

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

RAÍSSA TAÍS KIST

**SAÚDE INTEGRAL E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: A CONTRADIÇÃO
ENTRE O DIREITO E A OBRIGATORIEDADE DO ACESSO**

Porto Alegre
2018

RAÍSSA TAIS KIST

**SAÚDE INTEGRAL E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: A CONTRADIÇÃO
ENTRE O DIREITO E A OBRIGATORIEDADE DO ACESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mailiz Garibotti Lusa

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Kist, Raíssa Taís
SAÚDE INTEGRAL E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: A
CONTRADIÇÃO ENTRE O DIREITO E A OBRIGATORIEDADE DO
ACESSO / Raissa Taís Kist. -- 2018.
83 f.
Orientadora: Mailiz Garibotti Lusa.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Programa Bolsa Família. 2. Saúde. 3.
Intersetorialidade. 4. Condicionalidade. I. Lusa,
Mailiz Garibotti, orient. II. Título.

RAÍSSA TAIS KIST

**SAÚDE INTEGRAL E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: A CONTRADIÇÃO
ENTRE O DIREITO E A OBRIGATORIEDADE DO ACESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Aprovado em ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Mailiz Garibotti Lusa
Orientadora

Prof. Dr. Tiago Martinelli
Arguidor

Ms. Margarete Alessandrini
Unidade de Saúde Modelo - SMS POA
Convidada

AGRADECIMENTOS

Esse processo se encerra com um grande sentimento de gratidão por todas as pessoas que me acolheram, me apoiaram, me ajudaram de alguma forma. Todas as pessoas que de alguma forma fizeram a diferença nesse caminho de graduação. Os agradecimentos iniciam para as pessoas mais importantes da minha vida: minha família. Minha mãe, Claudete, por me incentivar a vir para a cidade grande, me ouvir e me aconselhar sempre que preciso, por chorar comigo. Meu pai, Clério, por sempre acreditar em mim e por ter o olhar mais doce. E meu irmão, Marcelo, por ser infinitamente o meu parceiro, independente da distância. Morro de orgulho de ti. Por cada mala cheia de comida, por cada centavo investido, obrigada.

Além da família nuclear, ainda tem uma boa parte da família que me ajudou muito e acompanhou todo o meu processo, e aí o agradecimento especial à minha tia Maristela e ao meu tio Nelson, que me acolheram na sua casa no primeiro ano morando em Porto Alegre, e por serem a minha referência aqui desde então.

Família não é só aquela consanguínea, e aí amplo o leque de pessoas que me ajudaram e estão comigo sempre. Primeiramente gostaria de agradecer pela companhia de todos esses anos à Akemi, que me acompanha em todas as mudanças na universidade, cada uma no seu caminho, nem sempre tão perto, mas sempre juntas.

Gostaria de agradecer à CEUFRGS (Casa do Estudante do Campus Saúde), onde residi por 5 anos, onde fiz amizades incríveis, aprendi a morar em coletivo e a constituir uma autogestão. É preciso muita luta, resistência e saúde mental. Nesse lugar conheci e fiz amizades incríveis, as quais carrego comigo até hoje: Simy, Nati, Pablo, Mara, Pedro, Carol, Sah, Rô, Carina, Carlinha, Pri... e o Gui que, além de amigo, foi meu companheiro e será parte de mim sempre.

Minha família na UFRGS começou no curso de Fisioterapia, que cursei por 2 anos e fiz amizades especiais, convivi e aprendi muito. Nosso grupo de trabalho será sempre o grupo para a vida: Ana, Amanda, Renata, Bruna e Fran. Fran que além de amiga é minha irmã de alma. Depois, com a mudança para o Serviço Social, muitos vínculos e “só as miga salva”. Mari, Ba, Márcia, Fê, Lila, Nick, Nati, Liz, Jaque, Poli, Val, Bruna, Lui, Jéscia, Paty, Rê, Isa, Cari, Daph, Manu, Samara: se eu consegui ultrapassar todas as dificuldades da graduação e dessa formação, se consegui passar por todos os obstáculos de permanência na universidade, foi porque vocês estavam comigo. Foi porque a gente reclamou, bebeu, chorou e riu juntas. Nada disso teria sentido. Cada uma de um jeito diferente, em uma situação diferente, fez a diferença para mim.

Meu estágio obrigatório, com certas dificuldades no início, se tornou a melhor experiência de estágio que eu poderia ter tido, e isso só poderia ter sido com a Margarete como supervisora. Obrigada pela amizade que construímos.

Ao PET PPJ onde tomei consciência dessa profissão que escolhi, onde conheci pessoas incríveis, onde aprendi muito sobre permanência na Universidade.

Aos Brincantes do Paralelo 30 onde me reencontrei na arte, onde fiz vínculos muito especiais. O lugar certo com as pessoas certas para entender que a vida tem muito mais arte do que imaginamos.

Ao meu estágio não obrigatório que além de me garantir financeiramente nessa cidade, me trouxe pessoas incríveis e a melhor equipe de trabalho. Para além de colegas de trabalho, são pessoas que se apoiam, se ouvem e crescem juntas. Não poderia ter sido mais sortuda: Cátia, Camila, Charene, Leo e Zé.

Depois de um período de mais de 5 anos residindo na casa de estudante, chegou um momento de rompimento com essa casa e a construção de outra família, e aí agradeço a mim pelo esforço de conseguir pagar pela minha saúde mental e às pessoas especiais que hoje dividem apartamento comigo, obrigada por me acolherem Bruna, Edwin e Ingrid.

Por último e não menos importante, quero agradecer a uma pessoa muito especial, que caminha comigo desde o começo do curso, com a qual me identifico muito e tento me espelhar a cada dia para ser uma profissional que chegue aos pés da sua capacidade de força e garra: minha supervisora, orientadora e grande “pequena” Mailiz. Obrigada por me aceitar como sua orientanda, não vejo esse processo de outra forma se não contigo.

RESUMO

O Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Serviço Social tem como tema a Saúde integral e o Programa Bolsa Família: a contradição entre o direito e a obrigatoriedade do acesso. Seu objetivo é analisar as estratégias de aproximação do serviço de atenção básica em saúde com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), a fim de garantir-lhes o atendimento integral em saúde. Para atingir tal objetivo, é fundamental articular as reflexões sobre a construção histórica da Política de Saúde, da Política de Assistência Social, uma problematização do PBF e o atendimento em saúde. A relevância científica do tema está na possibilidade de provocar um diálogo aprofundado acerca do atendimento na atenção básica em saúde das famílias beneficiárias do PBF, a fim de possibilitar novas estratégias de aproximação das Unidades de Saúde com essas famílias. O trabalho é resultado de todo o processo de formação profissional, especialmente a partir da vivência do estágio obrigatório em Serviço Social I, II e III, realizado na Unidade de Saúde Modelo, localizada no bairro Santana, em Porto Alegre, RS. A metodologia é orientada pelo materialismo histórico-dialético, com abordagem qualitativa, contemplando a pesquisa bibliográfica, documental e empírica, que foi realizada através de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado. O TCC está organizado em três capítulos teóricos, sendo que o primeiro trata sobre a intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social e a Seguridade Social; o segundo discute sobre o Programa Bolsa Família e a relação entre direito e obrigação; e o terceiro reflete sobre o atendimento das famílias beneficiárias do PBF na Unidade de Saúde Modelo e a problematização da garantia da saúde integral. Esse estudo possibilita afirmar que as famílias beneficiárias encontram muitas dificuldades de atendimento nas Unidades de Saúde (US), o que dificulta no cumprimento da condicionalidade saúde do Programa, e que as Unidades de Saúde têm dificuldades de atendimento, muitas vezes por uma questão de precarização do serviço público, e não conseguem fazer a busca ativa das famílias que não acessam a Unidade. Todas essas questões representam obstáculos para o atendimento de saúde de forma integral dessas famílias nas US. Ainda assim, conclui-se que o PBF se configura como um benefício fundamental para a manutenção da vida dessas famílias.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família; Saúde; Intersetorialidade; Condicionalidade.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABSA	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CEDEL	Centro Diaconal Evangélico Luterano
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMS	Centro de Saúde Modelo
CNSS	Conselho Nacional de Serviço Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS	Sistema Informatizado do SUS
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
GDS Centro	Gerência Distrital de Saúde Centro
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
OP	Orçamento Participativo
PBF	Programa Bolsa Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
POA	Porto Alegre
PTRC	Programas de Transferência de Renda Condicionada
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

UBS

Unidade Básica de Saúde

US

Unidade de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 A INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM OLHAR A PARTIR DA SEGURIDADE SOCIAL	12
1.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA AO SUS HOJE	13
1.2 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: DA CARIDADE À CONFIGURAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA	16
1.3 SEGURIDADE SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA CATEGORIA MEDIAÇÃO	20
2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) E A SAÚDE: UMA RELAÇÃO DE OBRIGAÇÃO OU DE DIREITO?	26
2.1 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) E AS CONDICIONALIDADES	28
2.2 A CONTRADIÇÃO ENTRE DIREITO E OBRIGAÇÃO COMO EQUAÇÃO PARA COMPREENDER A CONDICIONALIDADE	32
2.3 A CONDICIONALIDADE DA SAÚDE NO PBF	36
3 O ATENDIMENTO DAS FAMÍLIAS DO PBF NA UNIDADE DE SAÚDE MODELO: O ACOMPANHAMENTO PARA A GARANTIA DA SAÚDE INTEGRAL	40
3.1 A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE NA US MODELO E O ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF	42
3.2 PROBLEMATIZAÇÃO DA OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA E O NÃO ACESSO.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	69
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	73

APÊNDICE A - INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIO BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	75
APÊNDICE B - INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATENDIMENTO DE BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	77
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)..	78

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é resultado de uma apropriação acadêmica, inclusive de antes do ingresso para o curso de Serviço Social, quando se iniciou o interesse pela Política de Saúde. Faz parte de um arcabouço de interesses e de teorias para além da graduação, um processo de investigação também pessoal. A aproximação com a temática da saúde, da Atenção Básica em Saúde (ABS), portanto, não é recente e tem um histórico no período de graduação da aluna. A formação em Serviço Social traz uma aproximação ainda maior com essa área, o que faz com que este processo seja construído com entusiasmo. Assim, a formação em sua totalidade contribuiu, até aqui, para a construção de elementos que possibilitam o aprofundamento de tal temática.

O presente TCC refere-se, também, à continuidade de um processo investigativo a partir da experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social I, II e III da acadêmica, realizado na Unidade de Saúde (US) Modelo, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no período compreendido entre 2015/1 até 2016/2. Na US Modelo, o estágio foi realizado mais especificamente na Unidade Básica de Saúde (USB), que é a principal área de atendimento do Serviço Social.

Durante o processo de estágio, identificou-se que um dos públicos atendidos na US Modelo são as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e que cumprem a condicionalidade saúde naquela Unidade. Foi identificada a demanda de um maior acompanhamento dessas famílias, não apenas o preenchimento do dado necessário para a manutenção do benefício. Foi refletido sobre a questão de que o Programa exige essa condicionalidade no sentido de garantir o acesso ao serviço de saúde, mas na prática o que se via eram as famílias indo apenas para preencher os dados no Mapa do Programa, e os profissionais do serviço vendo essa demanda como mais uma meta a ser cumprida.

Foi pensado, então, um projeto de intervenção que possibilitasse conhecer e compreender quem são essas famílias, como elas são atendidas na perspectiva da atenção integral em saúde e que tipo de vinculação (das famílias com a equipe) resulta desse atendimento. Para isso foi realizada uma busca de dados nos prontuários de atendimento das famílias beneficiárias (para aquelas que os tinham), a fim de identificar datas dos últimos atendimentos (caso houvesse) e verificar se os dados das mesmas se encontravam no Mapa do Programa Bolsa Família. Essa comparação de informações foi realizada em quatro Mapas do Programa, para então avaliar, a partir dessa busca, quantas famílias comparecem à Unidade de

Saúde para atendimento e avaliar se os profissionais da Unidade passavam essas informações para o Mapa do Programa. Como resultado desse projeto de intervenção, do levantamento de dados, foi possível identificar que uma porcentagem considerável das famílias sequer tem um vínculo com a US, e aquelas que o possuem, é de uma forma frágil, não caracterizando acompanhamento em saúde, pois frequentam a unidade apenas para manutenção do benefício. Encontrou-se dados de dificuldade da equipe em passar as informações para o Mapa do Programa ou famílias com os dados no Mapa do Programa, mas que não compareciam para atendimento.

A partir desse reconhecimento no projeto de intervenção foi perceptível a necessidade de aprofundar alguns aspectos em um nível de pesquisa propriamente dita. Foram então levantadas problematizações, tais como: se há dificuldade de acessar, por que há essa dificuldade? Se há uma dificuldade de acompanhamento por parte da equipe, por que há essa dificuldade? Como se pode melhorar essas questões?

Assim, propôs-se aprofundar a dimensão investigativa da intervenção profissional, antes operacionalizada através do projeto de intervenção do estágio, para uma dimensão propriamente de pesquisa, a fim de alcançar uma melhor compreensão dos resultados encontrados com o projeto de intervenção, agora também balizados pelos relatos dos sujeitos deste atendimento, sejam os usuários, sejam os profissionais que lhes atendem.

Identificou-se a necessidade de aprofundar no campo investigativo. Para tal o problema de pesquisa consistia em saber: a condicionalidade da saúde do PBF produz uma aproximação e uma vinculação com a Unidade de Saúde que leva às condições de haver um atendimento integral em saúde? Há uma real vinculação do serviço com os usuários? A metodologia de condicionalidade imposta pelo PBF garante o direito de acessar a saúde?

Dentre as possíveis respostas a estas questões, estimava-se que pudesse existir dificuldade de acesso ao serviço por parte dos usuários, o que, por consequência, levaria ao atendimento residual de seu direito em saúde, violando o direito de serem atendidos em uma perspectiva integral e de forma intersetorial em relação às demais políticas e direitos sociais, especialmente a Assistência Social e a Educação.

Como pressuposto da origem dessa dificuldade, levantou-se o problema para marcação de consulta ou, então, que haveria uma não procura por parte dos usuários, que resultaria de uma questão de cultura em saúde. Outra possível resposta indicava que também a própria equipe teria dificuldade em criar vínculo com esses usuários. No conjunto dessas possíveis respostas, entendia-se, preliminarmente, que ambos os pressupostos se conectam e são reflexos da

precarização do serviço e das condições de trabalho que repercutem na organização do atendimento realizado pela equipe de saúde.

Para tanto tomou-se como objetivo analisar as estratégias de aproximação do serviço de atenção básica em saúde com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), a fim de garantir-lhes o atendimento integral em saúde. Buscou-se ainda, através dos objetivos específicos, refletir sobre a Política de Saúde, a Política de Assistência Social e a intersetorialidade das mesmas a partir da análise da categoria mediação; definir conceitualmente o Programa Bolsa Família (PBF), a condicionalidade da saúde nesse programa e o atendimento na atenção básica em saúde; e verificar se a condicionalidade da saúde no PBF resulta em um efetivo atendimento integral em saúde.

Sob a perspectiva metodológica do materialismo histórico-dialético, para a construção do TCC foi realizada pesquisa exploratória bibliográfica e documental, assim como uma pesquisa empírica com alguns usuários e profissionais da Unidade de Saúde Modelo. Com coleta de informações no equipamento específico de saúde, com os sujeitos da pesquisa, organização e sistematização do material coletado, análise do material, à luz da apropriação teórica construída nos momentos anteriores e sistematização final do conhecimento produzido no processo de investigação.

Essa pesquisa empírica foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o parecer de aprovação consta no Anexo A, assim como ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, cujo parecer de aprovação conta no Anexo B. Essa coleta de campo foi realizada por entrevistas com roteiro semiestruturado, encontra-se nos Apêndices A e B, e foram realizadas nos meses de abril e maio de 2018. Foram entrevistados seis profissionais, conforme planejado no projeto de TCC, e 11 usuárias responsáveis por famílias beneficiárias do Programa. Todas as pessoas entrevistadas concordaram em participar da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no Apêndice C.

É importante registrar que foi planejado entrevistar 20 famílias/responsáveis do Programa, considerando algumas tabulações de dados realizadas ainda no período do Estágio Curricular Obrigatório. A partir dessas tabulações, previa-se realizar as entrevistas através de seis grupos, os quais eram: a) usuários sem prontuário e sem os dados no Mapa do Programa; b) usuários sem prontuário com os dados no Mapa do Programa; c) usuários não atendidos com os dados no Mapa do Programa; d) usuários não atendidos sem os dados no Mapa do Programa; e) usuários atendidos sem os dados no Mapa do Programa; f) usuários atendidos com os dados no Mapa do Programa. Porém só foi exequível com 11 usuárias, pois as demais não foi possível

o contato por telefone, não foram encontradas em casa ou se negaram a participar da entrevista. Entrevistou-se 11 usuárias de 5 dos 6 grupos tabulados. Importante ressaltar que algumas enfermeiras e técnicas de enfermagem também não se dispuseram a participar da entrevista, argumentando, entre outras motivações, a discordância com o Programa.

Como resultado do processo investigativo, elaborou-se esse TCC, que está organizado em três capítulos, em que o primeiro trata da intersectorialidade entre a Saúde e a Assistência Social, a partir de uma perspectiva que considera a seguridade social. Nesse capítulo discute-se a Política de Saúde no Brasil em sua trajetória histórica e a configuração atual do SUS, para depois adentrar na Política de Assistência Social, tratando ela desde o período em que foi caracterizada como caridade, até a configuração como Política Pública. Por último, neste capítulo discute-se a Seguridade Social e a intersectorialidade das políticas sociais.

O segundo capítulo trata do Programa Bolsa Família (PBF) e a saúde e da relação de obrigação ou de direito. Nesse capítulo discutem-se as condicionalidades do PBF, especialmente a condicionalidade saúde e a contradição entre direito e obrigação como equação para compreender a condicionalidade.

Por último, o terceiro capítulo trata sobre o atendimento das famílias do PBF na Unidade de Saúde modelo e o acompanhamento para a garantia da saúde integral. Neste Capítulo problematiza-se a efetivação da atenção integral em saúde na US Modelo e o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, bem como a obrigatoriedade do Programa e seu não acesso.

Nas considerações finais, problematiza-se o avanço ainda necessário no que tange à execução das Políticas Sociais, a fim de que se possa efetivar a garantia constitucional de uma seguridade social, especialmente através dos atendimentos intersectoriais de saúde, neste caso, realizados para as famílias beneficiárias do Programa. Por último, são apresentadas considerações sobre o Programa Bolsa Família, o significado e os efeitos da condicionalidade de saúde exigida das famílias beneficiárias, refletindo se tal exigência repercute no acesso à Saúde de forma integral.

1 A INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM OLHAR A PARTIR DA SEGURIDADE SOCIAL

A garantia do direito à saúde e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente é um processo recente, de apenas 30 anos no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. O processo histórico de conquista da composição do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como é hoje, deve-se à luta de muitas pessoas e setores críticos da sociedade, especialmente do reconhecido Movimento da Reforma Sanitária.

De forma semelhante, ocorreu com a Política de Assistência Social, que somente foi reconhecida como direito na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e teve a sua regulamentação na Lei Orgânica de Assistência Social em 1993. Ainda assim, é executada com uma série de retrocessos, ou de não progresso no sentido da garantia de direitos sociais.

Essas duas políticas, juntamente com a Previdência Social, compõem o chamado tripé da Seguridade Social, assim reconhecido a partir da CF/88. As três, e principalmente as duas primeiras, apontam a intenção de efetivar a intersectorialidade, de forma a garantir a abrangência das demandas dos usuários, unindo os setores das diferentes políticas para assegurar a integralidade do atendimento, o que é verdadeiramente um desafio.

Para chegar à discussão da saúde e da Assistência Social no seu desenho atual, far-se-á nesse capítulo um breve histórico da Política de Saúde e da Política de Assistência Social, com o objetivo de entender a formação das mesmas e o seu reconhecimento no âmbito da Seguridade Social, bem como a importância da intersectorialidade dessas e das demais políticas para a garantia dos direitos sociais dos usuários.

