF garante o seu cumprimento.

A “representação dos usuários”, dado o referencial sócio-histórico deste estudo, é o sentido pessoal atribuído aos significados elaborados socialmente (LANE, 1981).

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram verificar se a população distingue os dois programas (PBF e PSF); o grau de conhecimento que detêm quanto aos mecanismos de acesso, inclusão e exclusão a esses programas; a percepção que têm a respeito da melhoria de suas condições de vida após seu ingresso nesses programas. Subsidiariamente, consistiram ainda como objetivos específicos verificar o que essa população beneficiária acha que pode ser melhorado para que a utilização dos serviços ofertados seja facilitada, e através disso buscar conhecer as estratégias de intervenção na área social do município de Santos, verificando possíveis canais de parceria com outras esferas de governo e com a sociedade, na busca de ações intersetoriais..

3.3 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso de natureza exploratória, com base na realidade específica do Morro da Penha, no município de Santos, cuja população está inserida nos dois programas (PSF e PBF), identificada através da relação de beneficiários do Bolsa Família disponível na Unidade de Saúde da Família do Morro da Penha.

Um caso pode ser definido como um fenômeno de certa natureza ocorrendo num dado contexto (MILES e HUBERMAN, 1994, p.25). A unidade de análise deste estudo de caso foi a comunidade do Morro da Penha.

Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas gravadas, pesquisas em sites oficiais dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, das Secretarias Municipais responsáveis pelos respectivos programas, e revisão de material bibliográfico sobre o assunto em tela.

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), e a concordância da Prefeitura Municipal de Santos.

Foram realizadas entrevistas com dez (10) beneficiários/usuários cadastrados nos dois programas (PSF e PBF). Os sujeitos foram selecionados aleatoriamente pela listagem dos beneficiários do Bolsa Família existente na Unidade Saúde da Família, sem a interferência da equipe da unidade, buscando selecionar moradores de vários pontos do morro. A princípio foram escolhidas 15 (quinze) famílias, porque corria-se o risco de não encontrar a família em casa, uma vez que as entrevistas foram realizadas durante a semana em horário comercial. Este número foi insuficiente porque nos dias 09 e 10 de setembro de 2009, data da realização das entrevistas, sete entrevistados não foram encontrados em suas residências e foi necessária a escolha de mais duas famílias pela mesma listagem.

Os agentes comunitários acompanharam os entrevistadores às residências para apresentação às famílias, mas foi combinado previamente que eles não presenciariam a entrevista. Alguns esperavam do lado de fora da residência, outros voltavam à Unidade de Saúde.

As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato foi garantido a partir da adoção de siglas nas citações de suas falas.

Trata-se de pesquisa qualitativa, cujo material será tratado através da análise de conteúdo do tipo categorial temático com a elaboração de núcleos de sentido, a partir das falas dos entrevistados (MINAYO, 1994).

Aborda-se sua consciência por meio do discurso por ele produzido, o qual revela de que forma apropriou-se dos significados sociais para representar sua atividade e relações sociais e como, a partir disso, produziu sentidos pessoais. O caráter ideológico dessa produção decorre do fato de que os significados sociais expressam interesses concretos, definidos historicamente pela contradição de classes. (.....). Essas determinações históricas e contraditórias estão presentes, enquanto mediações, na relação atividade-consciência. (GONÇALVES, 2003 p.42).

A análise se dará pela abordagem sócio-histórica, embasada na concepção materialista histórica dialética da teoria marxista, que concebe o homem como um produto sócio-histórico.

A identidade social é definida pelo conjunto de papéis que desempenhamos. É nesse sentido que questionamos quanto a “identidade social” e “papéis” exercem uma mediação ideológica...criam uma ilusão de que os papéis são “naturais e necessários”, e que a identidade é consequência de “opções livres” que fazemos no nosso conviver social, quando, de fato, são as condições sociais decorrentes da produção da vida material que determinam os papéis e a nossa identidade social”. (LANE, 1981, p.22).

Nesta perspectiva, o conhecimento científico não alcança legitimidade a partir do número de sujeitos estudados, mas através da qualidade de sua expressão.

A tarefa não consiste em controlar variáveis na busca da neutralidade do pesquisador em relação ao sujeito/objeto de sua pesquisa, mas sim de *interpretar* o produto da relação estabelecida entre pesquisador e pesquisado, considerando os determinantes sócio-históricos da situação em foco (MINAYO, 1994; HAGUETTE, 2000).

Através da linguagem (fala), podemos abstrair significados objetivos, abstratos e metafóricos, e por ser um instrumento produzido historicamente e socialmente, ela reproduz as relações sociais e as ideologias dominantes.

A palavra significada funciona como unidade de análise, porque ela contém as produções simbólicas (sociais) convertidas em psicológicas (subjetivas).

A representação é o sentido pessoal que atribuímos aos significados elaborados socialmente e é através das relações com os outros que construímos a nossa visão de mundo.

O conceito de representação coletiva originou-se na sociologia, nos estudos de Durkheim, sobre religião, magia e pensamento mítico. Neles o autor sustenta a teoria de que estes fenômenos são coletivos, produtos de uma comunidade e não podem ser explicados individualmente.

O conceito de representação social não é unânime entre os diversos pesquisadores na área da psicologia, que a definem de acordo com seus postulados teóricos, seus objetivos e natureza das pesquisas realizadas. Moscovici, psicólogo, em sua obra *Psychanalyse: son image et son publique*, de 1961, afirma que o fenômeno de representação social é passível de observação e identificação, porém o seu conceito é complexo por envolver duas áreas de conhecimento: a psicologia e a sociologia. Ele defende que a representação social é um conceito psicossocial. Os indivíduos constroem as representações quando compartilham conhecimentos com outros membros de sua comunidade; e esses conhecimentos compartilhados produzem, por sua vez, comportamentos e comunicação entre os indivíduos, permitindo assim a compreensão entre eles e a sua identidade e a de seus membros enquanto grupo. Essa construção é fruto da prática cotidiana de conversas e discussões entre esses sujeitos.

Moscovici aponta ainda que a especificidade da representação social está em ela constituir um conhecimento prático de senso comum, que se opõe ao conhecimento científico, porém que se assemelha a este, a partir de um conteúdo simbólico e prático, e que, elaborado assim socialmente, funciona para interpretar e agir sobre a realidade.

As representações podem estar baseadas em fatos científicos, ou em fatos não observáveis diretamente, como crenças, sugestões publicitárias, todas dependentes dos grupos sociais com os quais a pessoa convive.

É possível identificar a presença de ideologias através da apreensão das representações sociais.

Apenas quando confrontamos as nossas representações sociais com as nossas experiências e ações, e com as de outros do nosso grupo social, é que seremos capazes de perceber o que é ideológico em nossas representações e ações conseqüentes. Ou seja, pensar a realidade e os significados atribuídos a ela, questionando-os de forma a desenvolver ações diferenciadas, isto é, novas formas de agir, que por sua vez serão objetos de nosso pensar, é que nos permitirá desenvolver a consciência de nós mesmos, de nosso grupo social e de nossa classe como produtos históricos de nossa sociedade, e também cabendo a nós – agentes de nossa história pessoal e social – decidir se mantemos ou transformamos a nossa sociedade (LANE, 1981, p.36-37).

