

Resumo acadêmico

Eixo temático: Outras questões relativas ao trabalho em saúde no cotidiano do SUS

Título: **O PBF e o acesso aos serviços de saúde: afinal, que tipo de repercussão se espera?**

Autora: Giselle Lavinias Monnerat

Professora da Faculdade de Serviço Social da UERJ/ Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003, é um programa nacional de transferência condicionada de renda que atende 12 milhões de famílias pobres e extremamente pobres. As condicionalidades ou a obrigatoriedade de inserção de crianças e adolescentes na escola e de crianças, gestantes e nutrizes nos serviços de saúde é central no desenho do PBF e tem sido alvo de polêmica. Por um lado, a controvérsia aparece no reconhecimento de que as condicionalidades têm o potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde, o que pode ampliar o acesso aos serviços sociais e, por outro, se traduz na idéia de que, à medida que o direito social é condicionado, estão ameaçados os princípios de cidadania. (Lavinias, 2004; Monnerat et alli, 2007). Assim, ao exigir contrapartida, o Bolsa Família introduz a difícil escolha entre, de um lado, romper com a noção de direito incondicional, à medida que os compromissos tornam os beneficiários co-responsáveis pela superação de suas dificuldades, e, de outro, adotar a estratégia de exigir contrapartidas para atacar dimensões estruturais da pobreza. Adiciona-se a esta análise o fato de que a legislação do PBF prevê o desligamento das famílias que não cumprirem as condicionalidades, ao passo em que se observa a ausência de sanções ao setor público que, via de regra, apresenta debilidades na oferta de serviços sociais.

Objetivo e método

Este trabalho analisa o processo de implementação das condicionalidades do PBF no setor saúde, buscando compreender em que medida este Programa tem potencial de ampliar o acesso aos serviços, questão tão cara ao Projeto de Reforma Sanitária. Trata-se de um estudo de caso, com enfoque qualitativo, realizado no município de Niterói - região metropolitana do Rio de Janeiro. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2000) Niterói possui cerca de 470 mil habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M = 0,886) é o maior do estado do Rio de Janeiro e o terceiro no *ranking* de qualidade de vida no país. Já o índice de Gini (0,59) não se diferencia muito do indicador do estado do RJ e Brasil, respectivamente de 0,61 e 0,65, evidenciando, portanto, a importância da desigualdade social em Niterói. A escolha deste município justifica-se pelo fato desta localidade ter sido

protagonista no desenvolvimento do projeto de Reforma Sanitária desde o final dos anos 1970, iniciativa que buscou estruturar o setor saúde com base nos princípios de regionalização e priorização da atenção básica, traduzida na experiência de mais de 15 anos de operacionalização do Programa Médico de Família (PMF), cujo processo de trabalho atende ao requisito de definição de território e vinculação de equipe de saúde às famílias adscritas. O trabalho de campo foi realizado no período 2006 - 2008, quando foram realizadas 39 entrevistas em profundidade (com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido) com atores vinculados à secretaria municipal de assistência social (coordenação municipal do PBF) e profissionais de saúde envolvidos na operacionalização das condicionalidades do Bolsa Família no sistema local de saúde. Realizou-se também observação participante em fóruns intersetoriais e de controle social que envolvem o Programa no município. Considerando que as condicionalidades são acompanhadas nas unidades que prestam atenção básica de saúde, foi selecionada uma amostra de *Unidades Básicas de Saúde, Módulos do Programa Médico de Família (PMF)* e *Policlínicas* distribuída em todo o território municipal, perfazendo um total de 15 estabelecimentos.