Para tanto, neste capítulo apresenta-se um breve apanhado sobre a constituição da seguridade social brasileira e a crítica trazida pela categoria profissional de Serviço Social acerca da ampliação do conceito de seguridade social. Na sequência, trata-se sobre a importância da intersectorialidade das políticas sociais – de forma geral e não somente das componentes da seguridade social, para a garantia do acesso integral aos direitos dos usuários. Por fim, aborda-se sobre a mediação das Políticas de Saúde e Assistência Social na garantia do acesso à saúde de forma integral para as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, o qual tem como condicionalidade, para a manutenção do benefício, o acesso compulsório à saúde e à educação.

1.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA AO SUS HOJE

O Sistema Único de Saúde (SUS), tal como é hoje, foi constituído por um processo histórico, o qual será apresentado brevemente. A história da formação das políticas de saúde no Brasil se mescla com a própria formação sócio-histórica do país, pois as primeiras ações de saúde pública foram implementadas na vinda da família real para o Brasil, em 1808 – em seu interesse de amparo à saúde para manutenção da mão de obra.

Esta chegada trouxe consigo alguns médicos europeus, fato que ao longo dos anos possibilitou o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e, posteriormente, a regulação da prática médica profissional. Antes disso, as práticas de saúde eram realizadas por aqueles que já habitavam o país, como indígenas, negros e portugueses (aqueles que já estavam aqui antes da vinda da família real). Essas práticas variavam conforme as crenças desses povos, como curandeiros, pajés e jesuítas – ligados ao curar, conforme a tradição de cada povo. A regulamentação da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e de cunho religioso. Essa regulamentação, entretanto, não necessariamente estava preocupada com o futuro da saúde pública, mas sim tinha a intenção de garantir a manutenção da produção de riqueza, com ações coletivas de controles das doenças e endemias (BAPTISTA, 2007).

No século XVIII, a saúde era baseada na assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal. Foi somente no século XIX que algumas iniciativas surgiram no campo público, a partir das parcas transformações econômicas e políticas. Exemplos dessas iniciativas eram as campanhas pontuais de vacinação. Já, nos últimos anos de século XIX, iniciam-se algumas reivindicações do movimento operário (BRAVO, 2009).

A Saúde, propriamente dita, emerge no Brasil no início do século XX, momento em que avança a economia capitalista no país e surgem demandas da classe trabalhadora assalariada. Como estratégia de atuação, as instituições de saúde se organizavam a partir do modelo campanhista, ou seja, através de campanhas de higienização das residências, locais de trabalho, ruas e praças. Eram ações pontuais e individuais (BRAVO, 2009).

Foi então criada no Brasil a *Polícia Sanitária* e suas ações eram baseadas no discurso da higiene, que desconsiderava as relações entre doença e condições de vida – predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas (COSTA SILVA, 2010, p. 4-5. Grifos no original).

Nesse período, foram tomadas algumas medidas que culminaram na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), como, por exemplo, a Lei Elói Chaves, em 1923. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregadores, sendo que apenas os grandes estabelecimentos conseguiam mantê-las. É fundamental considerar que apenas uma parte da população acessava este serviço, pois poucos eram os trabalhadores formais neste período e menos ainda era o número de CAPs mantidas de forma tripartite.

Entre os anos 1930 e 1960, houve a intervenção do Estado na saúde. Considerando que, a partir da década de 1930, o Brasil passou por uma fase de forte industrialização, de redefinição do papel do Estado, de surgimento de políticas sociais e, principalmente, de reivindicações dos trabalhadores, a Política de Saúde tinha caráter nacional e era organizada em saúde pública e medicina previdenciária. As principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 e 1940 foram as campanhas sanitárias e a criação de serviços de combate às endemias. Já a medicina previdenciária surgiu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e estendia-se aos assalariados urbanos (BRAVO, 2009).

Durante o período de ditadura militar, entre 1964 e 1985, houve a formação de uma direção de empresas médicas, de atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos, defendendo a privatização. A assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos.

A partir da década de 1980, com a democratização política pós-ditadura militar, a saúde deixa de ser apenas interesse dos técnicos e passa a assumir uma dimensão política, vinculada estreitamente à participação popular democrática (BRAVO, 2009). Um fato marcante para a consolidação da Saúde, como a vemos hoje, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, que representou um marco, pois introduziu a discussão da saúde como direito, na perspectiva da integralidade, conferindo a ela um novo caráter, marcado pela participação popular. Nesse momento propõe-se não apenas o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

No processo Constituinte, dois blocos se formaram e estavam em disputa: os grupos empresariais (privatista) e as forças da Reforma Sanitária. O projeto de Reforma Sanitária foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde conjuntamente com o movimento popular. Tinha a intenção de assegurar que o Estado atuasse pautando-se nas concepções de democracia e de direito, ou seja, que fosse responsável pelas políticas sociais, junto a elas a saúde. O projeto articulado ao mercado era pautado na política de ajuste, portanto, na contenção de gastos e desresponsabilização do Estado. Foram momentos de conflitos acirrados, de disputa na discussão que ocorria da Assembleia Nacional Constituinte (BRAVO, 2009). O texto

Constitucional acaba por atender boa parte das reivindicações da Reforma Sanitária, muito se devendo à formulação prévia de um texto objetivo e conciso das forças sanitaristas, além do processo de mobilização da sociedade, que vivia intensamente as lutas pela redemocratização.

Essas conquistas para a saúde tinham por finalidade medidas que visaram à universalização do atendimento, a redução do setor privado na prestação de serviços de saúde, a descentralização da saúde e dos serviços a nível local. Ações essas que culminaram na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, e o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Essas medidas, porém, não surtiram tantos efeitos para a saúde da população, pois a sua operacionalização ainda não foi efetivada, de fato, naquele período (BRAVO, 2009).

Nesse sentido, dois anos após a Constituição, aprovou-se a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990), LOS, e a Lei 8.142, sobre o Sistema Único (SUS). A LOS não foi implementada sem antes ocorrer muitos debates e negociações, e visava definir detalhadamente os objetivos e atribuições do SUS, detalhar e aprofundar as questões do financiamento, da descentralização, da regulação do setor privado, dentre outras, e organizar e regular as ações e serviços de saúde de todo o território nacional. Foi a Lei 8.142/1990 que definiu a configuração dos conselhos e das conferências de saúde, sendo que os primeiros têm como função “exercer papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo nos seus três níveis. O principal avanço foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre gestor e a população”. Já as conferências de saúde têm por objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da Política de Saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde” (BAPTISTA, 2007, p.55).

Portanto, a base legal do SUS prevê um sistema que garante, em seus princípios e diretrizes, a universalidade do acesso, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia, a igualdade de assistência à saúde, o direito à informação, dentre outros. Todos esses princípios e diretrizes afirmam o que a própria CF/88 trouxe em seus escritos enquanto um ponto importante, a participação da comunidade. Também trata a respeito do conceito ampliado de saúde, sendo que a sua melhor expressão se encontra na definição de saúde do relatório da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, ficando demarcada, portanto, antes mesmo da LOS, do SUS e da própria Constituição.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da reprodução, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Evidencia-se uma concepção de saúde que aponta para a diretriz de integralidade de assistência. Assim, é a partir da década de 1980 que passa a ser expressa a ideia do atendimento integral na saúde.

A hegemonia neoliberal no Brasil é responsável por uma disputa permanente entre o Projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado. Aquele com a intenção de que o Estado atue em função da sociedade e responsável pelas políticas sociais; este com um modelo médico assistencial privatista, com tendências de contenção de gastos, focalizando os serviços para atender as populações vulneráveis de forma pontual e individual e ampliação da privatização (BRAVO, 2009).

Portanto, é possível se dizer que houve muitas conquistas no texto constitucional para os sanitaristas, entretanto muitas coisas ficaram mal resolvidas, como por exemplo, uma definição mais explícita da fonte de financiamento público para a saúde. O fato de vivermos há décadas em uma conjuntura neoliberal também contribui para a não concretização completa do SUS, pois está sempre em disputa o importante projeto sanitaria e o projeto capitalista privatista.

O SUS, junto com a Assistência e a Previdência Social, faz parte da proteção social no âmbito da seguridade social. Em todas essas políticas, há o princípio da universalidade, ou seja, em todas elas, a prestação de serviços visando a garantia do direito do cidadão é um dever do estado. A diferença encontra-se no fato de que a Previdência Social exige contribuição para que o usuário possa usufruí-la, enquanto a Assistência Social tem caráter universal e não contributiva, porém é apenas a quem dela necessitar, e a saúde é não contributiva e sem restrição de qualquer ordem de acesso.

Sendo assim, fica evidente o processo histórico de implementação da Política de Saúde no Brasil, em que se perceberam as dificuldades encontradas por aqueles que não tinham um vínculo formal de trabalho, e, portanto, não tinham o direito de acesso à saúde. Após isso, mesmo com a universalização do acesso, há dificuldades ainda encontradas hoje para que os princípios do SUS sejam alcançados concretamente. Nesse sentido, também é necessário conhecer melhor a constituição da Política de Assistência Social, a ser apresentada a seguir.

1.2 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: DA CARIDADE À CONFIGURAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA

A Política de Assistência Social tem ligação, na sua origem, com o trabalhador informal, aquele que era excluído dos direitos previstos pela Previdência Social. Era e ainda é vista de

forma perigosa, pois, para muitos economistas, a Assistência Social não incentiva a trabalhar e produzir para o capital, portanto devia e deve ser focalizada em ações compensatórias (SPOSATI, 2010).

Na era Vargas iniciam-se algumas ações, como a criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), onde os dirigentes dialogaram com entidades sociais sobre os mais necessitados, mas em nenhum momento considerava a opinião dos usuários. Nesses anos, também se criou a Legião Brasileira de Assistência (LBA), através de uma ação de primeiro damismo com a esposa do Getúlio, Darcy Vargas. A LBA tinha a intenção de assistir às famílias dos soldados brasileiros (denominados pracinhas) que lutaram na II Guerra Mundial, especialmente às crianças e às mães necessitadas do pós-guerra. Posteriormente, as ações da Legião foram ampliadas para além das famílias dos soldados, e se voltaram para “[...] ‘congregar as organizações de boa vontade’. Aqui, a Assistência Social como ação social é ato de vontade e não de direito de cidadania” (SPOSATI, 2010, p.20). Essas ações eram voltadas para as famílias que não contribuía através do trabalho formal e, por conseguinte, não tinham acesso à Previdência Social e à assistência à saúde, mas, apenas em casos emergenciais, como em calamidades, trazendo presente a ação de caráter pontual (SPOSATI, 2010).

As lutas pela Nova República vão unir forças juntamente com a saúde, principalmente pela presença da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que incentiva o dever do Estado na proteção social; e em 1984 é lançada a proposta de Política Nacional de Assistência Social (SPOSATI, 2010).

Em 1985, um marco importante, o I Plano Nacional de Desenvolvimento

particulariza a Assistência Social como política pública, reconhece o usuário como sujeito de direitos, sugere que seja ampliada sua participação e realizada a ruptura com a leitura caritativa e tutelar com que a Assistência Social era tradicionalmente gerida (SPOSATI, 2010, p.30-31).

Entretanto, essa intenção foi atingida parcialmente até os dias de hoje, pois essa forma tradicional de ser gerida nunca deixou de existir em seu íntimo. As ações seguem sendo focalizadas e muitas vezes caritativas, os usuários são vistos como necessitados de caridade e não como sujeito de direitos, e essas ações descaracterizam a Assistência Social enquanto uma política pública social.

O Serviço Social, principalmente após o movimento de Reconceituação¹, contribuiu muito para fortalecer a criação da política. Além disso, aponta-se que, com a CF/88, a

¹ O Movimento de Reconceituação é um marco na profissão do Serviço Social e propôs a ruptura com os moldes tradicionais e conservadores com que a profissão atuava e propõe um modelo crítico e investigativo, questionador da ordem dominante.

Assistência Social é reconhecida como direito à seguridade social pelos artigos 203 e 204. Contudo, mesmo posta a teoria no papel, as forças conservadoras liberais ainda impedem que aconteça (SPOSATI, 2010).

Só em 1990 iniciam-se algumas ações para consolidar a democracia social, com poucas leis regulamentadoras, como a Lei Orgânica de Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo. Entretanto, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) ainda não estava no rol de leis aprovadas. Apenas em dezembro de 1993, a Assistência Social tem sua Lei Orgânica aprovada (Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993). Após isso, várias definições vão dando forma ao caminho da política, como a instalação do Conselho Nacional de Assistência Social, discussões sobre filantropia, entidade da Assistência Social e Política Nacional (SPOSATI, 2010).

A LOAS tem um cunho civilizatório na consagração dos direitos sociais e inovou ao apresentar o seu caráter de direito não contributivo, na universalização dos direitos e no acesso aos serviços e com a participação da população (COUTO, YAZBEK & RAICHELIS, 2010). É importante registrar que tem como princípios: a supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; a universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e **ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade**, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; a **igualdade de direitos no acesso ao atendimento**, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; e a divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL, 1993).

Após a aprovação da LOAS, o processo foi de erguer os pilares que sustentam a política, ou seja, implementar o sistema de forma que fosse um Sistema Único descentralizado e participativo. Que o seu acesso fosse constituído enquanto direito, e principalmente, que fosse estabelecido às famílias o poder de ter direitos, e que nada disso fosse tutela ou favor. Entretanto, esse processo ainda segue como um desafio, tanto para os trabalhadores da política quanto para os usuários.

“A primeira Política Nacional de Assistência Social (PNAS) só foi aprovada em 1998” e ainda era insuficiente frente à LOAS. Foi instituído, através de uma Medida Provisória, o Programa Comunidade Solidária, como principal estratégia de enfrentamento da pobreza no país. Porém, caracterizou-se por suas ações pontuais e focalizadas, ou seja, permanecia a realidade de execução a partir das focalizadas práticas filantrópicas, que descaracterizam os

diretos sociais. Como resultado de muita resistência e debate, após a IV Conferência Nacional de Assistência Social em 2003, é aprovada a PNAS em 2004, através da Resolução n. 145, do Conselho Nacional de Assistência Social. A partir desse momento, então, se coloca na perspectiva da materialização das diretrizes da LOAS e dos princípios enunciados na CF/88 (COUTO, YAZBEK & RAICHELIS, 2010, p.35).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi aprovado apenas em 2005. Descentralizado e participativo, organiza as ações da Política em dois tipos de proteção social: proteção social básica e proteção social especial. A primeira é destinada à prevenção de riscos sociais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros (BRASIL, 2015).

Os usuários da Assistência Social são definidos pela LOAS como aqueles que dela necessitam. Na realidade brasileira, com o aumento do desemprego e com a redução das proteções sociais vinculadas ao trabalho, a tendência é o aumento desses usuários que demandam os serviços da Assistência Social (COUTO, YAZBEK & RAICHELIS, 2010).

A Assistência Social, diferentemente da saúde, usa o mérito ou o valor da necessidade para definir a sua demanda, ou seja, só aqueles que a sociedade reconhece enquanto necessitados ou desamparados. Foi assim historicamente, e o que era para ter modificado com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), segue na mesma realidade.

Na década de 1990, já se fazia uma analogia entre estado de bem-estar social e estado de bem-estar ‘ocupacional’, pois as condições de reprodução social são baseadas em indivíduos ‘incapacitados de trabalhar’, incapazes de serem assalariados, portanto, invisíveis ao capital. Onde o homem só é reconhecido enquanto se faz trabalhador, e assim, são definidas as condições de reprodução no mundo da previdência. Assim, quando não é trabalhador formal, imediatamente o sujeito não existe aos olhos do capital (SPOSATI, 1989), ou seja, desaparece enquanto sujeito de direito da previdência e fica entregue à conservadora e falsa definição de sujeito de direito da Assistência Social, a depender da caridade pública.

Destarte, a partir desta tradicional e arraigada definição do lugar dos sujeitos segundo os seus direitos, o campo da Previdência Social é para os segurados, e o da Assistência Social é para os necessitados, cabendo a esses últimos ‘o direito ao agradecimento’.

O que decorre dessa inserção da Assistência Social na relação capital-trabalho? Inicialmente, como mecanismo econômico, social e político a Assistência Social mantém as suas ações travestidas de ajuda, já que o grupo com o qual opera apresenta reduzida visibilidade política, pois aparentemente

não se coloca no confronto direto capital-trabalho. Segundo, as suas práticas não atingem a opinião pública, já que aqueles que a ela se dirigem “não existem” e assim decaem para a abstração pura da existência humana. Terceiro, ao constituir ajuda, o campo da Assistência Social se põe imediatamente como o do não-direito. Para ser reconhecido como possível usuário, a necessidade apresentada deve ter o mérito de ser atendida (SPOSATI, 1989, p. 15).

Logo, o direito do cidadão é tido como mérito da necessidade, precisando ainda demonstrar que é merecedor, pois cumpre com as responsabilidades que lhes são imputadas, o que significa que além de ‘precisar’, é necessário que comprove que é suficientemente esforçado para fazer jus ao benefício, questão que será retomada mais adiante na discussão sobre as condicionalidades dos Programas de Transferência de Renda, como o Bolsa Família, no Brasil. Assim, pode-se afirmar que o fato de ser algo tido como excepcional e focalizado colabora para que a Assistência Social não consiga assumir o perfil de política social no campo da reprodução social.

Percebe-se um longo trajeto histórico até os dias atuais e que ainda não chegou ao seu fim, pelo contrário, requer uma caminhada mais extensa e coletiva para que a Política de Assistência Social perca essa tradicional característica de caridade, com ações focalizadas naqueles que se encontram em situação de extrema pobreza.

Para além desse desafio, enquanto política social focalizada, está a disputa pela concretização daquilo que se conhece enquanto seguridade social. Ou seja, para além das políticas sociais de forma isolada e focalizada, está a necessidade de discutir, fortalecer e pôr em prática ações que estejam vinculadas à totalidade das demandas dos seus usuários. Para a discussão acerca da seguridade social e a intersectorialidade das políticas, segue o próximo subcapítulo.

1.3 SEGURIDADE SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA CATEGORIA MEDIAÇÃO

As décadas de 80 e 90, no Brasil, foram períodos contraditórios para a configuração do cenário político e econômico: ao passo que havia uma organização para um processo de reformas para ampliação da democracia – na saúde, na Assistência e Previdência Social – havia também um processo de recessão econômica e muitas tentativas de retomar o crescimento (COUTO, 2010).

A ideia de seguridade social surge a partir das desigualdades sociais geradas pelo capitalismo, dentro do próprio sistema. No Brasil, corresponde à formação dos Estados de Bem-Estar Social nos países de economia capitalista central. Estes são os contextos do capitalismo emergente do pós-guerra e do próprio período da guerra fria em que há o reconhecimento de obrigatoriedade por parte do Estado (em poucos países) em oferecer respostas às demandas sociais (PAIVA, 1999).

Na Constituição Federal de 1988 é clara a tentativa de engendrar um sistema público de seguridade social – Saúde, Previdência e Assistência Social –, no qual toda a população está formalmente incluída, embora rigorosamente discriminada pelos mais diversos critérios de elegibilidade (PAIVA, 1999, p. 13).

A seguridade social, baseada no modelo de Estado de Bem-Estar Social, deveria ser pensada dentro de uma lógica de Política de Seguridade Social que contemplasse, além dos benefícios da Assistência Social, ações de saúde, educação, habitação, medidas de garantia do pleno emprego, redistribuição de renda, e outros (PAIVA, 1999). Entretanto, essa configuração de seguridade nunca se concretizou no país, ficando restrita às ações das três políticas citadas na CF e, ainda assim, com ações extremamente focalizadas.

Neste momento é necessário pontuar que o Estado de Bem-Estar Social baseia-se nas ideias de Keynes, que propôs que o Estado tivesse um papel ativo, não só na economia, como também em programas sociais. Ao mesmo tempo, preserva a noção de liberdade individual, do mercado, enquanto economia (COUTO, 2010). Nessa proposta, o Estado incidiria direto na crise enfrentada pela sociedade, através da criação e execução de programas sociais. Com isso, a intenção era um aquecimento do mercado através do consumo e, por consequência, geraria a eficiência econômica. Esse regime em um projeto de Estado liberal, ou neoliberal, significou assistência apenas aos comprovadamente pobres, de forma focalizada, por meio de benefícios mínimos.

O sistema de proteção social criado em torno dessa proposta foi sendo construído a partir de um amplo aparelho burocrático estatal e com inúmeras repercussões nas legislações que foram surgindo no mundo. *Seu suporte estava fundamentado no desenvolvimento pleno da economia, o que permitia o investimento por parte do Estado em sistemas de políticas sociais* (COUTO, 2010, p. 67) (sem grifos no original).