*SAÚDE E PBF: DIREITO,
SUBORDINAÇÃO SOCIAL OU
NORMATIZAÇÃO?*

4 SAÚDE E PBF: DIREITO, SUBORDINAÇÃO SOCIAL OU NORMATIZAÇÃO?

O cidadão é indivíduo que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade. Tudo o que acontece no mundo, seja no meu país, na minha cidade ou no meu bairro, acontece comigo. Então eu preciso participar das decisões que interferem na minha vida. Um cidadão com um sentimento ético forte e consciência da cidadania não deixa passar nada, não abre mão desse poder de participação (...) A idéia de cidadania ativa é ser alguém que cobra, propõe e pressiona o tempo todo. O cidadão precisa ter consciência do seu poder. Herbert José de Souza (Betinho)

A cidadania é o direito a ter direitos, pois a igualdade em dignidade e direitos dos seres humanos não é um dado. É um construído da convivência coletiva, que requer o acesso ao espaço público. É este acesso ao espaço público que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos." (HANNAH ARENDT)

4.1 Como a população distingue os dois programas

A maioria dos entrevistados não distingue o PSF como um programa de reorientação do modelo assistencial, criado para promoção, prevenção e recuperação da saúde, para reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e para a manutenção da saúde da comunidade. Ainda o confunde com o antigo modelo de assistência médica, centrado na doença. Refere-se à Unidade de Saúde da Família como policlínica ou posto de saúde, onde busca atendimento médico ambulatorial, e a principal mudança percebida pelo usuário foi a proximidade do serviço da sua residência, evitando-se a descida do morro para a busca de atendimento. Outra facilidade é o pronto atendimento, sem necessidade de marcar consultas com espera de várias semanas.

Neste sentido, a oferta de serviço não garante que a população tenha direito à saúde, uma vez que a percepção do usuário a respeito do programa não foi modificada e não está se construindo como um direito.

"Na saúde... não vou dizer pra você que eu vou todo mês no pediatra, as vezes dá uma virose, aqui tem muito isso, porque tem

muito rato debaixo da casa, as crianças brinca descalça, melhorou porque você vai na policlínica e se sente como num hospital, porque você chega lá, os enfermeiros vem logo tirar a tua pressão, tira a temperatura...melhorou bastante.”(F1)

“Eu acho que é a policlínica, né? Que a gente consulta, pega remédio, a gente que tem problema de diabetes, pressão, cuida das criança.” (F2)

“Antes eu me tratava na policlínica do Valongo, eu era lá antes, depois fizeram aqui, aí melhorou 100% pra mim. Eu tô com essas coisas aqui na perna, má circulação e dói, tem vezes que dói o joelho e descer e subir, pra mim descer é muito ruim, nossa, pra mim foi uma benção. Aí, quando eu escutei falá que iam construir um posto de saúde aqui, todos nós ficamos feliz, ficamo contentes quando nós soubemo, eu digo ah que beleza, que ótimo, eu adorei, sou bem tratada aí (...) Depois que veio pra cá, todos vão muito mais ao médico. O único que não vai é meu marido. Não gosta, eu converso com ele e ele fala deixa eu morrê, tá bom? Uma das vezes, a enfermeira veio até aqui dá vacina nele, ele não tomou porque disse que tava gripado, ele fuma muito, fuma muito cigarro, aí ele não tomou a vacina, quem tomou fui eu. Eu mando ele ir de vez em quando e ele fala que não vai não. Ele não gosta mesmo.” (F3)

“Saúde da Família ajuda porque é próximo de casa, se você precisa de um médico, tem aí ao lado, os resultados dos exames são bem mais rápidos do que você ir numa policlínica. Ajuda bem por estar aqui pertinho, né.” (F4)

Não foi relatada nenhuma ação de educação e promoção da saúde com a participação da comunidade, além da tentativa de implantação da Terapia Comunitária pela equipe da unidade de saúde do Morro da Penha, que recebeu treinamento específico para este fim. O abandono dessa técnica, após poucas sessões, não ficou claro para a população.

Em nenhuma das falas a saúde foi citada como um direito.

Quanto ao PBF, ele é entendido como um programa do governo federal de “ajuda aos pobres”. Verbalizam constantemente a extrema gratidão ao governo Lula pela ajuda que recebem, sem a qual estariam “passando necessidades”.

Em nenhum momento referem-se ao direito, garantido pela constituição do Brasil, de uma “vida digna”, sem privações das necessidades básicas de subsistência, cujo dever de suprir é do Estado.

“Eu acho que é uma ajuda que o governo dá pra gente, pras família carente.” (F2)

“Tá bom, se melhorar tudo bem, mas eu não exijo nada não, para mim o que me der já tá bom.” (F8)

“O BF é para as pessoas que não tem condição de ter outra renda dentro de casa né, é o que vejo falar na televisão.” (F9)

4.2 Acesso e co-responsabilidade no PBF

O acesso ao PSF ocorreu de forma automática, quando da inauguração da Unidade de Saúde da Família no Morro da Penha, com o cadastramento das famílias ali residentes pelos agentes comunitários, através das visitas domiciliares, ou quando o usuário comparecia espontaneamente à Unidade.

A inauguração já era um fato conhecido e esperado pela comunidade do morro.

“Na policlínica, eles vieram falar que abriu um posto de saúde e aí eu comecei a frequentar.” (F6)

“Aqui, eu não fui na policlínica, as meninas que vieram aqui pra me cadastrar. Nenhum problema”. (F2)

“Todo mundo já foi incluído quando inaugurou aqui.” (F4)

A co-responsabilidade das famílias no cuidado à saúde, um dos princípios da Estratégia Saúde da Família, nem sequer foi abordada durante as entrevistas.

Persiste o modelo paternalista, presente nas falas dos entrevistados: a relação entre comunidade e equipe multidisciplinar, mesmo quando se trata do agente comunitário, conserva traços autoritários. A representação social dos pobres - “eles sabem o que é bom para mim” - está latente no imaginário dos sujeitos.

*“Aqui eu não tenho nenhuma dificuldade, pelo contrário, se eu não for lá, porque eu tenho que medir a minha pressão toda semana, **eles vem aqui me cobrar**, viu como é bonito? **Se eu não for me cobram**, eles correm aqui. Tá vindo na minha casa, ou então ligam... quer dizer que eu não posso falar nada de mal.” (F3)*

*“Todo mês a agente vem na porta para ver como está, se tem alguém com algum problema ou não, se está tudo bem. Se precisar ela **manda** a gente estar indo lá para marcar consulta.” (F7)*

4.3 Mecanismos de inclusão e exclusão do PBF e suas condicionalidades

O conhecimento dos mecanismos de inclusão no PBF se deu de várias formas: meios de comunicação, vizinhos, agentes comunitários da Unidade de Saúde da Família, assistentes sociais do CRAS, pastoral, escola, participação nos programas extintos, etc.

“Eu me cadastrei no BF lá no Morro São Bento. Eu ouvia na televisão..tinha um bom tempo que tinha saído o BF e eu nunca me interessei. Eu trabalhava e achava que não era justo, porque eu vou querer? Aí foi quando meu marido ficou desempregado, eu também fiquei desempregada, ele só fazia bico, aí foi quando eu corri atrás e falei: eu vou fazer o BF. Aí eu saí daqui e fui lá no São Bento, que aqui não fazia.” (F1)

“Eu já recebia o PETI, sempre tinha meus filhos no CECOM e a tia Rosilda encaminhava pra receber o PETI por causa da carência da família e aí quando acabou e aí eu inclui tudo no BF.” (F2)

Quanto aos mecanismos de exclusão do programa, observaram-se variações locais nos critérios de exclusão do programa, o que traduz especificidades na sua forma de implementação no município. Além das condicionalidades na área da Saúde e Educação, normatizadas pelo poder central, com a finalidade de definir regras claras e objetivas, o governo local introduziu outras condições, originalmente não previstas pelo governo federal, para a permanência no PBF, que muitas vezes a população não consegue cumprir.