Os grifos são para destacar a contrariedade da criação do sistema de proteção social que, ao mesmo tempo em que é causa, também é consequência das ações do mercado. Isto é, ratifica-se a necessidade de desenvolvimento pleno da economia para que seja possibilitado o posterior investimento em políticas sociais, ao passo que justamente o resultado da economia que justifica

a criação de políticas sociais, ou seja, a desigualdade causada pelo desenvolvimento pleno da economia.

É na crise do capitalismo que a política de seguridade social é vista como necessária. Ironicamente, é nesse momento em que as políticas que garantem os direitos sociais são questionadas, pois não são prioridade em relação à realidade econômica. E mesmo com o estabelecido pela CF/88, ano após ano, governo após governo, as garantias constitucionais passaram a ser questionadas.

A seguridade social supõe que os usuários tenham acesso a um conjunto de direitos que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais (COUTO, YAZBEK & RAICHELIS, 2010). Com a Constituição de 1988 e a aprovação da LOAS (1993), a Seguridade Social entrou no rol de discussão e é definida como 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” (art. 194). A união das três políticas como integrantes da seguridade social introduziu a noção de direito universal como parte constituinte da cidadania, que antes era restrita apenas aos usuários da Previdência Social (MONNERAT & SOUZA, 2011).

O estatuto legal, então, rompe com a lógica fragmentada e busca, por meio da seguridade social, dar sentido amplo à área social, trabalhando na lógica da ampliação dos direitos sociais e na inserção da noção de responsabilidade do Estado brasileiro frente a essas políticas (COUTO, 2010, p.159)

Quando usa o termo “essas”, Couto (2010) se refere às três políticas que compõem o tripé da seguridade social. A categoria do serviço social defende um arranjo um tanto diferente para a política de seguridade social, a seguridade social ampliada. Como afirma e documenta a categoria na Carta de Maceió, construída no Encontro Nacional do Conjunto CFESS-CRESS em 2000, é importante levar em consideração algumas orientações para tornar a Seguridade Social pública possível no Brasil. Uma dessas orientações é “apontar para um conceito mais amplo de seguridade social, que incorpore outras políticas sociais, constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil” (CFESS, 2000, p.2).

Evidencia-se que, para o Serviço Social Brasileiro, a Seguridade Social é considerada um conjunto mais amplo e articulado de direitos que, juntos, possibilitariam atingir uma ideia de segurança de condições de vida e sociabilidade, que não apenas pela lógica do seguro social. Toda essa compreensão tem por horizonte a superação de uma Seguridade Social limitada e focalizada, tal como hoje ainda se observa. Portanto, defende-se uma ampliação de seguridade, com a garantia de direitos articulados, que não apenas os de Saúde, Assistência e Previdência Social.

Inicialmente, como posto na Constituição de 1988, era intenção a criação de um orçamento único para a Seguridade Social, com a criação de um Ministério próprio, com uma diversidade de fontes orçamentárias para caracterizar a redistribuição. Entretanto, não se conseguiu que os recursos fossem definidos constitucionalmente, o que causou uma disputa entre as áreas de políticas sociais, e, por consequência, ocorreu a especialização de fontes de financiamento da seguridade social por área de política social (MONNERAT & SOUZA, 2011).

Além disso, o setor saúde esteve inicialmente receoso, temendo que a criação de um ministério único provocasse perda de identidade na construção do SUS. Inclusive, durante o período de consolidação do sistema único de saúde não foi dada prioridade à implementação de estratégias com enfoque na intersectorialização e construção de um sistema de seguridade social. “O fato é que a descentralização da saúde avança em termos do planejamento e gestão setorial, mas, na atualidade, observa-se que tais conquistas são limitadas pela persistência do modo fragmentado de produzir a Política Saúde no país” (MONNERAT e SOUZA, 2011, p.43), portanto, entende-se que a setorialização tem persistido até os dias atuais, dificultando o trabalho intersectorial das políticas. A área da Assistência Social, por sua vez, é permeada por uma fragilidade institucional, pois seu viés histórico de assistencialismo configura-se um importante obstáculo na conformação da seguridade social.

Segundo o disposto na Constituição, a política de seguridade social passaria a ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, assim como de contribuições sociais dos empregadores e trabalhadores, sobre a receita de concursos de prognósticos (BRASIL, 1988). Esse sistema tributário financia as políticas sociais com a finalidade de garantir as condições de reprodução da força de trabalho e a continuidade do processo de acumulação capitalista (ALENCAR JUNIOR & SALVADOR, 2015).

Para além das dificuldades de cada política de forma setorializada, a institucionalização da Constituição deu-se em um momento de crise do capital com o predomínio do neoliberalismo, em uma realidade de contrarreforma do Estado. Logo, ocorreu num momento difícil de garantir o investimento de recursos orçamentários necessários para financiar as mudanças propostas na CF/88 (ALENCAR JUNIOR & SALVADOR, 2015).

A ideia de seguridade social pressupõe a intersectorialidade das ações das políticas sociais. A intersectorialidade expressa articulação entre as políticas públicas, ou seja, o desenvolvimento de ações conjuntas a fim de garantir a proteção social básica ou especial, no caso da Assistência Social, ampliando os atendimentos e não compartimentando as necessidades dos usuários das políticas (COUTO, YAZBEK & RAICHELIS, 2010).

É uma forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas vividas pela população trabalhadora, que não pode ficar à mercê do mercado, mas depende do acesso a serviços sociais públicos para o seu enfrentamento (COUTO, YASBEK & RAICHELIS, 2010, p.40).

Entretanto, muitas vezes essa diretriz de intersetorialidade e de integralidade do atendimento, não é posta como prioridade de ação das políticas. Não é à toa que há a crítica de que na saúde, por exemplo, “a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 20 anos de existência do sistema” (MONNERAT & SOUZA, 2011, p. 44), diferentemente das outras duas diretrizes de controle social e descentralização.

Mesmo que a discussão sobre a integralidade do atendimento venha ganhando relevância na agenda dos setores nos últimos anos, a sua operacionalização tem se mostrado insuficiente para a promoção de mudanças no quadro atual de organização das políticas sociais. Obviamente, trata-se de uma concepção desafiadora, tanto do ponto de vista técnico quanto do político, pois, muitas vezes, as ações de promoção de saúde dependem de uma agenda pública com a participação de diversos atores. Além disso, um dos principais desafios para a concretização da intersetorialidade, tal como posta na legislação, por parte da saúde, é a persistência da concepção endógena prevalente nesta área e que se expressa nas práticas profissionais (MONNERAT & SOUZA, 2011).

No âmbito da Assistência Social, em 2004, houve a criação do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que confere um reforço da perspectiva da profissionalização da política. Nesse mesmo ano, o MDS tornou pública a versão final da PNAS, onde se destaca a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A PNAS apresenta a intersetorialidade como “requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do SUAS, está previsto que as ações no campo da Assistência Social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas” (MONNERAT & SOUZA, 2011, p. 46).

A intersetorialidade atua no cenário brasileiro com a finalidade de ampliação da democracia e das práticas sociais compartilhadas na gestão pública. Sua finalidade seria alcançar níveis mais elevados de cidadania social, sob o discurso da superação da pobreza, evidenciando os sujeitos de direitos (TUMELERO, 2015).

Sabe-se que, para a realização das ações interssetoriais, é preciso a construção de objetos de intervenção comuns entre os diferentes setores. Contudo, “a literatura especializada vem demonstrando que na prática isto suscita altos níveis de conflito e disputa política entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo” (MONNERAT & SOUZA, 2011, p 45). Em

outras palavras, é sabido que, para a concretização dessas ações, haverá sim discussão, haverá sim conflitos, mas que fazem parte do desafio das políticas e dos profissionais para a garantia desse direito.

Um exemplo de programa central do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) que traz expressamente a sua preocupação em pautar a intersectorialidade das políticas sociais é o Programa Bolsa Família, quando coloca exigências de condicionalidades a serem respeitadas pelas famílias beneficiárias. Essas condicionalidades suscitam uma relação entre as políticas sociais à medida que exigem o atendimento em saúde, a frequência escolar, bem como a atualização do Cadastro Único². Até então, nenhum outro programa, de outras políticas sociais, foi tão dependente da articulação dos setores, portanto, das capacidades institucionais de dialogar com os demais setores (MONNERAT & SOUZA, 2011).

Aqui, conclui-se que, para a implementação da Política de Saúde e de Assistência Social enquanto políticas universais, houve muita luta e resistência. Ainda assim, há muitos desafios para a sua concretização, principalmente de forma intersectorial, para garantir o atendimento integral aos usuários. Neste sentido, irá se problematizar a criação de um programa de transferência de renda condicionada, enquanto um programa que traz em seus objetivos a intenção de diminuir os níveis de pobreza e extrema pobreza, assim como articular as políticas de Saúde, Assistência Social e Educação.

² O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras (MDS). Ainda que este cadastro tenha sido incorporado pela Assistência Social, não pode ser considerado uma condicionalidade dessa Política para acessar o Programa Bolsa Família.

2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) E A SAÚDE: UMA RELAÇÃO DE OBRIGAÇÃO OU DE DIREITO?

Esse capítulo tem a intenção de definir conceitualmente o Programa Bolsa Família (PBF), a condicionalidade da saúde nesse Programa e o atendimento na atenção básica em saúde. Para tanto, tratar-se-á brevemente do histórico dos programas de transferência de renda, para posteriormente refletir sobre a criação do PBF no Brasil. No primeiro subcapítulo irá se aprofundar os conhecimentos a respeito do Programa, com foco nas condicionalidades exigidas. No segundo subcapítulo será problematizada a contradição entre o acesso aos direitos sociais básicos e a obrigatoriedade das condicionalidades do PBF. Por fim, será aprofundada a condicionalidade da saúde no Programa, com o objetivo de fazer a reflexão acerca do atendimento em saúde dessas famílias beneficiárias. Esse capítulo foi construído a partir da pesquisa documental e bibliográfica, no entanto já apresenta alguns relatos de entrevistas coletadas na pesquisa empírica. Isso significa que, partir desse capítulo, então, a pesquisa empírica já aparece de forma mais evidente.

Os programas de transferência de renda têm ganhado espaço privilegiado dentre as estratégias de enfrentamento à pobreza, enquanto ação prioritária para a garantia de recursos para a manutenção do mercado, em diversos países. Essas ações, entretanto, quebram a lógica de política de seguridade social, pois ao passo que deveriam ser o último recurso, revelam-se como primeira possibilidade de acesso a qualquer tipo de benefício. Ainda assim, é para aqueles que comprovam ser mais pobres que os pobres, ou seja, de forma focalizada, residual e pontual. Logo, esses programas “revelam que o atendimento se restringe à sobrevivência, destituídos do caráter de direito social” (STEIN, 2009, p. 201).

É importante considerar, também, que transferência de renda significa uma intervenção no mercado, para regular e corrigir falhas do seu funcionamento e elevar a sua eficiência. “Nesse sentido, pode ou não redistribuir renda, dependendo da opção política que os orienta” (SILVA, 2013).

É expressiva a intenção dos países em aperfeiçoar a focalização, em contraponto ao princípio de universalização. Com o discurso de que era necessário identificar as particularidades e assim melhor atendê-las, o que se quer, na verdade é reduzir despesas do Estado, exigindo das políticas sociais um rebaixamento das necessidades humanas à sua expressão emergencial (STEIN, 2009).

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) surgem como uma ‘resposta’ às modificações que o sistema capitalista passou e ainda passa, enquanto características neoliberais. Tais modificações consistem em estratégias que a esfera produtiva vem experimentando de reestruturação à queda da taxa de lucro, as crises cíclicas do capital. Algumas dessas estratégias incidem na organização do trabalho, onde passa a ocorrer uma flexibilização do processo de trabalho e do padrão de uso da força de trabalho, ou na adoção de outras formas de contratação, como trabalho temporário, terceirização, trabalho em tempo parcial, etc. Ações que provocam rebatimentos na classe trabalhadora, que passa a viver cada vez mais a mercê das transformações da reestruturação capitalista, que reflete em taxas cada vez mais altas de desemprego, subemprego e no crescimento do mercado informal, onde não há o alcance dos direitos previdenciários, por exemplo (LIMA et al, 2014).

O modo como se apresenta a maioria dos programas de transferência de renda é criticado, pois muitos deles apresentam um

modelo de políticas sociais denominado WorkfareState, em contraponto às políticas sociais de cunho universal e incondicional. O termo workfare — junção das palavras inglesas work (trabalho) + welfare (bem-estar) — foi criado nos Estados Unidos em 1960 para designar o bem-estar em troca ou à custa de trabalho (CARNELOSSI, 2016, p.126).

A autora interroga essa lógica de concessão de benefícios em troca de trabalho, de condicionalidades ou obrigações como uma contrapartida dos usuários, e problematiza que as características das políticas sociais designadas por esse ideário se concentram em três aspectos:

1) Obrigatoriedade de participação dos cidadãos em medidas de ativação voltadas para o mercado de trabalho. 2) Condicionamento dos benefícios sociais a determinados comportamentos do beneficiário, como os do PBF, que exigem contrapartidas geralmente nas áreas da educação e saúde para o recebimento do benefício. 3) A focalização na pobreza e na extrema pobreza, definidas em geral por restritivas per capita (CARNELOSSI, 2016, p.126).

Sob resquícios da famigerada Lei dos Pobres, os governantes de muitos países estão revendo lições como o princípio da focalização na pobreza, na cobrança por condicionalidades, na criminalização dos pobres, dentre outras medidas que corroboram para o fluxo do capitalismo.

É nessa realidade que, no plano social, a regulação estatal substitui as políticas de cunho universalista, para as políticas de caráter residual, focalizadas. Aí surgem, então, os PTRC que “associam a garantia de renda ao apoio público para facilitar a inserção dos beneficiários no mercado de trabalho” (LIMA et al, 2014, p. 44). Alguns autores trazem em seus estudos uma problematização a respeito do conceito de pobreza, da abrangência que o termo pode ter.

Apontam que, para além da renda, ao conceito de pobreza agregam-se problemas de saúde, de moradia, de educação, de desemprego, entre outros. E ainda, associam à desigualdade da redistribuição da riqueza socialmente produzida, ao não acesso a serviços básicos, à não participação social e política, entre outras.

Todavia, nos objetivos dos PTRC, os critérios de elegibilidade das famílias dão-se majoritariamente por uma questão monetária, reduzindo o conceito de pobreza apenas à falta de dinheiro. Daí a centralidade da transferência de renda adotada como mecanismo mais utilizado para a superação da pobreza estritamente em seu caráter monetário (SILVA, 2014).

Nesse sentido, seguindo a cartilha dos organismos internacionais e a dinâmica da transferência de renda difundida em outros países, foram adotados no Brasil alguns programas de renda mínima desde a década de 1990, que mais tarde foram unificados em um único, o Programa Bolsa Família.

2.1 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) E AS CONDICIONALIDADES

O governo federal instituiu em 2003 o Programa Bolsa Família (PBF), reunindo quatro programas anteriores de transferência de renda – Bolsa Escola, Auxílio-Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação – sob gestão unificada. Desde 2004, vinculado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o PBF prioriza a família como unidade de intervenção e é voltado àquelas que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza, com o objetivo de garantir maior agilidade na liberação do dinheiro, reduzir burocracia e melhorar o controle dos gastos (SENNÁ, 2007; WEISSHEIMER, 2006).

A unificação dos PTRC requer responsabilidades partilhadas entre União, Estados, municípios e sociedade. Os municípios que aderem ao Programa devem assinar um Termo de Adesão, comprometendo-se a instituir um conselho local para controle social e indicar o gestor Municipal do PBF. Esse período de unificação dos programas e de adesão dos municípios ocorreu entre 2003 e 2005. Naquele momento também foi realizado um trabalho de revalidação do cadastro das famílias beneficiárias do PBF (SILVA, 2013).

A população alvo do PBF é constituída por famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. As famílias extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até R\$ 85,00 por pessoa. As famílias pobres são aquelas que têm renda mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 por pessoa³. As famílias pobres participam do Programa, desde que tenham em sua composição

³ Dados de renda mensal atualizados no ano de 2018.

gestantes e crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2018, s./p.)⁴.

Os tipos de benefícios são: básico - concedido às famílias em situação de extrema pobreza no valor de R\$ 85,00 mensais; variável - para famílias pobres e extremamente pobres, que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças e adolescentes de 0 a 16 anos incompletos. O valor de cada benefício é de R\$ 39,00 e cada família pode acumular até 5 benefícios por mês, chegando a R\$ 195,00. O benefício variável é subdividido em: variável de 0 a 15 anos - destinado a famílias que tenham em sua composição, crianças e adolescentes de zero a 15 anos de idade no valor de R\$ 39,00; variável à gestante - destinado às famílias que tenham em sua composição gestante. Podem ser pagas até nove parcelas consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês, no valor de R\$ 39,00; variável nutriz - destinado às famílias que tenham em sua composição crianças com idade entre 0 e 6 meses. Podem ser pagas até seis parcelas mensais consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida, no valor de R\$ 39,00; e variável jovem - destinado às famílias que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos. O valor do benefício é de R\$ 46,00 por adolescente e cada família pode acumular até dois benefícios, ou seja, R\$ 92,00 (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2018, s./p.).

O PBF é criado numa lógica de programa de transferência de renda condicionada, ou seja, exige uma contrapartida dos beneficiários. As condicionalidades representam as contrapartidas que devem ser cumpridas pelas famílias para a manutenção dos benefícios e se destinam a estimular as famílias beneficiárias a exercer seu direito de acesso às políticas públicas de Saúde, Educação e Assistência Social, promovendo a melhoria das condições de vida da população e contribuindo, pretensamente, para identificar as vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços públicos a que têm direito, por meio do monitoramento de seu cumprimento (BRASIL, 2004, Art.27).

O decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004 que regulamenta a Lei n. 10.836, de nove de janeiro de 2004, que dispõe sobre o PBF, destaca: caberá às diversas esferas de governo garantir o acesso pleno aos serviços públicos de Saúde, Educação e Assistência Social, por meio

⁴ Dados do Programa extraídos do site a Caixa Econômica Federal em 28 de abril de 2018 disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>>

da oferta desses serviços, de forma a viabilizar o cumprimento das contrapartidas por parte das famílias beneficiárias do PBF.

As condicionalidades são relacionadas à saúde e a educação, sendo na saúde a obrigatoriedade de acompanhamento de crianças de 0 a 7 anos – do ponto de vista nutricional e vacinação em dia - e de mulheres de 14 a 44 anos, considerando seu período fértil. Porém, mesmo tendo esse público alvo na condicionalidade, o foco é na família, por isso as ações devem ser voltadas para todo o grupo familiar (MAGALHÃES JUNIOR et al in IPEA, 2013). No que tange a educação, é necessário 85% de frequência escolar das crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos. O não cumprimento das condicionalidades acarreta desde o bloqueio do benefício por 30 dias, ou até o seu cancelamento (SENNA, 2007).

A PNAS (2004) prevê algumas garantias, como por exemplo, a segurança social de renda, que

é operada por meio da: concessão de **bolsas-auxílios financeiros sob determinadas condicionalidades**, com presença (ou não) de contrato de compromissos; e da concessão de benefícios continuados, nos termos da lei, para cidadãos não incluídos no sistema contributivo de proteção social, que apresentem vulnerabilidades decorrentes do ciclo de vida e/ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho (BRASIL, 2005, p.91) (sem grifos no original).

Logo, a própria política já traz em seus escritos que a segurança social de renda necessita contrapartida dos usuários quando exige condicionalidades.

Para além da transferência de renda, o Bolsa Família deve propiciar

a inclusão de membros adultos das famílias beneficiárias em ações complementares, oferecidas pelos três níveis de governo, sendo atendidos por outros programas, como: tarifa social de energia elétrica, cursos de alfabetização, de educação de jovens adultos e de qualificação profissional; ações de geração de trabalho e renda e de melhoria das condições de moradia, além da isenção de taxas de concursos públicos federais (SILVA, 2014, p.40).

Entretanto, não se percebe a concretude dessas ações em prática. Inclusive, nas entrevistas realizadas com as usuárias do Programa, a maioria delas não usa os serviços de Assistência Social, a não ser para atualizar o cadastro. Muitas delas nem sabiam o que é a Assistência Social quando questionadas, muito menos dos serviços ofertados nesta política. Quando questionadas se acessam os serviços de Assistência Social, exemplificado pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma delas respondeu

Não, nunca acessei não, vou te ser bem sincera que nem sei realmente para que serve, vamos dizer assim. Eu venho no posto, trago ele (filho) na médica, também quando eu preciso eu também venho, se tiver que pegar algum remédio pego, se tem que ir ali no CRAS para fazer alguma coisa em relação ao bolsa para... de tempo em tempo tem que ir para renovar né? Aí sim, mas

nunca precisei do lado Social assim, nunca precisei, então não acessei (A. R. S., 34).

De forma semelhante, a segunda respondeu “não sei como seria isso. Pois é, eu não sei nem como é que isso funciona. Eu acho que falta comunicação... a pessoa saber mais. Eu não sei de nada disso” (R. B. A., 36).

Ambos os relatos indicam que as usuárias e beneficiárias do Programa não sabem do que se trata a Política e os serviços de Assistência Social, por isso não acessam, não sabem como funcionam e, inclusive, acreditam que não usam o serviço, mesmo tendo um benefício de um Programa vinculado à Política. Nota-se, ainda, que as próprias usuárias identificam que falta comunicação, ou socialização da informação por parte dos serviços das políticas.

Embora tenha se encontrado esses relatos que indicam o não acesso à Política de Assistência Social, por outro lado, algumas entrevistadas indicaram que conhecem o serviço e conseguiram identificar essa política. Quando questionada se acessa os serviços do CRAS, a usuária responde “olha, até a psicóloga”, e quando questionada se as suas filhas também acessam,

Não, elas não fazem o programa do CEDEL [entidade conveniada da FASC]. Elas vão nas reuniões comigo para conseguir passagem para alguma coisa. A minha guria está tentando ter as passagens de ônibus no colégio e a minha guria adolescente gosta de ir lá [CEDEL] conversar com as gurias [TÉCNICAS] (M. G. P. A., 53).

No caso dessa usuária, ela havia comentado no início da entrevista que frequenta o CEDEL, uma entidade conveniada da FASC, que oferece serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, que fica próximo ao CRAS Centro. A usuária mostrou-se bem inteirada dos seus direitos, enquanto usuária da Política de Assistência Social.

Outra usuária também refere ter conhecimentos a respeito dos cursos ofertados pelos serviços da política. Ao ser indagada se acessa os serviços da Assistência Social do CRAS ou algum outro serviço vinculado ao CRAS, manifesta que “às vezes sim. Estava vendo um tempo atrás para ver a parte de cursos gratuitos, se eu pudesse melhorar a minha informação, então é nesses casos. Até já fui para ver sobre menor aprendiz quando a M. (filha) era pequena” (R. M. M., 56).

Há de se considerar o indicativo de que a intersectorialidade das políticas, de forma objetiva na vida dos usuários, está um tanto desfavorável. Pois muitos acessam os serviços das diferentes políticas sem identificar que estão acessando, ou seja, sem identificar o acesso aos vários serviços e equipamentos sociais enquanto um direito. Isso provoca a reflexão que as condicionalidades, que foram muito justificadas também pela intersecção das políticas,

possivelmente não estejam contribuindo para tal. Pois, ou o usuário não identifica os serviços, e aí não identifica a intersecção delas, ou, quando o faz, não é capaz de perceber a relação dos serviços e equipamentos com o Programa.

2.2 A CONTRADIÇÃO ENTRE DIREITO E OBRIGAÇÃO COMO EQUAÇÃO PARA COMPREENDER A CONDICIONALIDADE

Em estudo realizado a respeito dos PTRC na América Latina e Caribe, constata-se três diferentes concepções acerca das condicionalidades, que seriam: 1. As condicionalidades como uma forma de ampliação de direitos, à medida que contribuem para o acesso aos direitos básicos e incentivam as demandas aos serviços; 2. Condicionalidades enquanto negação dos direitos, pois impõe exigências às famílias e essa é uma visão oposta à do direito. Nesta visão, entende-se que é obrigação do Estado em ofertar os serviços necessários à garantia das condições de sobrevivência e não admite as condicionalidades como mecanismo de punição; e, finalmente, 3. A condicionalidade posta como uma bandeira política de imposição moralista e conservadora. Essa visão culpabiliza os usuários que não cumprem com as exigências (SILVA, 2014).

A intencionalidade da condicionalidade, em tese, é possibilitar o acesso e a inserção da população pobre nos serviços sociais básicos e favorecer a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza, numa lógica de ‘porta de saída’ do Programa (SENNA,2007). Entretanto

existe a possibilidade de que as condicionalidades acabem punindo justamente aqueles que mais precisam de ajuda. As famílias mais vulneráveis são exatamente aquelas que não conseguem cumprir todas as condicionalidades e perdem seu benefício, sendo duplamente penalizadas (CARNELOSSI, 2016, p.131).

Logo, o impacto das ‘condicionalidades’ na vida das famílias beneficiárias em relação ao acesso a bens, equipamentos e serviços sociais depende, muitas vezes, da oferta dos serviços de saúde, da qualidade da atenção e dos fatores relacionados ao acesso, como os custos do deslocamento ou a necessidade de faltar o trabalho para conseguir atendimento no Posto de Saúde. Ou seja, na prática, as condicionalidades não atingem o seu objetivo de garantir acesso e, ao invés disso, penalizam duplamente essas famílias.

Portanto, programas conduzidos por políticas sociais na lógica do mérito excludente do trabalho assalariado (em contraposição ao direito universal), onde a família beneficiária é obrigada a dar uma contrapartida, esvazia do Estado a sua obrigação de garantia de direitos e

provedor de serviços e equipamentos públicos, ao mesmo tempo em que autorresponsabiliza os indivíduos em relação à proteção social - a autoproteção social (PEREIRA, 2014).

O descumprimento das condicionalidades determinadas produz efeitos punitivos que iniciam com advertências, até suspensão ou desligamento do Programa. E a realidade é que não há trabalho informativo e educativo junto a esse processo de acompanhamento das condicionalidades, ou seja, o foco não está na deficiência ou não oferecimento de serviços por parte do Estado, e sim no descumprimento da obrigação dos seus beneficiários, expressando a culpabilização desses indivíduos (SILVA, 2014).

O acompanhamento do cumprimento das condicionalidades por parte das famílias cabe às gestões municipais e, de acordo com os resultados, seriam implementadas ações de acompanhamento das famílias em descumprimento – em teoria. Porém, o que realmente ocorre é a punição das famílias com a suspensão ou o cancelamento do benefício. Inclusive, no ano de 2018, o que ocorreu foi uma diminuição significativa do número de famílias beneficiárias do Programa. Isso porque muitas delas estavam em descumprimento com as condicionalidades e tiveram seu benefício cancelado.

O que se observa é a prevalência de uma concepção moralista conservadora, fundamentada numa perspectiva ideológica que transforma o direito em uma concessão, por isso exige contrapartida. Uma concessão “destinada aos pobres que precisam aprender a valorizar o que recebem” (SILVA, 2014, p. 171). Nesse sentido, em entrevista realizada com uma beneficiária do PFB, ao dialogar sobre a responsabilidade de atendimento da saúde na Unidade de Saúde Modelo, ouviu-se:

Eu acho que eles impõem aquilo ali, mas eu acho que é imposto até para realmente as pessoas manter a saúde do teu filho ou tua própria e também manter a criança na escola. Parece que é um jeito de manter a criança na escola. Esse lado eu acho importante o Bolsa Família. Por causa disso, mesmo que esteja obrigando a gente, muita gente daí deixa o filho na escola para poder não perder aquele dinheiro. Por esse lado eu acho importante que tenha, porque de algum jeito consegue obrigar a manutenção de uma criança na escola, então eu acho que é bem necessário. Até condições de médico... as crianças daí vão mais no médico. Elas são mais acompanhadas hoje em função disso, então de algum jeito conseguiu obrigar as pessoas a serem responsáveis (A.F.S, 48)

Ao ser questionada sobre as condicionalidades do PFB e sobre a sua opinião sobre elas, a usuária traz a questão da obrigação de acessar a saúde e de manter as crianças na escola como um ponto positivo. Inclusive, traz em sua fala que a condicionalidade obriga as pessoas a serem responsáveis, ou seja, a obrigatoriedade é que levaria os usuários à responsabilidade pelo atendimento de outro direito. Para receber um benefício, obriga-se a outro. Aqui o direito está

posto lado a lado com o cumprimento de uma obrigação, entretanto direito é direito, e não deve ser obrigatoriedade.

Assim, apesar de avaliar positivamente o benefício, os usuários seguem reconhecendo como obrigação e não entendem a relação de direito. Ou ainda, noutra direção, nota-se opiniões de que essa exigência representa um transtorno, o que pode ser entendido pela dificuldade da própria usuária em acessar o serviço.

Olha eu acho que isso traz um transtorno para mim porque eu tenho que tirar minha filha da escola que tem período integral e eu tenho que trazer ela aqui e também porque eu acho que acaba ocupando demais o sistema entendeu? Sendo que poderia ser utilizado por outras pessoas que têm mais necessidade. Por exemplo, eu tô tomando o lugar, naquele momento, de uma consulta só para fazer pesagem e medir a minha altura. Uma consulta básica que eu nem teria necessidade sendo que eu tô ocupando lugar de outra pessoa que tá precisando, eu acho (J. G. S., 41)

A fala dessa usuária também traz algo importante que é a cultura do não acesso aos serviços de saúde, muitas vezes pelo não entendimento que esse acesso representa um direito. Outro problema é a presença da difundida cultura de que se procura equipamentos e serviços de saúde para atendimento quando se está doente, passando ao largo a cultura da prevenção e promoção da saúde. Seguidamente, nesses casos, há uma busca pela US apenas para garantir as informações básicas para a manutenção do benefício, e a intenção da condicionalidade de garantir um acompanhamento se perde.

Nesse mesmo sentido, há a fala de uma profissional da unidade, que ao ser questionada sobre o tipo de atendimento que as famílias buscam na unidade, ela pontua que “infelizmente a maioria só vem para garantir o Bolsa, eles não vêm de verdade para um atendimento de saúde” (J. M. R. S). Trazendo a opinião que muitos profissionais da unidade de saúde partilham.

Por um lado, essa informação é, em partes, verdadeira, porque, nos dados levantados no período de realização do Projeto de Intervenção do Estágio Obrigatório em Serviço Social, 36% de 300 beneficiários analisados não possuíam prontuário de atendimento na US, ou seja, em nenhum momento sequer tiveram algum tipo de atendimento. Há de se considerar que este dado é elevado, mesmo que o índice de 36% não configura a maioria dos beneficiários⁵.

Por outro lado, há discursos nas entrevistas a favor das condicionalidades, ou que pontuam aspectos positivos observados tanto nas entrevistas com usuárias, quanto com profissionais. Uma usuária diz “eu acho bom, acho bem proveitoso, até porque tu vê a desnutrição das crianças e essas coisas todas... para ver como estão, se estão se alimentando e

⁵ Esses dados levantados pela autora no período de Estágio Curricular Obrigatório serão melhor abordados no terceiro capítulo.

a questão da escola é 100%” (P. D. S, 30). Nesse caso a usuária entrevistada pontua um aspecto importante que pode sim contribuir quando há um real acompanhamento de saúde e de desenvolvimento das crianças, quando fala que é possível identificar a situação nutricional das crianças.

Há também pontos de vistas profissionais positivos em relação às condicionalidades do Programa, como o relato da profissional a seguir:

Eu entendo que ela seja uma forma de evitar tanto a questão da mortalidade infantil, quanto à evasão escolar, então eu entendo como uma coisa positiva na medida em que as pessoas têm o direito de receber esse benefício, na medida em que elas não têm renda ou não conseguem se manter por conta própria, mas ao mesmo tempo elas têm um dever relacionado a esse direito. Então, parece que é uma coisa, não sei se dá para dizer justa, mas acho que é o mínimo que as pessoas têm que fazer em relação a poder receber o benefício. Embora sendo um direito delas a frequência na escola, o atendimento em saúde, não precisaria, que é o que eu sempre falo e coloco para quem é beneficiário, que independente de não estar mais no Programa ou não ter o benefício, que isso é um direito delas e que não precisa estar recebendo o benefício para poder usufruir desse direito. Então, tem esse caráter também (M. A)

Como já relatado no subcapítulo anterior, há uma falta de comunicação por parte das políticas sobre os serviços a serem ofertados a essas famílias, para que justamente as condicionalidades alcancem o seu sentido de garantir o acesso e que as famílias possam saber do seu direito de acessar aos mesmos. Em estudo realizado nos Estados do Maranhão e do Piauí, ressalta-se que não se registrou melhoria na qualidade do ensino ou no atendimento em saúde com a obrigatoriedade do Programa. O que revela que a condicionalidade está posta apenas como uma obrigatoriedade por parte das famílias, mas um efetivo melhoramento nos serviços não ocorre. Logo, não há uma contribuição por parte das condicionalidades no que tange a pressionar o Estado para o acesso da população aos direitos básicos, pois os governos não melhoram a disponibilidade e a qualidade da oferta (SILVA, 2013).

No sentido de problematização da oferta de serviços *versus* condicionalidade posta, uma usuária coloca a sua opinião a respeito da condicionalidade saúde.

Péssima, horrível. Não existe isso, porque na verdade todas as vezes que eu precisei do Posto de Saúde Modelo eu não consegui atendimento, então eu desisti. Eu venho só para pesagem, para não perder o Bolsa Família, porque para mim ele é útil de certa forma, e não quero consulta nenhuma do posto de saúde. Inclusive teve na minha casa uma agente de saúde e eu conversei com ela e não tem a menor condição, ofertar um produto como uma condicionalidade e que não tem a disponibilidade de chegar ali, então isso é ridículo, é contraditório (D. M. L., 42).

A usuária refere algo importantíssimo na relação dos serviços com o acesso aos direitos, que é a disponibilidade de atendimento, conforme a obrigatoriedade posta às famílias. Quando há essa necessidade de cumprimento de algo, que é obrigatório para as famílias, os serviços devem dispor do mínimo necessário para que essa obrigatoriedade não se torne algo duplamente punitivo para as famílias.

A questão sobre as condicionalidades constitui-se em que, além da parte a ser cumprida pelos beneficiários, há uma parte que diz respeito ao dever do Estado em garantir os serviços sociais básicos de boa qualidade, disponibilizando-os para toda a população. Uma vez que esse direito fosse garantido, talvez conseguisse assegurar muito mais o acesso aos equipamentos e serviços de saúde, sem que para isso fosse necessária a obrigatoriedade ou a imposição. Portanto, os serviços seriam acessados por todos, de forma universal, sem imposição de medida.

Assim, o Estado poderia voltar-se para ações educativas e de orientação de informações para que a população pudesse fazer uso dos serviços de forma adequada. Nesse sentido, as condicionalidades significariam ampliação dos direitos sociais e não imposições.

2.3 A CONDICIONALIDADE DA SAÚDE NO PBF

Na saúde, a obrigatoriedade de acompanhamento é para as crianças de 0 a 7 anos – do ponto de vista nutricional e vacinação em dia - e de mulheres de 14 a 44 anos, considerando seu período fértil, assim como o pré-natal para as gestantes. A intenção dessa condicionalidade diz respeito a evitar a mortalidade infantil, por isso a exigência da vacinação e acompanhamento do crescimento das crianças até 7 anos, assim como o acompanhamento da gravidez das mulheres.

Registra-se, também, como justificativa, o acompanhamento do período fértil da mulher, para que justamente haja um acompanhamento desde o início da gravidez (quando e se acontecer), a fim de que seja uma gestação saudável, sempre pensando nos riscos para a saúde da mãe e do bebê. O acesso à saúde também diz respeito a um direito social básico, um direito humano fundamental para as famílias, assim previsto na Constituição Federal (1988).

No site do Ministério do Desenvolvimento Social encontra-se que “por meio das condicionalidades, o governo federal consegue identificar as famílias que estão com dificuldade de acessar os serviços de educação e saúde. Nesses casos, elas passam a receber atenção prioritária da Assistência Social para que os problemas sejam solucionados” (BRASIL, 2017).

Essa condicionalidade é acompanhada a nível de município pelas Secretarias Municipais de Saúde, que encaminham Mapas do PBF para as Unidades de Saúde. Os Mapas são cadernos com os nomes e endereços das famílias beneficiárias, que residem na região de abrangência de cada uma das unidades, ou seja, cada US deve se responsabilizar pelo atendimento em saúde das famílias que residem no seu território. As US recebem esses cadernos com os nomes das e dos responsáveis pelas famílias, e os seus dependentes (crianças até 7 anos e meninas acima de 14 anos). Para cada nome há uma linha a ser preenchida com data de nascimento, data de acompanhamento, peso e altura, dados de vacinação das crianças, se a criança está em aleitamento materno, data da última menstruação da mulher e informações sobre gestação e pré-natal (em caso de gravidez). Cada US é responsável pelo preenchimento desse Mapa semestralmente, e ao final de cada semestre esse Mapa é entregue à Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão digitados e enviados ao Ministério da Saúde. Para o preenchimento dessas informações, tanto das crianças quanto das mulheres, tem-se como ideal que ocorra em uma consulta/atendimento, para que o acesso à saúde realmente seja efetivado, pois, no mínimo uma vez por semestre, essa mulher e as crianças estariam passando por atendimento e assim haveria um acompanhamento de saúde. Entretanto, não é exatamente isso que acontece.

O que ocorre, entretanto, é que vários beneficiários do PBF não têm nem sequer um prontuário de atendimento, o que significa que essas famílias não estão tendo um acompanhamento de saúde, portanto, não estão acessando esse direito.

Para além dessas pessoas que não têm prontuário, muitos usuários com prontuário de atendimento não costumam passar por atendimento semestralmente. Esses dados explicitam que, no acompanhamento da condicionalidade, muitas famílias não efetivam realmente o seu direito de acessar a atenção básica em saúde, assim como a US não está cumprindo o seu papel de garantir atendimento e acompanhamento em saúde, e muitas vezes efetua mutirões para que as famílias compareçam à unidade para preencherem os dados para o Programa, pois o preenchimento do Mapa representa metas que as unidades devem cumprir e apresentar para a Secretaria Municipal de Saúde.

Da mesma forma acontece em muitas US, pois cada município, ao assinar o termo de adesão ao benefício, recebem recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD).

O IGD foi instituído pelo MDS em 2009, com o objetivo de melhorar a qualidade da gestão do PBF nos municípios. Trata-se de um indicador calculado com base na cobertura e na atualização dos cadastros e nas informações sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde e de educação, através do qual são repassados recursos financeiros aos municípios. Desse modo, cumpre destacar que o IGD constitui importante mecanismo de

indução do governo federal para a convergência de ações direcionadas ao Programa, contribuindo para o estabelecimento de parâmetros nacionais de sua implementação no território brasileiro (SENNÁ, BRANDÃO & DALY, 2016, p. 157).

Então, há uma preocupação, por parte dos gestores, de não receber esse recurso e, dessa forma, o acompanhamento das condicionalidades passa a representar metas a serem cumpridas pelas US. A partir desta consideração, percebe-se que essa condicionalidade, que já era uma obrigatoriedade para as famílias, torna-se também uma imposição para a US, o que reveste essa ação de uma concepção burocrática e automatizada.

Nesse sentido, uma profissional da US Modelo traz em sua fala que muitas vezes esse trabalho de pegar os dados para o Mapa do Programa se torna mecânico, e que dificilmente se vê os desdobramentos disso. Quando questionada sobre a sua opinião a respeito das condicionalidades, responde:

eu acho que desde que elas fossem bem usadas seria muito bom, o problema é que a gente não vê o desdobramento disso. A família vem aqui, pesa e mede, mas não necessariamente isso é um indicativo de saúde. O que tu faz com esses indicadores né? E a criança estar na escola sim é bem importante e está vacinada também, mas principalmente a questão antropométrica é mal utilizada. [...] eu acho que desde que eu comecei a trabalhar no SUS eu acho que essa questão de aonde vai dar esses dados que a gente coleta, acho que isso é muito importante, porque não necessariamente eles refletem saúde da população. A gente faz um trabalho muito mecânico de coleta de dados, mas a gente não... pelo menos se existe um estudo sobre isso, não é muito divulgado para a gente entender o que tá fazendo e até poder melhorar a aderência né? E aí acaba sendo bem superficial ver sobre os desdobramentos do Programa (J. M. R. S.).