“O BF eu sei...a gente tem que ir diariamente nas reunião, pesar as criança, toda vez que vem, vem uma cartinha dizendo os curso que você tem de fazer. Eu sei, tem umas obrigação...várias coisa pra fazer (...)O meu maior medo é perder.” (F1)

“A criança não pode faltar ao colégio, nem os pequeno nem os maior e que eles tem sempre que ta no colégio, tem que ir sempre na reunião. Desde que eu fiz a primeira vez, eu tava no PETI, veio um rapaz do Morro do São Bento aqui, da assistente social, que sabe que eu tenho dificuldade de ficar nos lugar...não só porque eu operei a coluna, mas eu tenho um problema muito grave na bexiga, que eu operei...não fiquei boa, eu operei umas duas vezes, aí eu desisti de ir no Guilherme Álvaro, eu tenho muita dificuldade pra sair de casa, tenho a urina muito solta, eu fico muito na minha casa, então eu expliquei, então o rapaz veio aqui e todo ano, que é pra renovar. O meu maior medo é ser cortado do BF.” (F2)

“As obrigações é manter o filho no colégio, fazer cursinho e levar sempre os filhos no posto de saúde e pesar quem tem os filhinhos de 7 anos abaixo, é assim (...).É, tem as reunião, mês sim, mês não. Ela falam negócio do CRAS também. Elas falam bastante coisa...muita coisa boa., mas eu não gravo muito bem as coisas que elas falam. Elas falam assim, pode faltar em uma, se for em 2 ou 3 já bloqueia.” (F3)

“E o Bolsa Família também tem um acompanhamento, a cada dois meses tem uma reunião, e quando chama a gente tem que está presente lá. Fazer novo cadastramento ou quando tem alguma mudança na família, sai um ou entra mais um. Tem que está sempre informando.” (F7)

“Eu estava recebendo vinte reais, ai do nada fui tirar o dinheiro, a moça falou, que foi cortado, cancelado. Elas mandaram uma Assistente Social lá de cima (CRAS) na minha casa, elas pediram o RG do meu marido e da minha filha, eu levei, elas perguntaram se eu ia nas reunião, eu disse que não, eu não vou nas reuniões porque vocês não colocam meu nome, e quando tem aqui no postinho lá de cima, eu sempre vou. A minha irmã e minha vizinha avisam, ai eu vou lá, e elas falam que meu nome não está na lista, ai eu desço. Eu acho que foi por causa disso.” (F10)

Constata-se, assim, que a representação desses sujeitos a respeito do PBF não é a proposta do Governo Federal, e sim o resultado da sua vivência concreta da implantação local.

“Medo de perder? Não tenho, se perder é porque aconteceu alguma coisa, é porque Deus quis, para mim tanto faz, vou viver do mesmo jeito, sem BF, vou fazer o que, vou me matar, se perde, perdeu é porque eu fiz alguma coisa errada, então tem que pagar por isso. Vou ficar chorando, mais que é um adianto é, vou fazer tudo para não perder, mais se eu perder tenho que correr atrás de outro.” (F8)

“Eu acho que poderia melhorar o dinheiro para aquelas pessoas que tivessem mais necessidade de que a gente. Porque eu não penso só em mim, e agradecer, a eles que está mais lá em cima no alto, e pensar nas pessoas que está mais embaixo. Eu acho que eles vêem a necessidade do mais pobre, e quando a gente vai lá (CRAS) eles pedem tudo, para ver as condições da gente e vai até a nossa casa, para ver nossas condições, ai vai depender deles. Depende do que as moças anotam no papel e escreve, eu não acho que eu mereça ou que eles tem obrigação de dar para ninguém, ali está no coração deles e na mente deles, o que eles fizer é bem vindo, no meu ver é o que eu acho.” (F9)

A falta de uma publicização adequada à população e aos beneficiários em particular das regras de exclusão e de inclusão do programa, acaba fazendo com que estes tenham uma visão de ação onipotente e unilateral do Estado frente a eles. Isto se traduz no “medo” dos beneficiários de serem desligados, a qualquer momento, do programa.

Como não são claros os critérios de entrada e saída do programa, claramente divulgados pelo município, o medo da arbitrariedade leva os sujeitos a cumprir obrigações.

“No BF eu não sei dizer pra senhora. Eu acho bom que eu to recebendo, que não seja cortado, né. Tem muitas pessoas que reclama porque não foi na reunião...cortaram, porque teve dificuldade e foi cortado e eu acho que não devia ser assim. Porque se a gente fez entrevista com a assistente social e a gente pega é porque a gente necessita. Eu, pelo menos, eu acho assim.” (F2)

A cidadania necessita de estabilidade, senão ela não se constrói. Sem regras claras e objetivos definidos, não há a apropriação dos programas sociais como direito.

“O BF a gente vai nas reunião, que nem agora, eu acho...não sei...talvez esteja enganada, a gente tem que ir numa reunião. só que no momento eu tava de cabeça muito quente, que eu tava passando uns probleminhas dentro de casa e eu achei que lá não era lugar pra discutir, então eu falei que não queria ir, eu achei que eu fui tirada do BF porque eu não quis ser delegada. Não sei se eu to certa ou errada, se eu tiver errada, né? Mas, eu acho que eu fui excluída por causa disso, porque eles pediram pra eu ser delegada e eu falei que eu não ia ser. Aí no outro mês eu fui pra receber o BF e já tinham cortado.” (F5)

“Aí fomo no banco no mês passado e quando chegamo lá o rapaz disse: não tem mais bolsa não, mãe. Aí viemo embora, aí eu fui na Regina e disse que o moço do banco falou pra eu vir aqui perguntar pra você o que aconteceu e aí ela disse que ia ver. Ficou de me ligar e não disse mais nada....eu não sou insistente, eu sou daquelas...se a senhora disser pra mim, eu vou lhe dar, eu espero.” (F5)

“A comunicação é difícil porque a gente tem que marcar no CRAS, tem que ir até lá pra marcar, não marca por telefone, lá no CRAS da Nova Cintra. A minha maior preocupação é chegar no mês e não ter, e de ser cortado” (F9).

As condicionalidades, na área da saúde, foram citadas por todos os entrevistados, principalmente a vacinação e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças até sete anos de idade.

Não foram citados o acompanhamento pré-natal e das nutrizes, porém não havia gestantes e nutrizes entre as mulheres entrevistadas.

A condicionalidade na área da educação foi lembrada por todos durante as entrevistas.

Outra regra de exclusão do programa - ultrapassar o patamar de renda exigido pelo PBF - não foi citada pelos entrevistados. Este critério foi lembrado quando se abordaram as regras para a inclusão no programa. Os limites exigidos de renda per capita familiar para a inclusão no PBF é do conhecimento dos beneficiários.

Os entrevistados são cuidadosos quando lhe é perguntado sobre outras fontes de renda da família. Geralmente respondem que fazem “bicos” ou trabalham sem carteira assinada, na informalidade. Quando algum membro possui emprego formal, a renda declarada não ultrapassa os R\$ 120,00 per capita.

É perceptível a preocupação entre aceitar um novo trabalho e o risco de trocar a estabilidade do programa por rendas instáveis.

Neste sentido, não é recomendável que uma família seja retirada do programa por ultrapassar o patamar de renda. Evidencia-se aí o BF trazer consigo um traço de risco de desincentivo ao trabalho, relacionado ao medo (com fundamento dada a realidade do mercado de trabalho) da perda de emprego, uma vez que o programa não é flexível e não dá a garantia do retorno imediato do beneficiário ao programa em caso de perda do emprego.

4.4 A intersetorialidade nos dois programas

No Morro da Penha as condicionalidades na área da Saúde são cumpridas integralmente na Unidade de Saúde da Família, o que ficava mais difícil antes de a unidade ser inaugurada. Os agentes comunitários conhecem o PBF, orientam e indicam a família para cadastramento no programa.

No que diz respeito à articulação local entre os dois programas, no caso em estudo, as observações de campo e as entrevistas informais com os profissionais da saúde revelaram um estreito entrosamento entre os objetivos do PSF e do PBF na implementação do cumprimento das condicionalidades na saúde, e no encaminhamento das famílias (pelos agentes comunitários da saúde) para seu cadastramento e/ou recadastramento no BF. Inclusive as reuniões do CRAS são realizadas nas instalações da USF.

4.5 Percepção dos beneficiários das condicionalidades do PBF

As condicionalidades nos programas de transferência de renda surgiram com a preocupação de se evitar a transmissão da pobreza entre as gerações, juntamente com a pretensão de promover investimentos em educação e saúde, melhorando e facilitando o acesso da população empobrecida a estes serviços.

Quando se fala nas condicionalidades de saúde e educação – enviar as crianças à escola, vaciná-las e acompanhar o seu desenvolvimento nutricional – parece óbvio que os pais já se sentem obrigados legal ou socialmente a fazerem isto por seus filhos.

A discussão sobre a necessidade das condicionalidades nos programas de transferência de renda envolve questões políticas e de juízos de valor. Um programa de transferência de renda sem contrapartidas correria o risco de perder o apoio da sociedade.

As contrapartidas são percebidas pelos beneficiários como a retribuição pelo dinheiro recebido “de graça” - sem o suor do trabalho. Funcionam como argumento para a aprovação daquela parcela da sociedade que julga que os pobres não podem receber transferências do Estado sem dar “algo” em troca.

“Eu acho que tem que ter exigência porque é uma coisa que faz bem pra gente, né? Então, quer dizer, que só vai se for receber aquele dinheiro, então se não for receber, nunca vai? Tem de ir que é pra procurar a melhoria pra pessoa. Acho que se os governos não exigisse, muitas pessoa não iriam, acho que vai interessado, porque se não for, não vai receber aquele dinheiro. Eu acho que tá errado....mesmo que não receba eu acho que tem que manter o filho

no colégio, porque se não manter, como vai ser mais adiante, na adolescência de agora? Eu acho ótimo, o governo tem que fazer isso mesmo. Se não exigir também, não fazem, né? Se não fosse exigido, pra pesar eu já não digo que levava todo mês, mas pra vacina sim, porque se não vacinar fica doente. Na escola tem de ir. Por mim a pessoa tem que correr atrás pra uma coisa melhor.” (F3)

“Eu acho perfeito, a gente tem que ter uma obrigação. Já que tá ganhando, você não vai ganhar nada de graça, então você tem obrigação de levar as criança no médico, pesa...eu acho que tá certo, tem que ser assim. Antes da exigência as crianças sempre estudaram, mas era muito difícil levar as criança no médico. Só vai pra médico quando tiver doente, se não tá doente, porque ir pra médico? Eu pensava assim...agora....Pra vacinar eu levava, nenhuma vacina atrasada.” (F1)

“Eu acho certo...eu acho bom...pra todos..pra humanidade toda...pra todos que são carentes.” (F2)

“Eu acho que nem precisaria ter se cada um tivesse a consciência, mas em função da criança eu acho que nada mais é do que uma cobrança justa, porque tem muitos pais que recebe e não tá nem aí com os filhos. Então, se você não levar seu filho no médico, você quer receber uma coisa....acho que não tinha nem quer ter, todo pai tinha que ter a responsabilidade de ir periodicamente levar o seu filho pra saber como é que tá, se tá crescendo direitinho, tudo o mais.” (F4)

4.6 Melhorias propostas pelos usuários no PSF

Os usuários do PSF do Morro da Penha não encontram dificuldade no acesso aos serviços da unidade. Relatam a facilidade para marcar consultas, a proximidade com suas residências e as visitas domiciliares dos agentes comunitários como um diferencial ao antigo atendimento que recebiam antes de inauguração, quando tinham que se deslocar até o bairro do Valongo, que fica na descida do morro.

“a pediatra daí é uma ótima pessoa. Tem várias coisa, as vezes os menino passa mal, tem essa tal de virose , aí começa a vomitar, corro aqui rapidinho, sempre tem médico. Não tem esse negócio de esperar encaixe, marcar consulta. Se você chegar lá, atende você na hora e tem várias coisas.” (F1)

Percebem a equipe multidisciplinar como “cuidadora” e aceitam como natural a relação de autoridade, inclusive da figura do agente comunitário, que há pouco tempo atrás “era um deles”.

“tem os enfermeiros que vão em casa e tem os agentes que vão nas casas da pessoas, perguntam como é que tá a saúde, se tem algum problema ou não, mais pra tá tipo auxiliando. Estas visitas são muito interessantes, porque você se sente como se realmente alguém preocupasse com você.” (F4)

Os usuários criam vínculos emocionais com a equipe e a queixa generalizada foi a troca de médicos num curto intervalo de tempo. Sentem-se vulneráveis e abandonados com esta descontinuidade. Relatam sofrimento com a perda da pessoa que “realmente se importava e conhecia suas reais necessidades”.

“(...)Só que agora, de uns meses pra cá tá tudo bagunçado. Tá tudo virado de ponta cabeça, na minha opinião, né...eu não sei a opinião dos outros. Porque um dia vem um médico, no outro dia vem outro. Tinha uma médica muito boa, foi a primeira que me atendeu, (...) ela é muito boa. Aí agora, quando ela foi embora, eles tiraram sem a gente saber de nada e quando a gente viu já tinha outra médica. As vezes a gente se sente um pouco magoada porque a gente queria um médico bom, um médico que dissesse que vai ficar e vai cuidar da gente até quando der e quando não der a gente avisa, né? Que nem a Dra. C, ela era muito legal, muito mesmo, ela foi uma médica que eu dei os parabéns pra ela e no dia que eu fui lá pra passar com ela, que eles disseram que ela foi embora, eu chorei. Aí ficou quase uma semana sem médico, aí veio esta médica, a Dra. A.C. aí agora tiraram ela porque ela tá grávida e com esse negócio da gripe suína, né. Aí um dia vem um médico e no outro dia vem uma médica.” (F5)

“A maior dificuldade é a falta de médico, elas estão trabalhando, mais às vezes não tem médico e a maior dificuldade é um médico fixo. O atendimento é bom.” (F7)

Outras melhorias propostas pelos usuários foram a inclusão do atendimento odontológico nos serviços oferecidos pela unidade e aumento do número de médicos, com outras especialidades. Apontaram dificuldades para receberem estes serviços em outros locais.