Destarte, nota-se que a contrapartida da saúde para os formuladores é entendida como modo de promover acesso ao serviço e de exercitar o direito à saúde, entretanto, na realidade, são muitas vezes encaradas como metas aos serviços e burocracia pelos usuários. O acompanhamento nos serviços de saúde tem a dificuldade de alta demanda, poucos profissionais, ou profissionais que não se responsabilizam. Então, a partir destes dados é possível entender que há dificuldades de incorporação do atendimento intersetorial relativo ao PBF como parte do cotidiano da atenção básica.

O impacto das condicionalidades nas condições das famílias beneficiárias depende, muitas vezes, da oferta dos serviços de saúde, da qualidade da atenção e dos fatores relacionados ao acesso dessas famílias aos serviços, como os custos do deslocamento ou a necessidade de faltar o trabalho para conseguir atendimento no Posto de Saúde (DE CARVALHO, 2014). Portanto, as condicionalidades não deveriam ser impostas às famílias e sim ao Estado, no que

se refere à oferta e qualidade dos serviços e equipamentos sociais, tendo em vista que há uma insuficiência quantitativa e qualitativa dos serviços ofertados (SILVA, 2007).

De acordo com o objetivo específico de definir conceitualmente o PBF, a condicionalidade da saúde do Programa e o atendimento na atenção básica em saúde, ao concluir este capítulo, entende-se que através dele foi possível fazer uma discussão acerca do Programa e refletir a respeito das condicionalidades, enquanto postas no papel e como elas acontecem nas unidades de atendimento. Além disso, foi possível perceber e analisar a compreensão e questionamentos dessas famílias beneficiárias a respeito das condicionalidades.

Foi possível, ainda, identificar que muitas famílias não conseguem fazer a relação das condicionalidades com o objetivo do Programa, que é garantir o acesso aos direitos básicos. Nesta seara, identificou-se que muitas famílias não reconhecem o seu direito em acessar as políticas, como a de Assistência Social, ou até mesmo a Saúde, uma vez que relataram que acreditam estar ‘tirando a vaga de pessoas que precisam mais’.

Também foi possível identificar diferentes opiniões a respeito da obrigatoriedade das condicionalidades, onde algumas pessoas se posicionaram contra e outras a favor, explicitando as diferenças de entendimentos e de vivências em relação ao Programa. Em relação a este último ponto, ficou evidente que a existência das condicionalidades não tencionou em momento algum o Estado para garantir o atendimento desta demanda, muito menos o provocou a garantir a qualidade dos serviços e equipamentos.

3 O ATENDIMENTO DAS FAMÍLIAS DO PBF NA UNIDADE DE SAÚDE MODELO: O ACOMPANHAMENTO PARA A GARANTIA DA SAÚDE INTEGRAL

O terceiro capítulo tem o objetivo de verificar se a condicionalidade da saúde no PBF resulta em um efetivo atendimento integral em saúde. Para isso irá se refletir a respeito do atendimento em saúde ofertado pela Unidade de Saúde Modelo da cidade de Porto Alegre, instituição onde foi realizado o Estágio Curricular Obrigatório da autora. O capítulo trará, em um primeiro momento, a construção histórica, a abrangência e os usuários que a unidade atende. Após isso discutir-se-á a efetivação da atenção integral em saúde na US Modelo e o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF. Por fim trar-se-á a problematização da obrigatoriedade do Programa em relação à condicionalidade da saúde e o não acesso ao direito. Neste capítulo, majoritariamente, serão discutidos dados que foram coletados a partir da pesquisa empírica realizada com profissionais e usuários da US Modelo. Usuários beneficiários do PBF, que são atendidos ou deveriam ser, e ter a condicionalidade da saúde acompanhada nessa US. Assim como abordará parte dos dados levantados no projeto de intervenção realizado no período de Estágio Curricular Obrigatório nesta mesma Unidade.

Localizado na Rua Jerônimo de Ornellas, nº 55, Bairro Centro, o território de abrangência da Unidade de Saúde Modelo está vinculado à operacionalização da Política de Saúde do município de Porto Alegre, por meio das Gerências Distritais de Saúde, nesse caso à Gerência Distrital de Saúde Centro (GDS Centro). Essa delimitação é correspondente à área do Centro do Orçamento Participativo (OP) e de acordo com dados do ObervaPOA, abrange cerca de 276.799 habitantes. Nesse distrito os habitantes são divididos em três serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS), que são a US Modelo, a US Santa Marta e a US Santa Cecília. Nessa divisão, a US Modelo é responsável por cerca de 120.000 habitantes provenientes de uma área que abrange os bairros Azenha, Auxiliadora, Bom Fim, Bela Vista, Cidade Baixa (parte), Farroupilha, Floresta (parte), Independência (parte), Jardim Botânico, Menino Deus (parte), Moinhos de Vento, Mont'Serrat, Petrópolis (parte), Praia de Belas (parte), Rio Branco, Santa Cecília (parte) e Santana. Trata-se de um território heterogêneo, pois ao mesmo tempo em que abrange famílias mais abastadas, de classe média, abrange famílias de comunidades carentes, assim como territórios quilombolas, como o Quilombo do Areal.

Dados disponíveis no ObservaPOA mostram que a maioria da população da região de abrangência da US Modelo tem em seu domicílio abastecimento de água pela rede e também tem esgoto sanitário adequado. Ao encontro dessas informações, o percentual da população residente em favela nessa região é muito baixo. O que demonstra, também, a qualidade de vida

da maioria das pessoas dessa região. Entretanto, há regiões muito precárias também, como o Loteamento Santa Terezinha, a Vila Sossego, a Vila Planetário, o Condomínio Princesa Isabel e o Loteamento Érico Veríssimo. Essas são regiões de alta vulnerabilidade social, mas também se configuram muitas vezes como regiões de especulação imobiliária para a construção de prédios ou parques, e que por vezes seus moradores já foram expulsos, numa tentativa de “higienização” da cidade, pois muitas dessas vilas se encontram em bairros nobres da região central.

Trata-se da área com maior concentração de idosos residentes no município, e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 8,81 salários mínimos, segundo dados do ObservaPOA. Com esses dados é possível observar que se trata de uma região onde as pessoas, majoritariamente, têm boas condições de vida, o que proporciona, também, que se chegue à idade idosa, de uma forma geral. Também é uma área de muita concentração de moradores de rua.

A região central conta com demais outros serviços de saúde, como CAPS I, Cais Mental, além dos serviços das demais políticas, como Assistência Social e Educação, o que permite uma articulação em rede importante para a garantia dos atendimentos dos usuários. A partir desses dados, é possível perceber um alto nível de desigualdade social nesse território, pois enquanto a maioria vive com 8,1 salários mínimos, há um grupo da população que vive em condições de extrema pobreza.

O Centro de Saúde Modelo foi inaugurado no dia 29 de dezembro de 1941, com o nome de Centro de Saúde Modelo, e representou um marco, no Estado, quanto à proposta de atendimento global à população. Desde a década de 90, é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Seu projeto arquitetônico foi pensado em função da existência de áreas com risco de transmissibilidade, por isso o prédio é todo segmentado, o que dificulta o trabalho atual de descentralização e de proposta ao atendimento integral do usuário.

O Centro de Saúde Modelo estava sob a intervenção da esfera administrativa do Estado do RS até sua municipalização, ocorrida na década de 90, quando o município de Porto Alegre passou a responder pela administração de diversos serviços de saúde. Serviço de natureza pública de saúde básica e de média complexidade, onde os usuários acessam a atenção básica por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) e pelas duas Equipes de Estratégia da Família (ESF).

A Gestão geral da US Modelo é coordenada pela mesma coordenadoria da UBS Modelo, estando à frente da gestão, atualmente, um médico de família. A instituição não tem um organograma, mas é possível entender um pouco da disposição dos servidores de acordo com

os serviços prestados, entre atenção básica e especialidades, acolhimento, ESFs, UBS, Centro de Referência e Tuberculose, atendimento domiciliar, farmácia homeopática, farmácia distrital e Práticas Integrativas em Saúde.

É considerada referência no âmbito estadual em Homeopatia e Acupuntura, e, no âmbito municipal, em Tisiologia, na distribuição de medicamentos (Farmácia Distrital e Homeopática) e na Odontologia. Além disso, a Unidade também disponibiliza Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Puericultura, Medicina interna e especialidades médicas, Odontologia, Vacinas, Visitas domiciliares, Grupos Terapêuticos Multiprofissionais (CSM, 2008).

O CSM é responsável por uma área de 120 mil habitantes, sendo que a quantidade aproximada de consultas noturnas é de 194/semana; o número mínimo de consultas diurnas é de 624/semana, entre pediatria, ginecologia e clínica geral, bem como 226 acolhimentos na semana, aproximadamente. Além disso, a Odontologia atende via acolhimento também.

Existem os grupos como Idosos, Grupo de Tabagismo, Grupo da Dor, Gestante e Alimentação dos Bebês. Sobre o número total de consultas, é reservado 30% da agenda geral para agendamento por telefone, destinado aos idosos (acima de 60 anos) e portadores de necessidades especiais. Apesar de ser um serviço da saúde, acaba por ter demandas de outras políticas sociais, como Assistência Social e Educação. Por isso a necessidade do trabalho em rede, além do vínculo com os demais serviços da região para os devidos encaminhamentos.

A participação dos usuários no funcionamento da Unidade se dá através do Conselho Local de Saúde, que ocorre uma vez por mês; todas as segundas segundas-feiras de cada mês, às 16h, no auditório da Unidade. O horário em que as reuniões ocorrem dificulta um tanto a participação, pois quem trabalha nesse horário acaba não tendo a oportunidade de participar. Além disso, há uma caixa de sugestões que se encontra no andar de baixo próximo à recepção, e algumas pessoas também fazem reclamações diretamente ao Recursos Humanos.

3.1 A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE NA US MODELO E O ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF;

Para problematizar a respeito da efetivação da atenção integral em saúde das famílias beneficiárias, trar-se-á o conceito utilizado neste trabalho a respeito do atendimento integral em saúde. Após isso, a problematização a respeito da efetivação desse atendimento na US Modelo. Ao questionar a Coordenação da Unidade de Saúde Modelo, a informação não foi precisa a respeito de quando a US Modelo inicia o acompanhamento da condicionalidade saúde do PBF.

O atual coordenador relata que quando iniciou seu trabalho na unidade, em 2010, esse acompanhamento já existia.

O atendimento integral em saúde é enfatizado pelo artigo 198 da CF/88 e complementado pela Lei 8.080/90 e indica um aspecto central na direção do direito à saúde. Refere-se ao reconhecimento da totalidade que cada pessoa representa, enfatizando a não fragmentação da atenção (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

Há duas dimensões possíveis de se entender o princípio da integralidade. Primeiramente a integralidade deve ser o foco dos saberes de uma equipe multiprofissional nos serviços de saúde, a “integralidade focalizada”, na medida em que é trabalhada em um espaço delimitado. É importante, nessa dimensão, o compromisso de se fazer a melhor escuta possível das necessidades trazidas pelos usuários, mesmo que essas não estejam explícitas. Por isso, também, a importância do esforço da equipe em traduzir e atender, da melhor forma possível, essas demandas.

Porém, mesmo que a equipe seja muito organizada e que tenha todo o empenho, não é possível que se chegue à integralidade plena do atendimento. Para isso, é necessária uma articulação de cada serviço da saúde com a rede de serviços, rede de atendimento, abrangendo demais aspectos que influenciam no acesso à saúde. Essa é a integralidade pensada no “macro” (CECÍLIO, 2004).

O princípio da integralidade pode ter diversos sentidos presentes no campo da saúde. Dentre eles, o sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral ou no sentido das relações entre as políticas sociais e nos atendimentos aos usuários. Tem relação direta com o planejamento intersetorial das ações, pois garantir o atendimento integral diz respeito a ver o indivíduo e as suas demandas em uma totalidade, no sentido ampliado de saúde, por isso a necessidade de contato com as demais áreas de atendimento e com outros setores da rede.

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é a porta de entrada dos usuários da Rede de Atenção à Saúde e tem um papel importante no contato permanente com as famílias de sua responsabilidade territorial. Desenvolver ações educativas visando à promoção da saúde “[...] oportuniza o olhar para a integralidade do cuidado. Significa também o encaminhamento quando necessário para os demais pontos da rede de atenção à saúde, e o acompanhamento da evolução de cada usuário de forma contínua” (MAGALHÃES JUNIOR et al, 2013, p.99).

A ABS é um nível de atendimento em saúde, assim como a atenção especializada e a alta complexidade. É responsável pelo atendimento individual e coletivo, e abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a

manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de uma divisão territorial delimitada onde assume a responsabilidade sanitária e tem o foco nos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, ou seja, a porta de entrada para o atendimento e acompanhamento em saúde e “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2007, p.12).

Baseia o seu exercício através do conceito de sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca garantir a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças. É importante ressaltar que um dos seus fundamentos é o desenvolvimento de relações de vínculo entre as equipes e a população, para garantir a continuidade das ações e do acompanhamento em saúde, em uma lógica de cuidado (BRASIL, 2007).

Então, questiona-se: as condicionalidades impostas pelo PBF garantem um atendimento integral em saúde? Se considerado que é um Programa transversal, que envolve as Políticas de Saúde, Assistência Social e Educação, logo poderia se pensar que se trata de um programa intersetorial, que esses setores conversam entre si e que por isso há um atendimento integral garantido a essas famílias. Entretanto, apesar de algumas opiniões positivas a respeito do atendimento em saúde, por exemplo, ainda é perceptível uma variação muito grande de atendimento conforme cada profissional. É preciso que haja um posicionamento enquanto equipe para que nos atendimentos haja um funcionamento padrão.

Nos dados levantados no período de Estágio Curricular Obrigatório na US Modelo, foram encontrados elementos importantes para avaliação dos atendimentos e do acompanhamento da condicionalidade saúde do Programa. Em um comparativo de quatro semestres dos Mapas do Programa, encontrou-se que, das famílias que ali constavam, 36% sequer tinham prontuário de atendimento na US, o que significa que essas famílias não estão tendo um acompanhamento de saúde, pois muitas dessas devem ter atendimentos pontuais de saúde em hospitais, unidades de pronto atendimentos, ou consultas particulares, o que não caracteriza um acompanhamento da sua saúde.

Esse dado aparece em algumas entrevistas com as usuárias que relatam não conseguir atendimento na US Modelo, que então nesses casos, quando dispõem de verba, fazem exames de forma particular. Nesse caso é importante ressaltar que a usuária refere que teve muitas tentativas de consultas na US, mas não o conseguindo, procura atendimento particular. Essa é uma das beneficiárias do Programa que não tem prontuário de atendimento na Unidade.

Foi possível encontrar, também, informações que podem demonstrar dificuldades de comunicação entre a equipe, pois, ao entrevistar uma das usuárias que supostamente não teria prontuário de atendimento na Unidade (esse não foi encontrado no sistema, nem em prontuário de papel), ela relata que por muito tempo teve acompanhamento de saúde mental na Unidade (antes dessa ser transferida para outra Unidade) e que tem atendimentos semestrais na US Modelo para manutenção do benefício. À vista disso tem-se um relato da usuária que diz passar por consulta semestralmente, mas o prontuário de atendimento não foi encontrado.

No levantamento de dados também foi possível identificar que mesmo dentre aqueles usuários com prontuário de atendimento na Unidade, grande porcentagem não tinha atendimento há mais de dois anos, o que demonstra um não acompanhamento real de saúde, pois esses são os usuários que muitas vezes comparecem à Unidade apenas para preenchimento do dado do Programa.

Além disso, foi identificado que nos números de beneficiários do PBF com atendimento contínuo na US, a maioria são crianças, o que explicita que os responsáveis podem ter encontrado maior facilidade para agendar consulta pediátrica, em comparação com a agenda de consulta para adultos. Desses usuários que têm atendimento pelo menos uma vez por semestre, como exige o Programa, em muitos casos as informações não foram passadas para o Mapa do Programa, explicitando uma falha de comunicação da equipe.

O questionário semiestruturado utilizado nas entrevistas com as usuárias foi pensado para responder alguns questionamentos a respeito do PBF e do atendimento em saúde: para verificar se as famílias têm o conhecimento e o entendimento do Programa e das suas condicionalidades, se acessam as demais políticas transversais ao Programa, se acessam a US e se entendem que estão tendo o seu direito à saúde alcançado (Apêndice A).

Da mesma forma, foi pensado um questionário semiestruturado para entrevistar os profissionais da US (Apêndice B). Ao entrevistar esses dois públicos, todos concordaram em realizar a entrevista e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Um dos questionamentos feito às usuárias nas entrevistas realizadas foi: quando você está em atendimento/consulta, o profissional questiona sobre outras coisas que não apenas a sua demanda naquele momento? Isso para avaliar se os profissionais pensam em um atendimento considerando o conceito ampliado de saúde, questionando para além da demanda aparente. Muitas usuárias apontaram que não, que normalmente o profissional se restringe à demanda exposta, o que fica explícito conforme sequência de entrevistas:

É mais direto no que eu estou trazendo, e pergunta se eu tenho mais alguma dúvida. Se eu digo que não, acaba ali o assunto e era isso (A. R. S., 34).

Teve uma vez que o médico, eu gostei muito porque ele me perguntou tudo da minha história da saúde. Foi aquela vez que eu fiz o exame de mama, eu achei muito legal, ele se mostrou interessado em saber como anda minha saúde, mas foi a primeira e a única vez. Os outros não, os outros não perguntam muito (R. B. A., 36).

Nessa última fala, a usuária refere que lembra de ter sido em uma consulta apenas, com determinado profissional, que foi questionada sobre outras demandas, que sentiu que o profissional estava interessado em escutá-la.

Em contrapartida, algumas usuárias trouxeram discussões positivas para esse questionamento, em que os profissionais costumam ouvir mais e perguntar sobre outros aspectos da saúde. Essas opiniões ficam explícitas a seguir:

Sim, com certeza porque eu acho que aqui é tudo interligado. Eu acho que tem acesso ao tratamento psiquiátrico, têm acesso ao fato de eu ter uma filha pequena, então existe uma preocupação. Isso que eu acho muito interessante. Eu já tive plano de saúde, já fui consultar em lugares que eram pagos e eram muito inferiores em relação a isso, porque existe realmente uma preocupação (J. G. S., 41).

Ele pergunta sobre o histórico... Porque normalmente eles já têm a minha ficha, né? Então às vezes eles já estão sabendo o que tu tem ali, porque já está registrado. Mas eles perguntam às vezes também em casos de... e aí pergunta se tem alguma coisa hereditária de família (A. F. S., 48).

Percebe-se que existem posições diferentes com os discursos das usuárias. Então se questiona: por que essa variação de respostas? Será uma diferenciação entre atendimentos conforme o profissional? Será a forma como o usuário compreende o direito de acesso à saúde?

O PBF, na sua inserção, almejava estimular um melhor acompanhamento dos seus beneficiários pelos serviços de saúde, e para cumprir essas metas, foram feitas pactuações com os municípios, a fim de garantir a universalização da cobertura (CAMPELLO, 2013). Interpreta-se que essas pactuações teriam o objetivo de garantir ações minimamente padronizadas, dentro das disponibilidades dos municípios, para o atendimento e acompanhamento de saúde dos beneficiários de forma integral. Infelizmente, percebe-se que essas ações ainda não se efetivaram completamente, pois à medida que alguns usuários reconhecem um atendimento integral, outros ainda não.

Já ao questionar se os profissionais perguntam se a família é beneficiária do PBF nos atendimentos, a maioria relatou que os profissionais não perguntam, e que por isso elas têm de falar. Essa pergunta tinha o objetivo de identificar se há uma preocupação dos profissionais

enquanto Unidade de Saúde a respeito do cumprimento da condicionalidade saúde, ou se essa questão fica apenas em nível de cumprimento de meta.