“Se tivesse dentista...a gente que é carente tem que descer lá embaixo. Tem vez que tem, tem vez que marca e tem que esperar.” (F2)

“...no SF é uma médica apenas, acho que poderia ter mais especialidades, não ter que pedir encaminhamento pra ir pra outros lugares. Já precisei ir pra outros lugares, não reclamo porque foi até rápido, mas acho que facilitaria. Não tem dentista aqui, eu teria que ir marcar aqui na policlínica, em outro local.” (F4)

“Eu acho assim....que aí deveria ter também dentista, dentista só lá embaixo. E por também outra médica, porque quando falta uma, acho que devia por mais...enfermeiro tem. Só...e o resto tá bom, né?” (F3)

4.7 Melhorias propostas pelos beneficiários no PBF

Os entrevistados, por perceberem o PBF como um “presente” dado pelo governo aos pobres, ficam reticentes em propor melhorias ao programa..

Esboçam o desejo de que o valor do benefício seja aumentado, mas “o que vem já ajuda bastante”.

“Eu, no caso recebo 60 reais...eu acho que não tem mais nada pra melhorar. Eu acho que o valor é pouco, que nem, com 60 reais, 4 filhos, 60 reais dá pra comprar o que? 3 caixas de leite só.” (F1)

“Se fosse um pouquinho mais...o valor. Se aumentasse um pouquinho mais, a gente fazia mais alguma coisinha. A senhora vê, a gente que mora aqui, a senhora sabe que todos precisa. A gente pega 120, ou come ou paga alguma continha que precisa. Se o governo desse um pouquinho mais, ajudaria um pouquinho melhor. Esse daí já me ajuda bastante.” (F2)

“Tá bom, se melhorar tudo bem, mas eu não exijo nada não, para mim o que me der já tá bom.” (F8)

“No PBF eu acho que está bom demais, podia ter aumento para aquelas pessoas que não tem salário nenhum.” (F9)

“Melhorar, melhorar não tem nada não, porque eu também não entendo muito, pode melhorar se eles derem para as pessoas que realmente necessitam, porque eu vejo na televisão, que tem muitas

“pessoas que tem vida boa e recebe, aí eles costumam cortar né.” (F10)

Um entrevistado (cujo benefício havia acabado de ser aumentado) disse estar satisfeito com o valor.

“Do bolsa família eu to achando que estou recebendo bem, eu recebia quarenta reais, aí aumentou o valor. Para quem recebia quarenta reais está recebendo cento e dois, é uma maravilha.” (F6)

A entrevistada F3 possui netos adolescentes, que já saíram ou estão prestes a sair da cobertura do PBF e sugeriu a criação de atividades que facilitem a empregabilidades destes jovens. Ela desconhece que a prefeitura é responsável por esta contrapartida.

“Pra mim pra melhorar aí é ter uma atividade, já tem no CECOM, mas é coisa pouquinho, né. Um empreguinho pros menino fazer uma atividade. O meu netinho já tem 13 anos e vai pra 14. Eu tenho uma neta que eu acho que já vai sair ou já saiu, já fez 18 anos. Uma boa atividade pra eles, porque entrega currículo, mas demora a chamar. Não sei se é da sorte da pessoa, demora, a minha neta mesmo já botou vários currículo por aí. Aqui tens uns curso no CECOM, culinária, fazer pão, mas pros menino não tem.” (F3)

4.8 Melhoria das Condições de Vida após o acesso aos programas

A melhoria das condições de vida é associada principalmente à saúde e alimentação. A inauguração da Unidade Saúde da Família no morro trouxe, na percepção dos entrevistados, facilidade de acesso com consequente aumento no cuidado à saúde, principalmente na prevenção às doenças.

“Melhorou com certeza...alimentação melhorou mil vezes. Antes eu precisava muito da minha mãe, da minha família e agora eu sei que vai chegar no final do mês, eu vou lá tiro, e vou no mercado comprar alguma coisa pra eles. Eu gasto em leite, mas eu vario, tem meses que precisa de um chinelo, ou tá precisando de um tênis, eu falo: este mês a mãe vai comprar tênis pra um e no mês que vem compro

pro outro. Cada mês eu compro uma coisa pra um. E o restante eu deixo pra ir pro mercado.” (F2)

“Melhorou bastante....tive bastante ajuda porque eu crio estes neto, então muitas vezes a gente ta sem dinheirinho e quando eu recebo o BF, que é uma ajuda, né....médico aí em cima....muitas vezes, se fosse pra eu comprar, já falei pra senhora duas vezes, os remédio da pressão, da diabete, eu não teria condição de comprar, então me ajuda bastante. Tanto a mim, quanto meus filhos, entendeu?” (F2)

“Eu creio que melhorou, porque você tem a comodidade de ta indo bem mais ao médico, sem ter que ficar agendando consulta a longo prazo, mais de dois meses. Aqui você marca consulta bem rápido, no máximo demora uma semana. Quando você tem algum problema, você chega lá e o médico atende na hora.” (F3)

“Mudou em tudo. Assim, porque tem um posto de saúde bem próximo da nossa casa, não precisamos andar mais tão longe, ficou tudo mais fácil né. Quanto ao Bolsa Família ajudou bastante também, ajudou em tudo, ajudou para pagar meu aluguel, com o PNF já deu mais uma força também. E se fosse só o Bolsa Família, eu ficava devendo, pagava aos picadinhos, minha mãe que ajudava eu pagar o aluguel, às vezes ficava sem nada aqui em casa.” (F6)

4.9 Emancipação do PBF – “Visão de Futuro”

O PBF traz um alívio imediato à pobreza porque permite a satisfação das necessidades básicas, principalmente de alimentação e vestuário; porém, como é um recurso temporário, e no caso específico da população estudada como não há regras claras de desligamento do programa, paira a insegurança da “perda” do benefício, e a estabilidade necessária para traçar planos futuros fica comprometida.

“O dinheiro não é pra mim. Sempre quando falta alguma coisa...um tênis. A escola tem o tênis, mas como é da prefeitura, acaba se desgastando mais e como tem os que já é grandão, então eles não querem usar aquele tênis da prefeitura. Aí eu acabo pegando o dinheiro do BF pra comprar.” (F1)

Os entrevistados não criam ilusões quanto à emancipação do PBF a curto prazo. Depositam suas esperanças nos filhos, que por frequentarem a escola podem ter um futuro melhor, na medida em que aumentam as suas chances de emprego.

“Pra ajudar no futuro, eu creio que nada. No futuro nada. Eu acho que no momento tá ajudando bastante...no momento. Várias vezes eu já cheguei em casa e falei, vou abrir uma conta no banco , quando eu começar a trabalhar normal, registrada, tudo direitinho, eu vou pegar o dinheiro do BF e vou depositar todo mês na conta, porque amanhã ou depois um moleque vai ter um curso pra fazer e não vai ter o dinheiro, um curso de informática, eu não quero que meus filhos parem como eu parei, na 5ª. série, tendo que trabalhar de auxiliar de cozinha, faxineira....não, isso aí pros meus filhos eu não quero. Eu não quero que meus filho cheguem hoje ou amanhã e fale que vai parar de estudar . Vai estudar sim, mesmo que vá chorando, amarrado...mas vai estudar.” (F1)

“Eu como sou vó, a gente sempre sonha em querer um bem pra um neto, pra um filho, não é verdade? Então eu sonho assim, que eles estudem, pra mais adiante ser uma pessoa bem estudada, ou ter um empreguinho bom. Se correr atrás consegue....não muito, mas viver mais ou menos, consegue. Mas tem de correr atrás, né? Nada cai do céu.” (F3)

“Eu tento enxergar da melhor forma possível. Quero montar uma estrutura pra ela. É o que eu penso no momento. A gente que tá desempregada pensa todo momento nisso, então o que eu penso é nela, pra ela. Na verdade eu não vejo o auxílio do BF pro futuro, eu vejo pro presente. O fato dela estudar é uma obrigatoriedade, que independente do BF ou não, ela tem que estudar, enquanto der e puder, vai ter que estudar. Com certeza não vai sair da linha de pobreza, mas vai ajudar a ter uma visão melhor da vida, porque uma pessoa que estuda tem uma outra visão do que uma outra que não vê o futuro.” (F4)

A entrevistada com mais idade, que possui netos adolescentes com dificuldades de se empregar, é a única que não estabelece uma relação direta educação-possibilidade de emprego, pois percebe que a escola não dá garantia de emprego, e reivindica programas profissionalizantes como uma das coisas que poderia melhorar o PBF.

4.10 Estratégias de intervenção do Município na área social

Além das reuniões obrigatórias, percebida como “obrigação” e condição para se manter no PBF, o município não oferece aos beneficiários do PBF programas complementares visando criar “portas de saída” para esta população. Mas ele

implementa outro programa de transferência de renda, o Programa Nossa Família (PNF), cujo objetivo é incentivar os beneficiários a fazerem cursos profissionalizantes. Não foi possível, neste caso, identificar claramente os critérios de escolha das famílias; a maioria dos sujeitos por nós pesquisados, que fizeram parte deste programa, por sua vez declararam não terem conseguido cumprir com as suas exigências.

“Já veio o assistente social ... lá do Morro São Bento, já veio aqui na minha casa, porque antes de eu começar a fazer o bico, eu entrei no programa da prefeitura PNF, só que aí tinha que fazer um monte de curso, aí foi logo que eu comecei a fazer um monte de bico, aí não deu, aí eu cheguei lá e falei que não vai dar pra fazer os cursos, aí ele falou que então vai ser cortado, aí eu fui cortada. Só recebi dois meses.” (F1)

“Todo mês você tem que ir lá, sentar com eles e dizer quanto você gastou no curso, quanto sobrou, o que você fez.... tem este o controle todo mês. Eu quando peguei, eu já tinha o curso de manicure e ele disse pra eu ir na loja e gastar o dinheiro todo com material e você vai chegar aqui ne mim e dizer que gastou o dinheiro todo com material. Leva nota fiscal, leva tudo pra comprovar que gastei o dinheiro com material. Você pode utilizar o dinheiro pra comprar um gás, mas se gastou o dinheiro do PNF, tem que ter as suas coisas de trabalho, tem que controlar. Eu não dei seguimento porque comecei a trabalhar e aí para de receber. Se você for uma pessoa honesta, você vai lá e vai falar. Se você tiver com pilantragem só pra receber o dinheiro, o que você vai fazer? Vai receber até quando eles não descobrirem e eu acho que eles descobrem. Tem que fazer entrevista todo mês lá no morro.” (F1)

‘É, tem as reunião, mês sim, mês não. Ela falam negócio do CRAIS também. Elas falam bastante coisa...muita coisa boa., mas eu não gravo muito bem as coisas que elas falam.’ (F2)

Considerações finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambos os programas – PSF e PBF – apresentam algumas convergências entre si, e diferenças marcantes, que devem aqui ser assinaladas. A primeira delas é que no caso do PSF ele está inscrito como um direito à saúde, o que rebate no PBF, uma vez que o que é condicionalidade neste programa, constitui um direito para o setor da saúde. A segunda delas diz respeito ao fato de que a saúde, enquanto um direito, pressupõe acesso universal aos serviços em todos os níveis de complexidade, enquanto no caso do PBF, ele não se inscreve no rol dos direitos sociais. Mas ambos os programas tem em comum o fato de compartilharem do traço da “universalidade entre os pobres”, já que o PSF iniciou sua implementação pela população mais pobre dos municípios mais pobres e foi paulatinamente se espraiando pela população mais pobre dos municípios de médio e grande porte. E o PBF tem como público alvo a população pobre, tendo como objetivo atingir a cobertura universal desse segmento.

Ambos os programas, por outro lado, trabalham com o conceito de família, abordado diferentemente entre eles, na origem da sua formulação. Para o PSF família se confunde com o domicílio e seus residentes, independentemente da composição familiar desses residentes. Já para o PBF, família corresponde a laços consanguíneos ou de afinidade reconhecidos pelo grupo que habita um determinado domicílio, nele podendo conviver mais de um núcleo familiar. O que pode acontecer, e no caso desta pesquisa parece estar acontecendo é que, dada a coincidência de implantação dos dois programas na mesma área geográfica, prevalecer a concepção do PSF sobre a do PBF.

Mas do que se trata, na realidade, é da convivência e do entrecruzamento de dois programas, um que lida com os direitos da cidadania, enquanto tais consolidados pela Constituição de 1988, e outro que lida com a constituição de futuros direitos sociais, voltados hoje para a melhoria das condições de vida dos segmentos sociais expostos a condições de extrema vulnerabilidade social. A questão que se buscou perseguir nesta pesquisa é se as condicionalidades na área da saúde exigidas pelo PBF não estariam contaminando a concepção da saúde como um direito por parte desses sujeitos sociais.

Os achados da pesquisa, no entanto, apontam para questões mais de fundo, e que dizem respeito à própria história da constituição do sistema de proteção social brasileiro, e seu padrão de regulação social. Em outros termos, da relação Estado/sociedade na ponta desse sistema, isto é, no município, numa área específica, no caso, no Morro da Penha.

A experiência estudada revela a fragmentação da atuação do Estado no nível local, que por sua vez expressa essa mesma fragmentação nos demais níveis de governo, apesar dos esforços e dos discursos da necessidade de políticas intersetoriais e mesmo de equipes multiprofissionais. Mas revela também que, independentemente do conteúdo social que se queira imprimir às políticas sociais, são os agentes encarregados da sua implementação, no contexto dos governos locais, que acabam por dar esse conteúdo, e com isso reforçar ou mudar a representação social dos beneficiários, ou potenciais cidadãos, sobre o direito ao acesso aos serviços e/ou benefícios.

No caso estudado, o que se verificou foi que a representação social que os usuários têm do PSF é a de meros consumidores de serviços, daí perceberem a melhoria a partir da inauguração da unidade de serviço em termos de proximidade e melhoria do acesso. Por outro lado, seus depoimentos revelam um traço fortemente paternalista e autoritário da ação do Estado, traduzido nas suas falas sobre a ação dos ACS: eles “cobram”, eles “mandam” são termos freqüentes utilizados pelos entrevistados.

Isso revela que, por si só, o PSF não está contribuindo, pela sua forma de implementação, para a construção da percepção, por parte da população, da saúde como um direito, embora seja indiscutível o avanço que ele representa enquanto cobertura do acesso da mesma aos serviços de saúde. No entanto, se cobertura não pode ser confundida com acesso, tampouco acesso pode ser confundido com direito.

Da mesma forma o PBF. Enquanto no nível central a concepção do programa consiste em promover a autonomia dos beneficiários no uso dos recursos e de seu tempo, apostando no fato de que os pobres sabem como gastar seu dinheiro e sabem de suas necessidades melhor do que os técnicos e os profissionais especializados, na sua implementação o que se verifica é a primazia da vontade do poder público sobre o livre arbítrio dos beneficiários. Daí a importância do fato de para os beneficiários não estarem suficientemente claros os critérios de entrada,

mas sobretudo de saída do programa, já que os direitos sociais exigem a estabilidade de sua garantia concreta de acesso. Pelo menos duas falas das entrevistas exemplificam isto de forma esclarecedora: aquela que se refere a que entrar ou não para o programa “depende do que as moças escrevem no papel...depende do coração deles e da mente deles”. E um outro depoimento em que o beneficiário associa o fato de não ter querido ser delegado (provavelmente no conselho de assistência social) ao fato de ter sido cortado do PBF.