Uma das usuárias entrevistadas inclusive relata se sentir constrangida ao falar que é do PBF, pois acredita que os profissionais têm certos preconceitos e por isso iriam agir de forma diferenciada em tendo essa informação:

Eu acho o atendimento lá muito bom, mas aconteceu, já faz um ano e meio, foi logo que eu vim porque eu não morava aqui, eu morava ali na Azenha. Então foi quando a gente veio morar ali, foi que eu comecei o atendimento ali no posto e logo que eu comecei foi dito esse negócio do Bolsa Família e na verdade os médicos, alguns, não são todos, não dão bola que tu fala “eu sou do Bolsa Família”. Até uma disse “ah, mas tu tem que dizer tá?” mas é que o tom que eles usam deixa a gente muito constrangida. Eu sou uma que depois daquilo eu não falei mais e foi por isso que ela me chamou atenção “tem que dizer”. Sim, mas e o medo de ser tratada diferente, entende? Então eu não falei mais porque, sinceramente. Porque às vezes tem médicos que olham para gente “a não, tu tá bem” e deu... e aí se eu pego um desses e digo o que eu recebo o bolsa família, que atendimento ele vai me dar se ele já não tá me olhando, entende? (R. B. A., 36)

No caso dessa usuária há um aspecto importante a ser problematizado: o preconceito de alguns profissionais em relação ao Programa, ou em relação às famílias que recebem o benefício. A usuária refere que muitas vezes sente que os profissionais não dão a devida importância no atendimento e que por isso tem medo de falar que é beneficiária do Programa com receio de ser tratada com ainda mais indiferença.

Essa é uma questão que deve ser questionada nas US, pois muitas vezes o cumprimento das condicionalidades não depende apenas das famílias beneficiárias, mas também da qualidade do atendimento ofertado pela Unidade, de um padrão de atendimento dos profissionais, independente de acreditar ou não, de concordar ou não com o Programa. O atendimento dos usuários de forma humanizada e a garantia do atendimento integral, além de serem princípios do SUS, são direitos de todos a partir da CF/88 e da Lei Orgânica de Saúde. Segundo esse mesmo respaldo, essa garantia é um dever do Estado, que está ali sendo representado pela US e pelos profissionais que nela trabalham.

A pediatra dele já sabe, mas fora isso só se eu falar, né? Não vejo muita pergunta assim, se tu é do bolsa, ou até mesmo que tem que ter a pesagem e a medição. Quando eu fiz o papanicolau eu identifiquei, porque mesmo trazendo ele [filho] todos os meses algumas vezes já me ligaram para pesar e medir. Aí quando eu cheguei aqui elas falaram que não iam pesar e medir porque eu ia ter que passar por atendimento. Aí me marcaram uma consulta e como tava nesse negócio de Outubro Rosa... aí conseguiram para mim mais rápido a função do papanicolau. Aí eu passei com umas enfermeiras e ali eu identifiquei que era do bolsa família, aí elas disseram que tem que pesar e medir para botar no Mapa. Aí elas pegaram e colocaram ali (A. R. S., 34).

Na fala acima, a usuária, além de relatar que não é questionada a respeito do Programa quando está em atendimento, também relata que já aconteceram situações em que ela já havia passado por atendimento médico em determinado semestre, porém suas informações não haviam sido passadas para o Mapa do Programa, então ela foi comunicada pela Unidade de Saúde de que precisava comparecer à Unidade para fornecer suas informações de saúde para o Programa. Nesse momento fica evidente a dificuldade da própria equipe em não apenas questionar nos atendimentos, mas pegar as informações e passá-las para o Mapa. Ela refere, também, a campanha do Outubro Rosa realizada pela Unidade, onde há um maior número de agenda para atendimento da saúde da mulher, momento em que ela conseguiu marcar seus exames preventivos.

Da mesma forma como a usuária anterior, outra beneficiária relata situações em que já havia consultado em determinado semestre, mas seus dados não foram passados para o Mapa do Programa. Segue abaixo:

Não, para mim eles não perguntam. Só da minha pequena, a pediatra pergunta. Mas para mim a minha médica não pergunta. [Então como tu faz para colocar os seus dados no Mapa?] eu não sei se foi alguma assistente social que disse que eu tenho que informar na consulta porque já aconteceu de me chamarem atenção, até do Bolsa Família, e aí eu vim ver aqui, como se não tivesse ido os meus dados, se não tivesse atualizado. E aí eu perguntei e me disseram que é porque não foi colocado, “tu tem que informar que tu é do Programa”, porque às vezes os médicos não sabem. [Nessa situação tu tinha vindo já e mesmo assim?] sim eu consultava, mas só que não tava indo os meus dados, como se eu não tivesse consultado. Aí o Bolsa me informou [...]. Eu achei que bastava vir, e que na hora da consulta era tudo uma coisa só, que já tava tudo certo (A. F. S., 48).

Nessa fala fica evidente, também, a falha do sistema de prontuário online. Realmente é necessário que conste no prontuário dos usuários, independente de ser de papel ou informatizado, que o usuário é beneficiário do Programa, como o era no prontuário de papel através do selo do Programa. Outras duas usuárias relatam que os profissionais não costumam perguntar se pertencem ao Bolsa Família: “não, o médico não pergunta, o médico nunca pergunta. Se você não se antecipa e não fala, ele não pergunta (J. G. S., 41)”.

Uma delas mostrou não entender muito bem a condicionalidade da saúde e da necessidade de fornecer os seus dados uma vez por semestre. Segue abaixo:

A guria foi lá, a assistente social só, me fez a carteirinha do Sus. [E em relação ao Bolsa Família não te disseram nada no atendimento?] Ela perguntou. [A médica?] não, a médica não perguntou nada. [Quem perguntou?] a assistente social que foi lá em casa. [E quando a senhora veio aqui não te perguntaram nada do Bolsa Família?] não. Ninguém pergunta nada, nem na fila. [E a

senhora vem aqui uma vez por semestre para preencher os dados do Bolsa Família?] eu venho uma vez por ano, mas não é aqui, é no CRAS (M. D. C., 39)

Nesse caso a usuária relata que algum profissional da Unidade esteve em sua residência, fez seu cartão do SUS e questionou a respeito do Programa. Entretanto, quando esteve em atendimento na US, não foi questionada sobre o Programa. Em sua fala percebe-se um não entendimento da necessidade de passar por atendimento de saúde de forma semestral, tanto que ela refere que vai apenas ao CRAS anualmente.

Explicita-se dessa forma que muitas vezes não há um entendimento correto, por parte das famílias, das condicionalidades do PBF. Muitos relatam em seus discursos que têm esse conhecimento, mas muitos não têm essa informação, ou têm dificuldade de entendimento. Por isso a importância da atuação dos profissionais, principalmente nos atendimentos, para garantir que o usuário tenha os seus dados preenchidos no Mapa do Programa; minimamente quando estão em atendimento e, muito importante, que tenham conhecimento e consciência das suas “responsabilidades” com o PBF.

O médico não pergunta, tem que falar todas as vezes. [...] por que um dia eu vim no médico e na outra semana me chamaram pra pesar e fazer tudo de novo. Aí eu disse “mas eu vim na semana passada” aí disseram que não tava no Mapa. Mas eu vim [...]. Eu acho que tem que ter um pouco mais de apoio organizado, para a pessoa [...]. Que nem semana passada, eu estava consultando no Clínico e aí eu falei “olha, minhas filhas são do bolsa” aí ele disse “ai que bom ter falado”. Mas como ele não sabia? (R. H. S. S., 43)

A usuária, na fala acima, questiona o fato dos profissionais não saberem que as famílias são beneficiárias do Programa. Ela relata que antigamente ela percebia que tinha um selo do Programa no prontuário de papel, então os profissionais identificavam por ali. Agora com a informatização do sistema, ela refere achar que inclusive essa informação estava dada para todos os profissionais.

Essa falta de comunicação entre usuários e profissionais aparece inclusive na fala das profissionais entrevistadas, como fica explícito, quando questionadas a respeito da forma como identificam que o paciente é beneficiário do PBF:

Agora fica um pouco mais difícil porque antes a gente tinha um envelope de papel que tinha um selo que ajudava a identificar, no prontuário eletrônico nunca vi isso, acho que ainda não tem. Mas normalmente no final da consulta o paciente diz ‘ah eu vim por causa do bolsa, para eu não perder’ (J. M. R. S).

Agora eles têm que dizer porque às vezes eu não pergunto. Eu não teria isso na minha vontade de perguntar para todos porque às vezes eu acho que as pessoas podem se ofender. Porque eu vejo que algumas pessoas meio que escondem isso, não sei, não é uma coisa... para algumas famílias, mas para

outros não. Mas eu acho que à medida que tem um prontuário eletrônico isso deveria estar na folha de rosto do prontuário, está cadastrado, já aparece ali e aí já clica que já consultou né? (M. Q. M.).

Até mesmo as profissionais que atendem as famílias beneficiárias entendem que com a informatização do sistema de prontuário essa informação se perdeu, o que tem dificultado a comunicação. Entende-se que enquanto essa informação não for acrescentada no sistema, os profissionais precisam perguntar. E para além de perguntar, devem garantir o acesso a esse serviço com equidade, ou seja, sem fazer diferenciação no atendimento ao saber que a família é beneficiária do PBF. Da mesma forma, é preciso que os usuários entendam ser importante que eles falem nos atendimentos, para garantir a manutenção do benefício.

Ao entrevistar o atual coordenador da Unidade, identificam-se alguns relatos que podem estar justificando essa diferenciação de atendimento. Ao ser questionado a respeito da identificação dos beneficiários do Programa no momento do atendimento, o coordenador traz um posicionamento importante, que parece ter sido construído coletivamente através de discussões em reunião de equipe, mas que ele entende não estar surtindo os efeitos esperados:

O que a gente tentou, mas eu acho que é difícil se cumprir no dia a dia, é tentar perguntar para as pessoas, mas a gente acha que isso é falho, não é muito... porque acaba no dia a dia o pessoal atucanado com o tempo, acaba talvez não perguntando se é do bolsa família [...]. Mas eu acho que por enquanto o que a gente combinou de perguntar nos atendimentos, eu acho que não funciona direito. Porque alguns comentaram, quando a gente discutiu isso, que as pessoas têm constrangimento de dizer, então por isso que a gente combinou de perguntar, que seria uma coisa melhor para a pessoa poder dizer, mas eu acho que não funciona direito, então o que se apontou é criar uma identificação como se tinha no prontuário de papel (F. J. T. M).

O coordenador da Unidade traz a relação do atendimento com a precarização do trabalho, quando identifica que muitas vezes os profissionais não dão a devida importância às informações do Programa no momento do atendimento, pois estão “atucanados com o tempo”, ou seja, demonstra as condições precárias de trabalho, em uma US que é responsável por um território muito abrangente e que muitas vezes não conta com a quantidade necessária de profissionais para a efetivação de um serviço de qualidade. Além disso, reconhece que é importante que os profissionais questionem a respeito do PBF nos atendimentos, pois muitas vezes as famílias se sentem constrangidas de falar.

Através dos relatos acima expostos, é possível perceber que os profissionais, em sua maioria, não perguntam, e as usuárias entendem que essa informação já existe e não a reforçam. Ao entrevistar duas médicas da Unidade, elas relatam que agora, com a implementação do

sistema de prontuário online e-SUS⁶, essa identificação ficou difícil, pois antes era colado um selo do Programa no prontuário de papel. Acredita-se que, enquanto não houver uma forma de identificação no prontuário online, é de extrema importância que os profissionais perguntem para todos os usuários atendidos.

Nos relatos também é possível identificar casos em que a família vinha para atendimento, porém os seus dados não iam para o Mapa do Programa, então a família era contatada por telefone para cumprir com a condicionalidade, sendo que a mesma já havia passado por atendimento. Portanto, evidencia-se uma dificuldade da própria equipe em repassar as informações para o Mapa do Programa, ou até mesmo dos profissionais em questionar no momento do atendimento.

É preciso realçar que as atividades exigidas pelas condicionalidades fazem parte do rol de ações que integram a rotina da Atenção Básica em Saúde, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, imunização e acompanhamento do pré-natal. Então o acompanhamento das condicionalidades está diretamente ligado à qualidade da atenção oferecida pela Unidade.

Percebe-se que onde a Atenção Básica é pouco articulada, o acompanhamento das condicionalidades de saúde torna-se muito difícil para as famílias e uma tarefa burocrática a mais para a equipe, deslocado da intenção de garantir o acesso aos direitos sociais básicos (SENNA, 2016).

Além do atendimento do serviço como um todo, os profissionais têm um papel muito importante nesse acompanhamento e na garantia do acesso:

pois é através do seu trabalho que pode se viabilizar aproximação entre usuário e serviço. Além disso, têm um papel fundamental na qualificação da atenção à saúde ‘por meio da apropriação da importância dessas condicionalidades, com vistas à integralidade do cuidado’ (DE CARVALHO, 2014, p. 1372) (aspas no original).

Ao questionar uma ex-enfermeira da US Modelo – a mesma foi realocada recentemente para outro posto, mas no tempo em que trabalhou na Unidade era referência para atendimento das famílias beneficiárias – se houve melhora no atendimento dessas famílias no decorrer dos dois anos e meio em que ela trabalhou na Unidade, ela responde que “na enfermagem tu não tem um retorno mais imediato disso. Tu estimula que elas venham, que elas façam consultas

⁶ O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica).

periódicas, que elas se cuidem. Eu acho que sim, de certa forma, tem uma melhora, elas procuram a parte da assistência” (H.M.). No relato da enfermeira se identifica que é possível observar uma melhora no acompanhamento quando os profissionais tomam essa posição de informar, incentivar e estimular que essas famílias não acessem a Unidade apenas para manutenção do benefício, mas também porque é importante para sua saúde, para a prevenção de doenças.

Logo, percebe-se o papel fundamental da equipe nas Unidades de Saúde para garantir não só o acesso à saúde, mas acesso à informação, como atividades educativas sistemáticas que possam informar os usuários que por ventura não estejam certos dessa obrigatoriedade. O objetivo com isso seria alcançar uma cultura de acesso regular à Unidade de Atenção Básica, propiciando um real acompanhamento em saúde, focando na qualidade das ações e do serviço como um todo, para que a condicionalidade não seja mais necessária, para que o acesso não seja uma obrigação, e sim um direito.

É necessário, também, que haja um posicionamento dos profissionais da equipe em pontuar um atendimento de qualidade, dando atenção a todos os detalhes, independente da demanda diária por atendimentos, pois essa é uma forma de pressionar a Política como um todo, e por consequência o Estado, de que é necessário um maior investimento para essa área de atendimento à população.

3.2 PROBLEMATIZAÇÃO DA OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA E O NÃO ACESSO

Apesar da intenção de garantir o acesso à saúde a essas famílias beneficiárias do Programa através da condicionalidade, o que ainda ocorre é uma culpabilização das famílias e um trefismo nas US. Ocorre uma dupla punição desses usuários à medida que, muitas vezes, as famílias que não acessam o serviço são justamente aquelas mais vulneráveis, com filhos pequenos e que não conseguem agendar consulta ginecológica ou médico de família.

Nas entrevistas realizadas, a maioria relatou que para a marcação de pediatra não há maiores empecilhos, porém há a dificuldade do agendamento de ginecologista, que é preciso estar na fila no período da madrugada para tentar ficha e, ainda assim, nem sempre é garantido que a usuária conseguirá atendimento. Esses relatos encontram-se na seguinte fala:

Para mim no caso é mais difícil né? Porque eu quero marcar ginecologista só que é só na segunda-feira, então tem que madrugar. Então como o pai deles [filhos] sai às 5:30 da manhã de casa não tem com quem deixar eles e a minha mãe também trabalha cedo, então eu também fico meio que de lado. Então eu

dou mais prioridade para eles, porque ginecologista é muito difícil (M. O. A., 21).

Nesse caso, a usuária traz uma dificuldade encontrada por ela e por muitas mulheres com filhos pequenos, que não têm com quem deixar os filhos para ficar na fila no período da madrugada para tentar agendamento de consulta. A dificuldade é também expressada por outra usuária que afirma:

Para marcar ginecologista tem que estar aqui 4 horas da manhã. O mês passado eu consegui, estava chovendo e aí não tinha ninguém aqui na fila, mas caso contrário está sempre lotado. É horrível, aí tu fica das 5h da manhã, e quando chega aqui dentro já não tem mais ficha, é muito ruim, é muito difícil a gente conseguir (R. H. S. S., 43).

Essa realidade de dificuldade de acesso muitas vezes diz respeito ao processo de sucateamento da Saúde Pública em prol da privatização da mesma. “Esse cenário precarizado em que se encontram os serviços públicos serve como justificativa para a privatização, se tornando ‘única via de saída da crise capitalista’. [...] A precarização do acesso a direitos sociais ocorre em detrimento do principal objetivo do sistema capitalista: o lucro” (KOETZ, 2016, p.32, 33).

Isto é, há uma nítida precarização dos serviços públicos de uma forma geral, inclusive na saúde. Esse movimento é referente a um processo histórico de sucateamento desses serviços com o objetivo final de privatizar e gerar lucro para o capital em serviços que o lucro ainda não era alcançado.

Outro tipo de dificuldade encontrada no atendimento é relatada por uma usuária quando afirma:

É, quando tu fala rola um preconceito, eu acho uma maneira de ver é um preconceito. E eu já vi outras mulheres falando sobre isso, que rola um preconceito... [Em relação ao Bolsa Família a senhora está dizendo?] sim. Quando tu diz que recebe o bolsa família, rola um preconceito. Porque na verdade eu acho que eles pensam que como vem do governo e eles pagam impostos é eles que pagam, então eles não acham isso certo. Eu acho isso, mas isso é um pensamento meu também, né? Mas eu não sei. (R. B. A., 36).

Na fala acima há mais uma vez um relato de preconceito sentido por parte das usuárias em relação aos profissionais. Então quando questionada sobre alguma possível dificuldade de acessar a Unidade, a usuária, ao contrário de outras, não relatou dificuldades de agendamento, mas sim em relação ao preconceito sentido nos atendimentos. Esse preconceito diz respeito a uma criminalização da pobreza, onde a questão social é transformada em uma questão individual e moral. Um termo que na processualidade histórica tem relação com a “classe perigosa”, aqueles que não eram produtivos para o mercado e que poderiam desenvolver atos perigosos e entrar para a criminalidade (DURIGUETTO, 2017).

Historicamente os pobres foram considerados patologias nas cidades, indignos de conviver com aqueles disciplinados para o trabalho. Eram tratados como anomalias. Com a Consolidação das Leis de Trabalho, apenas aqueles com vínculo formal de trabalho eram considerados cidadãos. Com a CF/88 e o reconhecimento dos setores subalternos, o objetivo era de que essa visão mudasse, porém com as várias reformas neoliberais, a questão social vai sofrendo com a sua despolitização, e aí os indivíduos são culpabilizados pela sua situação de empobrecimento, isentando a sociedade da sua responsabilidade na produção de desigualdades sociais (SOUZA & SARMENTO, 2009).

Nesse sentido, a coordenação da Unidade opina também a respeito de uma divergência de opiniões entre os profissionais sobre o Programa:

É um programa que foi muito, teve muito preconceito, porque foi muito politizado a discussão sobre ele, muito partidarizado e eu acho que isso afetou toda a população, inclusive quem trabalha com isso. Mas eu acho que houve um problema, também, a maneira como ele chegou no serviço, porque uma pessoa que já tem uma ideia ou um preconceito, ou não tem ideia do que representa um programa social desse tipo, daqui a pouco está envolvido em lidar com isso, aí as vezes cria uma série de contrariedades e para isso foi importante a gente ter umas discussões sobre isso aqui nas reuniões de equipe. Porque eu lembro de algumas que foram bem complicadas, mas que as pessoas se colocaram e aí a gente pôde explicar (F. J. T. M).

O coordenador da Unidade refere que esse acompanhamento da condicionalidade e os Mapas do Programa chegaram de forma abrupta nas unidades. Anteriormente na entrevista, relata que ainda trabalhava em outra US quando os Mapas foram enviados para a mesma, sem nenhuma explicação e orientação, e que isso pode ser um fator influenciador da dificuldade ainda encontrada. Relata que alguns anos após, houve reuniões com a Secretaria de Saúde do Município, juntamente com as demais US, e aí então esse acompanhamento foi melhor entendido.

Destaca também a importância das reuniões de equipe, que ocorrem semanalmente, para dissolver as possíveis dúvidas e os possíveis preconceitos existentes. É importante, porém, trazer a crítica enquanto ex-estagiária da Unidade, de que muitas vezes essas reuniões eram esvaziadas, pois não trata-se de uma tarefa obrigatória para os profissionais, então as discussões acabam não alcançando a todos, e muitas vezes aqueles com mais resistência são justamente os que não participam das reuniões.

É possível identificar os esforços da coordenação em mudar essa realidade, pois quando questionada se tem orientado os profissionais da Unidade a respeito do atendimento aos beneficiários, a coordenação identifica:

[...] eu acho que hoje em dia dá para dizer que sim, porque além de ter essas ocasiões em que a gente falou em reunião de equipe, que serviu para isso, foram um bom número de reuniões. Não é uma coisa cotidiana, mas se fez várias abordagens em reunião de equipe e, além disso, como agora vai fazer 10 meses que eu estou na coordenação de novo, nesse período eu busquei falar com a equipe, tanto em grupo quanto individualmente com as pessoas que se envolvem mais, sobre o acompanhamento do Mapa (F. J. T. M).

Entretanto, é preciso avançar no alcance dos profissionais para as discussões surtirem efeitos reais nos atendimentos, pois fica explícito também que a coordenação falou de forma individual com aqueles profissionais que “se envolvem mais”, mas muitas vezes as situações de preconceitos estão justamente naqueles que não se envolvem, pois não concordam com o Programa.

Outra usuária identifica a dificuldade de conseguir ficha de atendimento:

É só a questão de que tu chega aqui e nunca tem ficha. Aí tu chega aqui, é 6 horas da manhã não tem mais ficha, aí tu chega às 4 horas da manhã, tem ficha, só que é só para daqui a 30 dias. Que nem eu precisava de um remédio anticoncepcional porque eu tenho endometriose e eu não posso ficar menstruada, é uma coisa que não pode acontecer. E aí eu tive que esperar 30 dias para conseguir [...]. (P. D. S., 30)

O que ocorre é uma dificuldade de acessar o serviço. Aí se encontra a contradição entre a obrigatoriedade exigida pelo Programa e a dificuldade do próprio serviço em garantir que essas famílias consigam acessar o serviço.

Uma médica de família e comunidade entrevistada traz sua opinião a respeito da condicionalidade saúde, que muitas vezes o preenchimento dos dados no Mapa do Programa se torna algo automático e perde o seu real sentido. Também relata que muitas vezes os profissionais não têm um retorno do produto desses dados. Logo, torna-se uma obrigação para os usuários e para a equipe; os usuários não conseguem ter um real acesso à saúde, e os profissionais se detêm ao preenchimento dos dados, sem muitas vezes entender os resultados disso.

A mesma profissional problematiza uma questão muito importante, que é a questão do acompanhamento em saúde, pois preencher os dados para o Mapa não indica um real acesso à saúde. Alguns municípios, inclusive, quando se encontram abaixo da meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde e sob risco de perder os recursos financeiros, adotam estratégias para aumento do percentual de acompanhamento, dentre elas a realização de mutirões voltados à aferição antropométrica das famílias (SENNA, 2016). Mais um exemplo de que a condicionalidade muitas vezes é vista apenas como uma obrigação tanto para os usuários,

quanto para a equipe, e o acesso à saúde não está sendo priorizado nessas situações. Por exemplo, na US Modelo, é perceptível um aumento da cobertura de acompanhamento da condicionalidade saúde desses últimos anos de 2017 e 2018, em relação aos anos anteriores, pois, aponta a coordenação que:

Foi conversado com as pessoas e eu acho que o acompanhamento melhorou, pelo que temos nos índices nós estamos melhor, eu acho que o último foi 76%, alguma coisa assim. É claro que se compara às vezes com a equipe de estratégia de saúde da família, que tem uma área mais restrita para trabalhar, e tem agente comunitário em todas as regiões, fica muito mais fácil então é óbvio que essas equipes podem ter índices melhores de acompanhamento. Agora se o índice é real, se isso mudou para as pessoas realmente, aí eu tenho diversas outras informações né? Porque tem tu que já trabalhasse com isso e que tem dados ou a Gerência que também trabalha nisso. [...] eu acho que tem alguns problemas ainda, mas acho que se for comparar com os anos anteriores, está bem melhor (F. J. T. M).

Esse aumento no percentual de cobertura deu-se muito por consequência de haver uma cobrança da Secretaria de Saúde, então a US teve que se articular para alcançar mais usuários. Acredita-se que o projeto de intervenção do serviço social executado tenha influenciado também para contribuir em uma maior articulação do serviço. Entretanto, esse alcance muitas vezes ainda é apenas para preenchimentos dos dados; não significa que as famílias estejam tendo um acompanhamento de saúde.

O coordenador da Unidade identifica, ao ser questionado a respeito da sua opinião a respeito da condicionalidade saúde, que é uma forma dos usuários terem acesso aos seus direitos, uma forma do Estado alcançar esses usuários:

Sempre se pensa que as pessoas que são mais vulneráveis, são mais pobres, têm menos educação, tem menos contato com os seus direitos. Então o Estado tem que chegar até essas pessoas, e eu acho que é uma forma do Estado chegar, porque a partir do momento que se diz para elas que “olha, você tem que cuidar da sua saúde” e **você dá meios para isso**, acho que é um intento do Programa, na parte de educação e de saúde (F. J. T. M) (grifos para destaque).

Entretanto ressalta-se que é necessário os “meios para isso”, ou seja, o serviço de saúde tem que estar preparado para essa demanda. A equipe tem de unir esforços para que o alcance do Estado, que se dá através das Unidades de Saúde regionalizadas, seja efetivo. Percebe-se, então, que faltam os “meios para isso”, faltam os meios ofertados pelo Estado através das US para a garantia do acesso à saúde.

É necessário considerar nesse momento também, a importância do trabalho em rede, do trabalho intersetorial, pois de fato aqueles municípios que conseguem promover “a integração intersetorial são aqueles que apresentaram percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde acima da meta, provando ser esse um elemento indispensável ao

sucesso do desempenho municipal na gestão das condicionalidades da saúde” (SENNA, 2016, p. 164).

Algumas usuárias entrevistadas sugerem também um agendamento diferenciado e específico para as famílias beneficiárias, pois, ao encontrar muitas dificuldades em agendar consulta, muitas não conseguem cumprir com a obrigatoriedade exigida pelo Programa.

A coordenação aponta que entende que a Unidade, e principalmente aqueles profissionais mais envolvidos com a causa, tem buscado planejar formas e ações de alcançar as famílias beneficiárias para além dos dados exigidos no Mapa do Programa. E traz um relato muito importante do potencial que as US podem ter ao acompanhar essa condicionalidade:

Os serviços, muitos funcionários e muito do nosso planejamento tem buscado que não seja só uma coisa de pesar, que seja de atender as pessoas. Se isso se cumpre, eu não posso te dizer que eu saiba exatamente, porque isso tem informações contraditórias, mas pelo menos uma parte das pessoas que se envolvem com isso têm essa preocupação, e acho que mesmo não sendo uma condicionalidade, **o fato de estar em contato com o serviço de saúde já nos propicia ver se é uma pessoa que tem risco de saúde, dá para abordar ela, é uma forma da gente usar nossa técnica, quando a pessoa está na nossa frente né?** Então isso já ajuda. Mas a gente acha que tem que ir além na parte de saúde, mas pelo menos faz com que as pessoas a cada 6 meses tenham um contato com os serviços e isso já é alguma coisa (F. J. T. M.) (grifos para destaque).

A frase em destaque aponta que é importante que os profissionais aproveitem o momento em que os usuários estão na sua “frente” para utilizarem as suas técnicas de profissionais de saúde e abordarem demais questões determinantes de saúde para garantir o real acompanhamento em saúde.

O coordenador reconhece que muitas vezes há uma dificuldade de acompanhamento da condicionalidade no sentido de um real acesso à saúde, pois

Esse Programa ainda é visto como uma coisa extra saúde, de que não é nosso, não é nossa responsabilidade. Então tem uma dificuldade de incorporar, embora eu ache que já tenha melhorado muito, mas acho que ainda não faz parte, não é tido como um trabalho nosso da Saúde e isso reflete tanto nas nossas ações como coordenação, como nas ações da unidade. Acho que isso tem um prejuízo (F. J. T. M).

Um apontamento de grande importância para entender e problematizar: como se deu a implementação desse Programa nos municípios? As US fizeram parte dessa construção e implementação? Como essa informação chegou às US e aos profissionais que nelas trabalham? O que se entendeu com a entrevista realizada com a coordenação é de que esse acompanhamento exigido às Unidades chegou de forma vertical, sem uma construção com as mesmas. E aí, além de já existir um preconceito com o Programa, uma criminalização da

pobreza, as US não entendem como sendo um trabalho a ser realizado por elas. Assim o acompanhamento da condicionalidade saúde nunca será um real acompanhamento de saúde.

A respeito das condicionalidades, entende-se que elas possam contribuir para a ampliação de direitos sociais básicos às famílias beneficiárias do Programa, porém não como punição ou imposição, mas sim com ações educativas, oferecendo serviços de qualidade e capazes de democratizar o acesso. Isso implica expansão e qualificação das Políticas de Saúde, Educação e Assistência Social, ou seja, uma real efetivação de uma seguridade social que nunca se concretizou.

No entanto, apesar de muitas dificuldades encontradas em relação ao benefício de transferência de renda condicionada, do acompanhamento das condicionalidades, do não acesso aos direitos por parte dos usuários, muitas usuárias trouxeram em seus relatos a importância do benefício para manutenção das condições básicas de vida. Referem ganhar, em média, cerca de R\$ 170,00 do Programa e que esse valor, mesmo não sendo muito, é importante para comprar alimento, material escolar para os filhos, gás, medicamentos que não são disponibilizados pelo SUS e demais necessidades básicas de consumo. Abaixo é possível identificar:

Principalmente a comida em relação às crianças, é fundamental. É uma coisa que se hoje eu ficar sem, Deus o livre, porque hoje sou manicure e eu também faço Free. Estou ajudando uma amiga minha que abriu uma loja e aí a gente vai indo assim sabe? Ai tu junta aqui, junta ali... é muito importante para mim principalmente em relação a comida. Chega o fim do mês eu sei que vai ter esse dinheiro (P. D. S., 30).

Me ajuda bastante, principalmente com a pequena [filha]. Eu consigo comprar coisas para ela, posso vestir ela. Porque agora, por exemplo, ela está na escola, então material escolar, essas coisas eu consigo providenciar. Eu supro as necessidades dela que a gente não consegue no dia a dia (A. F. S., 48).

Olha é uma ajuda, por isso que até consegui colégio particular. Foi uma porta sabe? Uma coisa que abre a porta, a vaga do colégio particular. Foi uma ajuda do Bolsa Família porque se tu mostra, por exemplo, que tem Bolsa Família, foi muito bom assim porque eu digo assim que abriu uma porta entendeu? Foi uma ajuda (M. D. C., 39).

Na fala descrita logo acima, a usuária relata que conseguiu uma vaga em uma escola particular para o seu filho porque recebe o Bolsa Família. Então refere que é uma “porta que se abre” no sentido de oportunidades.

Outra usuária traz em sua fala a necessidade que ela sente de conseguir emprego, então refere que seria importante o Bolsa Família ir para além da transferência de renda, mas também auxiliar no mercado de trabalho.

Eu acho que só pode melhorar, eu acho que uma crítica construtiva, porque acho que o Bolsa, se ele fosse dado... tá, tudo bem que tem casos e casos porque às vezes as pessoas precisam do dinheiro e cada um sabe de si, mas seria bom o Programa junto com esse para a pessoa ir atrás do que quer, conseguir deixar o bolsa para quem realmente precisa, eu acho (R. B. A., 36).

De alguma forma o benefício expressa o acesso ao direito à Assistência Social, Saúde e Educação. Então a importância e a consideração do direito nessa conjuntura da sociedade, de agravamento da questão social, de desemprego. Diante dessa realidade o recebimento do benefício expressa um valor financeiro importante para a manutenção e reprodução social da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo deste TCC era analisar as possíveis estratégias de aproximação do serviço de atenção básica com as famílias beneficiárias do PBF, com a intenção, a longo prazo, de garantir a essas famílias um atendimento integral em saúde. Para isso refletiu-se a respeito do histórico da Política de Saúde, fez-se um breve histórico da Política de Assistência Social e da intersetorialidade das mesmas, a partir da análise da categoria mediação. Nesse sentido foi possível identificar um significativo avanço no processo histórico dessas duas políticas públicas, principalmente após o período de Reforma Sanitária para a Saúde e após a Constituição Federal de 1988 para a Assistência Social.

Entretanto, apesar dos avanços, eles muitas vezes ficam restritos ao “papel” ou às legislações, mas na prática há uma grande dificuldade de implementação, principalmente considerando a conjuntura de política neoliberal que se vivencia e, portanto, a constante disputa entre a universalidade e garantia dos direitos sociais básicos *versus* ações do mercado para privatização e focalização das políticas.

É necessário que a Política de Assistência Social ainda avance no sentido de perder os resquícios da caridade, assim como é preciso repensar as ações para que deixem de ser residuais e focalizadas, pois se entende que desta forma não se garantem os direitos sociais fundamentais para toda a população que dela necessita.

Nessa mesma lógica, refletiu-se a respeito da Seguridade Social e de um Estado de Bem-Estar Social, que nunca existiu de forma concreta no Brasil. É um governo fundamentado em uma perspectiva neoliberal que resiste à efetividade das políticas sociais enquanto Seguridade Social.

Quanto à intersetorialidade das políticas, já se avançou em relação ao passado, porém, de fato, reconhece-se que pouco ainda se desenvolveu em relação àquilo que é uma proposta, inclusive, do reconhecimento da intersetorialidade como um princípio de atendimento. Uma das razões para pouco ter avançado talvez seja a não concretude da Seguridade Social. Uma Seguridade Social, que não existiu de fato aqui no Brasil, e, portanto, também fragiliza a interlocução e a intersetorialidade entre as políticas. A dificuldade de executar um trabalho intersetorial, com a mediação entre as políticas, especialmente aquelas apontadas pela CF/88 como Seguridade Social, pode ser um efeito de uma Seguridade Social que nunca se efetivou.

Neste trabalho também se buscou definir conceitualmente o PBF, a condicionalidade saúde deste e o atendimento na Atenção Básica em Saúde, a fim de entender a lógica de implementação dos benefícios de transferência de renda considerando a realidade da seguridade

social brasileira. Também para entender e problematizar a existência das condicionalidades exigidas pelo Programa, principalmente referente à condicionalidade saúde, e analisar se a exigência dessa condicionalidade reflete nos atendimentos de saúde das famílias beneficiárias. Conclui-se que, muitas vezes, a criação desses programas de transferência de renda acaba tendo um objetivo focalizado naquelas famílias que comprovarem ser mais pobres, no sentido apenas financeiro. Ações focalizadas como essa, contribuem para dificultar a implementação de uma real política de seguridade social. É nessa perspectiva que muitos países insistem em aperfeiçoar a focalização das políticas, em contraponto à universalidade, com o objetivo de reduzir despesas e responsabilidades do Estado.

Identifica-se que as condicionalidades do PBF existem sob a justificativa de identificar vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias aos serviços públicos. Entretanto, ao entrevistar as usuárias da US Modelo, e até mesmo os profissionais, reconheceu-se que esses últimos não questionam sobre o benefício em seus atendimentos, tampouco realizam busca ativa ou ações no sentido de reduzir as dificuldades de acesso. Obviamente essas questões são discutidas em equipe, como o Coordenador da Unidade refere, porém, há uma dificuldade de dar efetividade às decisões coletivas, o que repercute no fato que tais ações ainda permaneçam distantes de garantir que as famílias tenham acesso integral ao serviço ao qual têm direito. E pior, muitas vezes essas famílias são cobradas tanto por uma questão de obrigatoriedade do Programa quanto por uma cobrança da própria US em terem consultas para atendimento, porém não dispõem de condições para tal; o que era para ser a garantia do acompanhamento em saúde torna-se mais uma exigência que as famílias não conseguem cumprir, pois não conseguem ficar na fila no período da madrugada para agendar consulta, por exemplo. Nesse caso é importante ressaltar a relevância da oferta dos serviços, da qualidade dos mesmos e da acessibilidade destes serviços às famílias, especialmente aquelas que possuem maior dificuldade para o atendimento.

Foi possível identificar, também, que o caráter intersetorial do Programa, através das condicionalidades em três políticas, muitas vezes não se concretiza, uma vez que muitas famílias não se reconhecem enquanto usuárias da Política de Assistência Social, e referem um certo desgosto em ocupar vagas nos serviços de Saúde que poderiam ser destinadas a quem tivesse mais necessidade, segundo seus relatos. Logo, percebe-se um não reconhecimento dos seus direitos, e o objetivo da condicionalidade do Programa se perde. Ou então, o direito é posto lado a lado com uma obrigatoriedade, e também se perde a lógica da garantia de direitos à medida em que os usuários, para acessarem um direito, que é o Programa Bolsa Família, são

obrigados a acessarem outros direitos, distorcendo a ideia de direito, transformando em obrigação.

Ao entrevistar as usuárias do Programa e questionar a respeito da condicionalidade da saúde, algumas responderam que consideram ruim, pois trata-se de uma exigência que muitas vezes a US não consegue garantir. Já outras consideram boa, pois garante um mínimo de acesso aos serviços. Como já expresso ao longo dos capítulos, acredita-se que se houvesse um trabalho por parte do Estado em garantir um acesso de qualidade às políticas públicas, com ações de educação permanente e muita informação aos usuários, essa cultura do não acesso e do não reconhecimento dos direitos poderia ser modificada e as condicionalidades não precisariam existir.

Entretanto, constata-se uma realidade conjuntural muito adversa para superar este não acesso aos serviços das políticas e o não reconhecimento de direitos. Nesse sentido, entende-se que as condicionalidades do Programa tenham um certo peso para a garantia de direitos, porém elas deveriam ser muito mais um indicador para os serviços públicos, do que uma punição para as famílias que não as cumprem, como na maioria dos casos ocorre.

Também conclui-se, com as entrevistas realizadas com os profissionais da US, que os dados das famílias atendidas, que a Unidade precisa acompanhar e registrar no Mapa do Programa, poderiam balizar importantes indicadores para o atendimento prestado na Unidade, trazendo retornos para o serviço. Nesse sentido, a partir da pesquisa reconheceu-se que tais dados podem ser otimizados para o aprimoramento do atendimento, destituindo a ideia de serem apenas mais uma tarefa cuja finalidade não é compreendida pelos profissionais.

Portanto, os dados registrados não se constituem apenas como números em relação às metas e a sua análise em relação a serem atingidas ou não. Pela fala dos profissionais entrevistados, observou-se que há o anseio por um maior acompanhamento e retorno destes dados de atendimento da Gerência Distrital da Unidade, a fim de que haja uma maior comunicação entre os dados levantados semestralmente na Unidade e o real resultado deles.

Percebe-se que a US Modelo é responsável por um território de abrangência muito extenso, com um alto número de usuários, e o fato de ainda trabalhar nos moldes de UBS, com especialidades médicas e sem agentes comunitários de saúde, dificulta o alcance a esses usuários com dificuldade de acesso. Nos últimos meses, essa realidade vem mudando um pouco, pois ingressaram no serviço 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, também referiu o Coordenador da Unidade que as especialidades estão começando um processo de compartilhamento de agenda de atendimentos.

Pelas análises realizadas, fica explícita uma grande variação nos atendimentos dos profissionais, que muitas vezes dependem da opinião do profissional a respeito do Programa. Isso faz com que, por um lado, os usuários mencionarão ou não que são beneficiários do PBF, conforme se sentirem à vontade para tal. Por outro lado, os profissionais questionarão a respeito disso nos atendimentos conforme sua liberalidade, o que muitas vezes ocorre a partir da concordância com o Programa, ou então da crítica a ele. Ainda assim, há aqueles profissionais que, mesmo “concordando” com o Programa, esquecem de questionar aos seus pacientes no momento dos atendimentos, e muito disso ocorre pela não atualização dessa informação no sistema informatizado e-SUS.

O fato de haver uma discordância da maioria da equipe em relação ao PBF e de entenderem que não deveriam atender tal demanda, faz com que as informações a respeito do Programa sobrecarreguem alguns trabalhadores que são tidos como referência para tal atividade. Por isso, muitas vezes acontece uma confusão nas informações no Mapa, e algumas famílias que já haviam passado por atendimento de algum profissional, precisam retornar à Unidade para preencher os dados no Mapa agora com outro profissional. Isso explicita o que até mesmo o coordenador da Unidade traz em sua fala, que a equipe ainda não conseguiu ver isso como mais uma incumbência da US, então essas atividades ficam à mercê daqueles que concordam ou acreditam no Programa.