Contrasta com isso outro depoimento em que o hoje beneficiário afirma até então não havia ido procurar o BF porque trabalhava, e “então não era justo porque não precisava tanto” mas que agora com todo mundo desempregado, é que foi procurar. Vê-se, por aí, que a própria população convive com seus critérios e sua representação social de necessidades sociais e prioridades sociais do grupo ao qual pertence.

Talvez o achado mais significativo deste estudo consista em que, embora a população distinga os dois programas de forma clara, nenhum dos dois ocupa, na representação social desses sujeitos, a dimensão do direito social, mas a de um favor, ou uma dádiva (por vezes atribuída a deus), em que as contrapartidas são uma retribuição a esse favor, ou algo necessário não para si, mas para todos os demais, não tão responsáveis como eles próprios. Nesse sentido, converge a representação social desse segmento dos pobres sobre eles próprios com aquela que as classes privilegiadas têm sobre eles, o que leva a crer que esses programas sociais estão de certa forma reproduzindo na ação dos seus agentes esse conteúdo social.

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDRE, Marcos. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Comum**. Rio de Janeiro, v.10, nº 23, p. 122 a 138, julho/dezembro 2004.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 5ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 7. ed. Rio: Forense Universitária, 1995.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

AYRES, J.R.C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunic. Saúde. Educ**, v.8, n.14, p.73-91, 2004.

BARROS, A.J.P., LEHFELD, A.N.S. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. Petrópolis: Vozes, 2003.

BASTOS, L.A.B., BASTOS A.C.S., SANTANA, E.M. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc saúde coletiva**, n.7, v.3, p.581-589, 2002.

BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

BICHIR, R.M. **Novas experiências nas políticas de combate à pobreza: os programas de transferência de renda em São Paulo**. In: 32º Encontro Anual da Anpocs, 2008, Caxambu. Anais do 32º Encontro Anual da Anpocs, 2008. Disponível em: <http://www.undp-povertycentre.org/publications/mds/10P.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2009.

BLOG DO PT TAUBATÉ. **Renda Básica da Cidadania: Vera Saba participa de momento histórico no país.** Disponível em: <http://pttaubate.blogspot.com/2009/03/vera-saba-participa-de-momento.html>. Acesso em: 21 de Julho de 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes; 1999.

BRANCO, F. Cidadania e novos direitos: ensaio em torno do Rendimento Mínimo Garantido. In: KARSCH U, YASBEK MC, SPOSATI A, MARTINELLI, ML, organizadores. **Estudos do Serviço Social Brasil e Portugal.** São Paulo: EDUC; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família – Competência Dezembro/2009.** Brasília 2010. Disponível em: <[HTTP://www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família - PSF.** Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 de Abril de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Informações Bolsa Família.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2010.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família. Legislação e Instruções.** Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 12 de Abril de 2008.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria Interministerial MS/MDS 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. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria Interministerial 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 Brasília, 2008.

BRASIL, Presidência da República / Casa Civil. **Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.** Brasília, 2003.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 10.835, de 8 de janeiro de 2004, Institui a Renda Básica da Cidadania e dá outras providências.** Brasília, 2004

BRASIL, Presidência da República / Casa Civil. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.** Brasília, 2004.

BRASIL, Presidência da República / Casa Civil. **Decreto 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.** Brasília, 2004.

CAPISTRANO FILHO, David, O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Estudos Avançados.** São Paulo, v.13, n. 35, Jan./Abr. 1999.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, M.C.B. A priorização da família na agenda da política social. n: _____. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez/ EDUC, 1997, p. 11-21.

COHN A. **Gastos Sociais e Políticas Sociais nos Anos 90: a persistência do padrão histórico de proteção social brasileiro**. XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), GT03: Estrutura Social e Desigualdade. Petrópolis, 2000.

COHN, A. **Políticas sociais e pobreza no Brasil**. IPEA: Planejamento de Política Públicas nº 12. JUN/DEZ de 1995.

COHN, A., ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

COHN, A e Fonseca, A. NACIONAL: O Bolsa-Família e a questão social. **Revista Teoria e Debate**, n.57. Março/Abril de 2004. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br>>. Acesso em: 12 de Abril de 2008.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública**, v.18, p.191-202.suppl, 2002.

DRAIBE, S.A. Construção institucional da política brasileira de combate à pobreza: perfis, processos e agenda. **Caderno de Pesquisa n.34**. Campinas: NEPP/ UNICAMP, 1997.

FONSECA, A.M.M. **Família e política de renda mínima**. São Paulo: Cortez, 2001.

GONÇALVES, M.G.M. Concepções de adolescência veiculadas pela mídia televisiva: um estudo das produções dirigidas aos jovens. In: OZELLA, Sergio

(organizados). **Adolescências Construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

HAGETTE, M. T. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2000, 224 p.

JACCOUD, Luciana. **Pobres, Pobreza e Cidadania: Os desafios recentes da proteção social**. Texto para discussão n. 1372, 2008. Disponível em http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1372.pdf. Acesso em 23 de setembro de 2009.

LANE, Silvia T.M. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense; 1981.

LAVINAS, L. **Universalizando direitos**. Revista Observatório de cidadania – relatório 2004: medos e privações – obstáculos à segurança humana. Rio de Janeiro: IBASE, março de 2004. p. 67-74.

LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. O social no governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 267, n.1, p. 58-74, jan./mar. 2006.

MARQUES, R.M. A Importância do Bolsa Família nos Municípios Brasileiros. MDS- **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, número 1. Brasília 2005.

MENDES, G.R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MERHY E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY E.E. **O SUS e um dos seus dilemas:** mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES; 1995.

MESA, L. C. **Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI.** Santiago do Chile: ONU: Cepal, 2000.

MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. **Qualitative data analysis.** Thousand Oaks, CA: SAGE Morse, J. M., 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. **As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980 - 2000).** In: Lima, N. T. et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 153-192.

PEREIRA, P.A.P. **Necessidades Humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo. Cortez, 2002.

PEREIRA P.A.P. **Sobre a Política de Assistência Social no Brasil.** In: Política Social e Democracia. Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira (organizadoras), São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS / Secretaria de Ação Comunitária e Cidadania. **"NOSSA FAMÍLIA": UM PROGRAMA DE INCENTIVO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA (SANTOS).** Santos, 1998. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/1105.htm> acesso em 17/09/2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. **Lei nº 2.138 de 29 de setembro de 2003. Reformula o programa instituído através da Lei nº 1.416 de 04 de outubro de 1995 e altera a denominação para Programa Nossa Família.** Santos, 2003

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. **Decreto nº 4.214 de 20 de fevereiro de 2004. Regulamenta o Programa Nossa Família, reformulado pela Lei nº 2.138 de 29 de setembro de 2003.** Santos, 2004.

RIZOTTI, M.L.A. Construção do Sistema de Proteção Social no Brasil: Avanços e Retrocessos na Legislação Social. **Doutrinas Jurídicas**, v. 25, p. 11, 2006.

RIZOTTI, M.L.A. Estado e Sociedade Civil na História das Políticas Sociais Brasileiras. **Semina: Ci. Soc. Hum.**, Londrina, v.22, p.39-56, set.2001.