Em relação às estratégias de aproximação do serviço da Atenção Básica com as famílias beneficiárias do PBF, elas acabam por se limitar a uma conversa com aquelas que acessam a US de alguma forma, seja para preencher o dado no Mapa, seja para participar dos mutirões de registro no Mapa. Então, alguns profissionais tomam a iniciativa de conversar com essas famílias e explicar que o acompanhamento em saúde é muito importante, mas percebe-se que isso não tem sido uma prioridade nos atendimentos de uma forma geral, assim como outras iniciativas também não são realizadas, como, por exemplo, a busca ativa dessas famílias. Acredita-se que essa realidade mude um pouco com a ação dos ACS que ingressaram na Unidade, porém esses poucos que entraram não darão conta de todo território.

Portanto, conclui-se que a condicionalidade saúde do PBF não necessariamente resulta em um atendimento integral em saúde. Apesar de algumas usuárias entrevistadas trazerem em seus relatos que a condicionalidade é uma forma de fazer com que as famílias acessem a Unidade, muitas delas não o fazem de forma constante, e isso não porque não querem, mas porque não conseguem. De forma semelhante, também a US não tem conseguido dar condições de atendimento com qualidade para essas famílias, o que muito contribuiria para facilitar esse acesso, auxiliando em um atendimento integral em saúde.

Apesar de todas as dificuldades encontradas e dos muitos avanços que ainda são necessários, o PBF se configura como um benefício fundamental para a manutenção da vida dessas famílias, e expressa a concretização e materialidade de um direito constitucional que não pode, de forma alguma, ser negado à classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR JUNIOR, Osmar Gomes; SALVADOR, Evilasio da Silva. Finanças, fundo público e financiamento da Seguridade Social no Brasil. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p.239-248, 2015.
- BAPTISTA, T. W. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. (Orgs.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. P. 29-60.
- BRASIL. Lei nº 8.742. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.
- _____. **Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta Lei n. 10.836, de nove de janeiro de 2004, que dispõe sobre o Programa Bolsa Família. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso em: 25 mar. 2017.
- _____. **Lei n. 10.836, em 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm. Acesso em: 25 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2017/setembro/bolsa-familia-saiba-quais-sao-as-regras-para-participar-do-programa> . Acesso em 15 mai. 2018.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Assistência Social**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e> . Acesso em: 31 mar. 2018.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf . Acesso em: 01 abr. 2018.
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p.88-110.
- CAMPELLO, Tereza. Uma década derrubando mitos e superando expectativas. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013. Cap. 1. p. 15-24.

CARNELOSSI, Bruna. O trabalho do assistente social no Programa Bolsa Família: desafios ao Código de Ética profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 125, p.124-147, jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n125/0101-6628-ssoc-125-0124.pdf> . Acesso em: 20 abr. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS – Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, Disponível em: www.lappis.prg.br. Acesso em: 09 mai. 2005.

CENTRO DE SAÚDE MODELO. **Aspectos Históricos do Centro de Saúde Modelo**. Porto Alegre: [s.n.], [2008]. 2p.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Carta de Maceió**. Maceió: CFESS, 2000. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf . Acesso em 19 ago. 2017.

COSTA SILVA, Cristiane Maria da et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, Berenice Rojas et al (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010. Cap. 2. p. 32-65.

DE CARVALHO, Alice Teles; DE ALMEIDA, Erika Rodrigues; JAIME, Patrícia Constante. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família–Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1370-1382, 2014.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Criminalização das classes subalternas no espaço urbano e ações profissionais do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, Juiz de Fora, n. 128, p.104-122, jan. 2017.

KOETZ, Mariana Tesch. **O direito à saúde na sociedade capitalista: privatização versus participação social**. 2016. 56 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157427/001016905.pdf?sequence=1> . Acesso em: 29 maio 2018.

LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada et al. Contextualização socioeconômica e política dos PTRC na América Latina e Caribe. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Programas de transferência de renda na América Latina e Caribe**. São Paulo: Cortez, 2014. Cap. 2. p. 37-84.

MAGALHÃES JUNIOR et al “O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde”. In: **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania /organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri**. – Brasília: IPEA, 2013.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.41-49, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802011000100006> . Acesso em: 11 abr. 2018.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 1, p. 218-241, 2006.

PAIVA, Beatriz Augusto de. Assistência Social e Políticas Sociais no Brasil – configuração histórica, contradições e perspectivas. **Revista Katálysis**, n. 4, p. 11-34, 1999.

PAIVA, Luis Henrique; FALCÃO, Tiago; BARTHOLO, Letícia. Do bolsa família ao Brasil sem miséria: um resumo do percurso brasileiro recente na busca da superação da pobreza extrema. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013. Cap. 2. p. 25-46.

PEREIRA, Potyara. A política social entre o direito e o mérito. Welfare State: tendências internacionais, caminhos para o Brasil. **Política Social e Desenvolvimento**. Campinas, v. 4, p. 19-25, ago. 2014.

SENNA, Mônica de Castro Maia et al. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 1, p. 86-94, 2007.

SENNA, Mônica de Castro Maia; BRANDÃO, André Augusto; DALT, Salete da. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 125, p.148-166, jan. 2016.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e et al. **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. 165 p.

_____. Maria Ozanira da Silva e. Caracterização e problematização de Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) na América Latina e Caribe. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Programas de transferência de renda na América Latina e Caribe**. São Paulo: Cortez, 2014. Cap. 3. p. 85-246.

_____. Maria Ozanira da Silva. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1429-1439, 2007.

SOUZA, Michele de; SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. A criminalização da pobreza: tecendo algumas reflexões. In: **IV Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 4., 2009, São Luís.

SPOSATI, Aldaiza. A Assistência Social e a trivialização dos padrões de reprodução social. In: **Os direitos dos desassistidos sociais**. São Paulo: Cortez. 1989. p. 5-30.

_____. Aldaíza. **A menina Loas: um processo de construção da Assistência Social**. 5º ed. São Paulo: Cortez, 2010.

STEIN, Rosa Helena. Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e condicionalidade. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendência Contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 9. p. 196-219.

TUMELERO, Silvana Marta. **Estado, produção do espaço e intersetorialidade: crítica e criação na implementação de políticas públicas**. 2015. 395 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WEISSHEIMER, Marco Aurélio. **Bolsa Família: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2006.

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAUDE INTEGRAL E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: NA CORDA BAMBA ENTRE O DIREITO E A OBRIGATORIEDADE DO ACESSO

Pesquisador: Mailiz Garibotti Lusa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81424417.4.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.529.219

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem por tema a atenção básica em saúde e sua relação com a condicionalidade da saúde do Programa Bolsa Família e a conexão entre a garantia do direito ou a obrigatoriedade do acesso, tendo como lócus da pesquisa o setor de Serviço Social da Unidade de Saúde Modelo na cidade de Porto Alegre. Tem por finalidade analisar as estratégias de aproximação do serviço de atenção básica em saúde com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), a fim de garantir-lhes o atendimento integral em saúde. Durante a investigação as categorias que subsidiarão a análise e, portanto, requisitarão aprofundamento são: condicionalidades, integralidade na saúde, intersectorialidade das políticas sociais e seguridade social. Ao final, espera-se compreender se as condicionalidades do programa de transferência de renda (Programa Bolsa Família) geram, por efeito, o atendimento na atenção básica em saúde em sua perspectiva integral. Esse projeto será realizado a partir da abordagem qualitativa, de tipo exploratória, utilizando-se das técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e empírica, que possibilitarão a persecução dos objetivos.

A pesquisa empírica será realizada através de entrevistas, utilizando o método da entrevista semi estruturada. Com a intenção, de proporcionar maior proximidade com a atenção integral em saúde e as condicionalidades do Programa Bolsa Família em um sentido de averiguar o sentido das condicionalidades, prioritariamente a condicionalidade relacionada à saúde, assim como a problematização do cumprimento

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.529.219

das condicionalidades em relação ao real acesso à atenção integral em saúde. A pesquisa será realizada com dois grupos: A) as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família residentes na região de abrangência da Unidade de Saúde Modelo da cidade de Porto Alegre; B) a gestão da unidade (um) e a equipe de saúde,

sendo esta dois profissionais (um médico e uma enfermeira) do setor 'clínica'; dois profissionais (um médico e uma enfermeira) do setor 'materno' e um profissional do setor 'serviço social'. Serão também consultados prontuários de atendimento dos usuários que serão entrevistados a fim de identificar número de atendimentos; equipe de atendimento; área/setor de atendimento em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as estratégias de aproximação do serviço de atenção básica em saúde com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), a fim de garantir-lhes o atendimento integral em saúde.

Objetivo Secundário:

- 1) Refletir sobre a Política de Saúde, a Política de Assistência Social e a intersetorialidade das mesmas a partir da análise da categoria mediação;
- 2) Definir conceitualmente o programa bolsa família (PBF), a condicionalidade da saúde nesse programa e o atendimento na atenção básica em saúde;
- 3) Verificar se a condicionalidade da saúde no PBF resulta em um efetivo atendimento integral em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras referem como risco a possibilidade de algum "constrangimento em virtude de resgate de alguma lembrança do passado do entrevistado, ou por uma possível reflexão sobre as limitações e desafios do seu atendimento em saúde na Unidade Modelo, ou no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família". Em caso de ocorrência dos riscos previstos, o processo será encerrado e as pesquisadoras serão responsáveis pelo atendimento imediato do entrevistado.

O benefício esperado com a participação do entrevistado, mesmo que não diretamente, é a construção de conhecimento sobre a relação entre a integralidade do atendimento em saúde e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Unidade de Saúde Modelo, no município de Porto Alegre. Quanto ao profissional entrevistado, o benefício refere-se à reflexão e melhor apreensão do seu processo de trabalho no

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.529.219

atendimento em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda tema relevante e foi aprovada pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia. Foi apresentada de maneira clara e demonstrou preocupação das pesquisadoras com os aspectos éticos envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado Termo de ciência e autorização da coordenação onde a pesquisa será realizada, já assinado pelo coordenador de atenção básica.

O Termo de Consentimento foi alterado de acordo com as recomendações deste CEP e apresenta todas as informações necessárias.

Recomendações:

Não há novas recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1025311.pdf	29/01/2018 19:21:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidojaneiro18.pdf	29/01/2018 19:07:05	Mailiz Garibotti Lusa	Aceito
Outros	solicitacao_anuencia.pdf	20/12/2017 20:31:41	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Outros	CurriculoMAILIZ.pdf	20/12/2017 20:25:40	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	20/12/2017 19:55:37	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Outros	Curriculo_Raissa.pdf	20/12/2017 19:52:31	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Raissa_Kist.pdf	20/12/2017 19:41:30	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_compesq.pdf	20/12/2017	RAISSA TAIS KIST	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.529.219

Parecer Anterior	Parecer_compesq.pdf	19:40:20	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Parecer Anterior	Aprovacao_da_pesquisa_COMPESQ_IP.pdf	20/12/2017 19:39:56	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/12/2017 19:23:28	RAISSA TAIS KIST	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Março de 2018

Assinado por:
Clarissa Marcell Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAUDE INTEGRAL E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: NA CORDA BAMBA ENTRE O DIREITO E A OBRIGATORIEDADE DO ACESSO

Pesquisador: Mailiz Garibotti Lusa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81424417.4.3001.5338

Instituição Proponente: SMSPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.556.511

Apresentação do Projeto:

Idem ao anterior

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Realizadas correções no TCLE conforme solicitado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.556.511

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1088971.pdf	16/03/2018 15:42:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_marco.pdf	16/03/2018 15:41:35	Mailiz Garibotti Lusa	Aceito
Outros	Oficio_resposta_CEP_SMSPA.pdf	16/03/2018 15:38:03	Mailiz Garibotti Lusa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidojaneiro18.pdf	29/01/2018 19:07:05	Mailiz Garibotti Lusa	Aceito
Outros	solicitacao_anuencia.pdf	20/12/2017 20:31:41	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Outros	CurriculoMAILIZ.pdf	20/12/2017 20:25:40	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	20/12/2017 19:55:37	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Outros	Curriculo_Raissa.pdf	20/12/2017 19:52:31	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Raissa_Kist.pdf	20/12/2017 19:41:30	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_compesq.pdf	20/12/2017 19:40:20	RAISSA TAIS KIST	Aceito
Parecer Anterior	Aprovacao_da_pesquisa_COMPESQ_IP.pdf	20/12/2017 19:39:56	RAISSA TAIS KIST	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 22 de Março de 2018

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

APÊNDICE A - INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIO BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Discente: Raíssa Taís Kist
Orientadora: Profª Dra. Mailiz Garibotti Lusa

Roteiro de entrevista semi-estruturado referente à pesquisa “**Saúde integral e Programa Bolsa Família: a contradição entre o direito e a obrigatoriedade do acesso**” voltada para a elaboração do trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, a ser elaborado pela discente Raíssa Taís Kist sob orientação da Profª. Dra. Mailiz Garibotti Lusa.

1. Identificação	1.1 Nome:	
	1.2 Idade:	
	1.3 Endereço:	
	1.4 Prontuário:	
	1.5 Filhos: () sim () Não Se sim, quantos? _____	
	Menino () Menina () Idade: _____ Menino () Menina () Idade: _____ Menino () Menina () Idade: _____ Menino () Menina () Idade: _____ Menino () Menina () Idade: _____ Menino () Menina () Idade: _____	
2. Benefício	2.1 Desde quando recebe o benefício bolsa família?	
	2.2 O que consegue fazer com esse valor?	
	2.3 Já houve interrupção/suspensão do recebimento? () sim () Não	
	2.4 Se sim : Quantas vezes? Por quanto tempo? Por qual(is) motivo(s)? O que fez para se manter financeiramente?	2.5 Se não : E se você não recebesse mais?
3. Condições	3.1 Sabe das condicionalidades do Programa?	
	3.2 O que pensa dessas condicionalidades?	
	3.3 Acessa os serviços da Assistência Social?	

	3.4 Se sim, quais?
	3.5 Os filhos/netos (dependentes) estão na escola?
	3.6 Filhos/netos (dependentes) têm frequência escolar?
	3.7 Você acompanha as atividades da escola?
	3.8 Se sim, quais?
4. Atendimento em saúde	4.1 Frequenta a Unidade de Saúde Modelo?
	4.2 Quais serviços acessa?
	4.3 Tem alguma dificuldade de acessar?
	4.4 Esteve em atendimento recentemente?
	4.5 Foi encaminhado para outro profissional ou serviço?
	4.6 Fez exames recentemente?
	4.7 Costuma fazer exames de rotina?
	4.8 Frequenta no posto para prevenção ou apenas quando está doente?
	4.9 Você se sente ouvido pelo profissional no atendimento?
	4.10 O Profissional que lhe atende pergunta sobre outras coisas, que não apenas sobre a situação que você trouxe?
	4.11 O profissional pergunta se você é do BF? Pega os seus dados para o Mapa?

APÊNDICE B - INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATENDIMENTO DE BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Discente: Raíssa Taís Kist
Orientadora: Prof^a Dra. Mailiz Garibotti Lusa

Roteiro de entrevista semi-estruturado referente à pesquisa “**Saúde integral e Programa Bolsa Família: a contradição entre o direito e a obrigatoriedade do acesso**” voltada para a elaboração do trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, a ser elaborado pela discente Raíssa Taís Kist sob orientação da Prof^a. Dra. Mailiz Garibotti Lusa.

1. Identificação	1.1 Nome:
	1.2 Profissão
	1.3 Tempo de trabalho no Modelo
	1.4 Tempo que atende beneficiários
	1.5 Rotina de trabalho
2. Benefício	2.1 Você conhece o PBF?
	2.2 Sabe o valor do benefício? Valor fixo, igual para cada família? Existe um valor máximo?
	2.3 Quais motivos justificam a inserção de uma família no Programa? Critérios?
3. Condição	3.1 Sabe das condicionalidades do Programa?
	3.2 O que pensa dessas condicionalidades?
4. Atendimento em saúde	4.1 Desde quando o Modelo começa a acompanhar o PBF? Teve alguma modificação no decorrer do processo?
	4.2 Você sabe o número de beneficiários aprox. sob responsabilidade do Modelo?
	4.3 Que tipo de atendimento essas famílias procuram?
	4.4 Como você identifica que o paciente é beneficiário do Programa?
	4.5 Você identifica no prontuário de atendimento que o paciente é beneficiário?
	4.6 Você preenche o Mapa do Programa quando o paciente é beneficiário?
	4.7 Você sabe para que serve o Mapa do Programa?
	4.8 Tem algum profissional responsável por preencher o Mapa?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”

(Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

Você, _____, está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “Saúde integral e Programa Bolsa Família: a contradição entre o direito e a obrigatoriedade do acesso”.

Para tanto, recebe das pesquisadoras Raíssa Taís Kist, graduanda do curso de Serviço Social e Mailiz Garibotti Lusa (professora orientadora), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, responsáveis pelo estudo, as seguintes informações que lhe fazem entender, sem dificuldades e sem dúvidas, os seguintes aspectos:

- O objetivo deste estudo é analisar as estratégias de aproximação do serviço de atenção básica em saúde com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), a fim de garantir-lhes o atendimento integral em saúde.
- A coleta de dados será realizada no período de 01 de abril a 15 de junho de 2018, através da realização de entrevistas, que acontecerão somente com a sua concordância e assinatura do presente documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE).
- Está sendo informado que a sua participação não comprometerá sua integridade física e moral, podendo você responder às perguntas sempre expressando a verdade. Também está sendo informado que as pesquisadoras explicarão novamente cada uma das perguntas, caso você necessite.
- Você poderá decidir e comunicar que não quer mais participar do estudo a qualquer momento e, também, poderá retirar esta autorização, sem que isso lhe cause qualquer penalidade ou prejuízo.
- O benefício que você poderá esperar com a sua participação, mesmo que não diretamente, é a produção de reflexões sobre a integralidade do atendimento em saúde e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Unidade de Saúde Modelo (Porto Alegre).
- Está sendo informado que podem existir riscos com a sua participação na pesquisa, como algum tipo de constrangimento decorrente do resgate de alguma lembrança do passado, que lhe façam refletir sobre as dificuldades do seu atendimento em saúde no Posto Modelo, ou do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Mesmo assim, está lhe sendo dito que possui plena liberdade para recusar-se a responder qualquer pergunta, em qualquer momento da pesquisa. Em caso de ocorrência dos riscos previstos, o processo será encerrado e as pesquisadoras serão responsáveis pelo seu atendimento imediato.
- Está lhe sendo dito que as informações que falará durante a pesquisa não permitirão a sua identificação, exceto para as pesquisadoras. Também está sendo informado que a divulgação da análise da sua entrevista só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto, através de publicação de cunho científico, **sempre garantindo a sua não identificação nominal e pública.**
- Está lhe sendo informado que não terá qualquer despesa durante a pesquisa, estando estas sob a responsabilidade das pesquisadoras.
- Sabe que o material coletado neste estudo ficará guardado na UFRGS (Anexo Saúde, Sala 302), por no mínimo 5 anos;
- Finalmente, tendo você compreendido perfeitamente tudo o que lhe foi informado e estando consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a sua participação implica, concorda em participar da entrevista e **DÁ O SEU CONSENTIMENTO, SEM QUE PARA ISSO VOCÊ TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).**

Endereço do(a) participante-voluntário(a):
 Domicílio: (rua, praça, conjunto):
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).
 Domicílio: (rua, praça, conjunto):
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Endereço das responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):
 Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Profª. Mailiz Garibotti Lusa
 Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2777
 Bloco: /Nº:/Complemento: Anexo Saúde, Sala 302.
 Bairro: Santa Cecília / CEP 90035-003/ Cidade: Porto Alegre, RS
 Telefones p/contato: (51)3308-2114


Endereço das responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):
 Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Raíssa Taís Kist
 Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2777
 Bloco: /Nº:/Complemento: Anexo Saúde, Sala 302.
 Bairro: Santa Cecília / CEP 90035-003/ Cidade: Porto Alegre, RS
 Telefones p/contato: (51)3308-2114

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: **Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia** da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/IP/UFRGS) ou ao **Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde** de Porto Alegre (CEP/SMSPOA), conforme endereços respectivos abaixo:

CEP/IP/UFRGS
 Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre, RS
 Telefone: (51) 3308-5698

CEP/SMSPOA:
 Rua Capitão Montanha, 27 /Complemento: 7º andar
 Centro Histórico – Porto Alegre, RS
 Telefone: (51)3289-5517 / Fax: (51)3289-2453 / E-mail: cep_sms@hotmail.com

Porto Alegre (RS), _____ de _____ de 2018.

	
Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal (Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura das responsáveis pelo estudo (Rubricar as demais páginas)