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

SANTOS, W.G. **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro: Campus; 1994.

SENNA, M.C.M.; BURLANDY, Luciene; MONNERAT, G.L.; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Artigo Rev. Katál.** Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2007

SEPROG. Rev Bras Promoção da Saúde 2004; 17(3):119-26. 8. Tribunal de Contas da União, Secretaria de fiscalização de programas do governo. **Avaliação do programa de Saúde da Família – PSF**, Brasília; 2002.

SILVEIRA, A.M. Redistribuição de renda. In: **Revista Brasileira de Economia.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, abril/junho, 1975.

SOUZA, A.M.A., SANTOS, I. **Processo educativo nos serviços de saúde.** Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01. Brasília: OPAS; 1993. Levy A. O

posicionamento clínico. Ciências Clínicas e Organizações Sociais. São Paulo: Autêntica; 2000.

SUPLICY E. **Renda de cidadania:** a saída é pela porta. São Paulo: Cortez-Fundação Perseu Abramo; 2002.

VILLAS BÔAS, L.P.S. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturama. **Psic. da Ed.** São Paulo, v.19, p.143-166, 2º sem.de 2004.

WALDOW, V.R. **Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis: Vozes; 2005.

Anexos

ANEXO A

UNISANTOS

Universidade Católica de Santos

PARECER DO COMET-UNISANTOS

Projeto de pesquisa: “A Saúde como Direito: a Percepção da Condicionalidade da Saúde pelos Beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família”

Pesquisador Responsável: Rosemary Felipe de Andrade

Processo nº 702-15-2009 de 06 de março de 2009

Prezado Pesquisador

As novas versões do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Projeto de Pesquisa, referentes ao projeto de pesquisa acima referido, enviadas por V. Sa., foram analisadas por um relator e por um revisor, na perspectiva do cumprimento das recomendações anteriormente feitas por este Comitê, que buscaram o cumprimento das exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Cumpre-me informá-la que essa análise teve como conclusão estarem sanadas as falhas, anteriormente apontadas, razão porque esse projeto de pesquisa foi avaliado como aprovado, sendo que essa avaliação foi ratificada, nesta data, pelo plenário do Comet.

Santos, 09 de junho de 2.009



Prof.ª. Dra. Waldine Viana da Silva
Coordenadora do COMET- SANTOS

ANEXO B

**PREFEITURA DE SANTOS**
Secretaria de Saúde

AO PSF da Penha

A Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde encaminha a pesquisadora Rosemery Felipe de Andrade mestranda da Universidade Católica de Santos, a essa Unidade para realizarem a Pesquisa: "A Saúde como Direito: a percepção da condicionalidade da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família".

O Pesquisador realizará questionário e entrevista, conforme consta em sua Proposta e se compromete a entregar os resultados, antes de sua publicação à esta Coordenadoria.

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, através do telefone 3201 5608.

Atenciosamente,

Profª Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora Pedagógica
COFORM/DEPRO/SMS

Dr Maria Ligia Lyra Pereira
Coordenadora de Formação Continuada
em Saúde -DEPRO/SMS

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informado(a) sobre o estudo “A Saúde como direito: a percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família”.

O objetivo deste estudo é verificar se o cumprimento das exigências na área da Saúde, feitas pelo Programa Bolsa Família, do ponto de vista da representação dos usuários, contaminam uma das diretrizes principais do Sistema Único de Saúde, que é a saúde como um direito do cidadão, e se o Programa Saúde da Família garante o seu cumprimento. Trata-se de uma pesquisa realizada pela aluna Rosemery Felipe de Andrade, do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. O estudo consta de entrevistas, com meu relato sobre minha experiência enquanto usuário(a) do Programa Saúde da Família e beneficiário(a) do Programa Bolsa Família.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistado(a) em entrevista realizada em minha residência (se eu concordar).
- A entrevista será gravada (se eu concordar), com a garantia de que sua reprodução utilizando a minha voz não será feita.
- Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trouxer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- O acesso às respostas será reservado à pesquisadora Rosemery Felipe de Andrade e à sua orientadora Prof^a Dra. Amélia Cohn. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A vantagem em participar deste estudo é que contribuirei para uma melhor compreensão da saúde como um direito de cidadania, e os meus depoimentos servirão para a melhoria das Políticas Públicas e dos Programas Sociais.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora Rosemery Felipe de Andrade na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, ou pelos telefones (13) 3205-5555 e (13) 8123-4233.
- Em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Av. Conselheiro Nébias, nº 300, sala 209 ou pelo telefone 3205-5555.
- Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento pelos serviços da cidade.
- Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi feito em 2 (duas) vias. Uma ficará com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

Rosemery Felipe de Andrade
Pesquisadora responsável
Para contato: (13) 81234233

Profª Drª Amélia Cohn
Professora Orientadora

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Endereço: _____

RG nº _____

Data: ____/____/____

ANEXO D**Roteiro de Entrevista****I Identificação**

Nome: _____

Código: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

II Dados Sócio-econômicos

Composição Familiar: nº membros _____ nº filhos _____

Tipo de moradia (cortiço, coletiva, casa, chalé): _____

Quantidade de cômodos: _____ Nº de moradores: _____

Renda Familiar: R\$ _____

Renda Formal: R\$ _____

Renda Informal: R\$ _____

III Entrevista

- 1) Qual a diferença entre o PSF e o PBF?
- 2) Fale sobre o funcionamento dos dois programas: mecanismos de acesso aos programas, como se dá a inclusão e a exclusão aos programas e quais as obrigações exigidas pelos programas.
- 3) Quais os benefícios que tem, você e sua família, por estar inserido no PSF e no PBF?
- 4) O que você acha que pode ser melhorado no PSF? E no PBF?
- 5) Você se sente prejudicado em algum dos dois programas? Em qual situação? Relate.
- 6) O que mudou na sua vida após a adesão ao PSF? E no PBF?
- 7) O que aconteceu com qualidade de vida da sua família após o ingresso em cada um dos programas?
- 8) O que é ter saúde pra você? Quando uma pessoa está com saúde?
- 9) Depois do PSF a sua saúde e da sua família teve alguma mudança? Qual? Por que você acha isso?
- 10) Você conhece as “condicionalidades” exigidas pelo PBF na área da saúde? Como você cumpre? O fato de você ser usuária do PSF ajuda no cumprimento destas condicionalidades ou você tem que procurar outro tipo de serviço? Qual?

- 11) O que você acha dessas condicionalidades na educação e na saúde exigidas pelo PBF? Antes, você estava com os filhos na escola? Levava as crianças no posto para vacinar?
- 12) Além do PBF, você ou alguém da família recebe algum outro auxílio de algum outro Programa (federal, estadual ou municipal)?
- 13) Como você e sua família fazem para dar conta do sustento da família?
- 14) Você ou alguém da família recebe ou já recebeu encaminhamento de alguém da assistência social ou do PBF para procurar outros programas (Peti, Agente Jovem, Adolescente Aprendiz, etc)?
- 15) No que o PBF está ajudando você e sua família para poder no futuro ter melhores condições de vida?
- 16) No PSF, como foi para entrar, e qual a maior dificuldade que você tem hoje para conseguir atendimento?
- 17) E no PBF? Como você entrou? Quanto tempo demorou entre o cadastramento e o recebimento da bolsa? Como você é informado quando tem algum problema para resolver? A comunicação é fácil ou difícil? Qual o seu maior medo em relação ao Programa?
- 18) Onde você recebe a bolsa? Tem ou já teve algum problema para receber?