Resultados

Os resultados mostram que o município tem uma rede de saúde bem estruturada, mas apresenta baixa taxa de acompanhamento das condicionalidades (47% em 2008), sendo que 70% deste total representa a cobertura realizada pelo PMF. O PMF, ao contrário das unidades da 'rede convencional', apresenta condições mais favoráveis ao acompanhamento das condicionalidades em razão do modelo assistencial calcado no vínculo com as famílias. A análise realizada demonstra que inicialmente a implementação das condicionalidades no município esteve marcada por inseguranças e resistências por parte dos técnicos. Os profissionais de saúde afirmam que o Bolsa Família foi “imposto” ao SUS sem maiores informações e treinamentos para sua implantação. Tal situação se deveu, sobretudo, ao ritmo acelerado de implementação requisitado pelo governo federal, o que é demonstrado nos números de cobertura do Programa: 2003 – 3,6 milhões de famílias; 2004 – 6,5 milhões de famílias; 2005 – 8,7 milhões de famílias; 2006 – 11,1 milhões de famílias; 2009 – 12,4 milhões de famílias. Embora esta resistência inicial venha se dissipando com o tempo, o PBF ainda é considerado pelos profissionais como um Programa externo à saúde e não um Programa intersetorial, tal como inscrito no desenho de sua formulação. Isto porque algumas decisões cruciais são tomadas no âmbito da política de assistência social, não permitindo, por exemplo, que o setor saúde tenha qualquer participação na definição dos beneficiários do Programa. Este é um fator que dificulta o diálogo intersetorial e coloca os profissionais de saúde atuando em um cenário onde o processo decisório ocorre no governo federal e, ademais, em outro ministério alheio à Saúde. Esta centralização vem criando um sentimento de impotência que, no limite, pode estimular ações burocratizadas de acompanhamento das condicionalidades da saúde. A precariedade da implantação do Sistema Único de

Assistência Social (SUAS) no município emoldura outro tipo de conflito conformado a partir do entendimento dos profissionais de saúde de que esta arena setorial não contribui para o processo de captação das famílias, não mantém o Cadastro Único das famílias atualizados, e tampouco realiza o acompanhamento social que está previsto na legislação pertinente. Quanto aos rebatimentos no setor saúde, o PBF vem exigindo das unidades uma nova forma de organização dos serviços, e um esforço de responsabilização por parte das equipes de saúde que não condiz com o modelo assistencial ainda hegemônico, especialmente nos estabelecimentos da chamada 'rede convencional'. Considerando a diferença de modelo assistencial, ressalta-se que as 'unidades convencionais' tiveram que reorganizar a rotina de atendimento enquanto o PMF pouco alterou seu processo de trabalho. Acrescenta-se que a implementação das condicionalidades do PBF não representou aumento significativo de demanda para o setor saúde em Niterói e, sobretudo, não houve captação de famílias com trajetória anterior de exclusão dos serviços. Entretanto, chama atenção o fato de que as condicionalidades tem oportunizado um outro tipo de acolhimento no interior da 'rede convencional' (via captação de adultos - homens e mulheres - hipertensos e diabéticos em famílias beneficiárias que já frequentavam as unidades de saúde), o que efetivamente vem contribuindo para aumentar o poder de utilização e acessibilidade aos serviços de saúde. Desenvolve-se, assim, uma certa sensibilidade para intervir sobre a unidade familiar e não apenas sobre grupos específicos, conforme a larga tradição da saúde pública. Importa destacar que esta é uma iniciativa que diz respeito a ação de determinados atores locais e que, a rigor, não está diretamente ligada ao desenho ou à alguma estratégia de indução do Bolsa Família. Diz-se isto porque a regulamentação do PBF prevê apenas o acompanhamento de saúde de crianças e mulheres em idade fértil, deixando de fora, por exemplo, os homens adultos que sabidamente apresentam baixa adesão aos serviços de saúde. O processo aqui estudado não está marcado apenas por possibilidades de inovação no modo de produzir ações de saúde, mas encontra-se também prenhe de riscos de se praticar um tipo de acompanhamento das famílias pautado na burocratização e controle rigoroso dos pobres. Por fim, a operacionalização das condicionalidades do PBF tem o mérito de reforçar o debate sobre a integralidade da atenção em saúde, ao mesmo tempo em que questiona a integração das ações de proteção social, num país absurdamente desigual.

Bibliografia:

Branco F. Cidadania e novos direitos: ensaio em torno do Rendimento Mínimo Garantido. In: Karsch U, Yasbek MC, Sposati A, Martinelli, ML, organizadores. Estudos do Serviço Social Brasil e Portugal. São Paulo: EDUC; 2001.

Fonseca, Ana & Viana, Ana Luiza. Direito à Saúde, atenção básica e transferências

condicionadas de renda na América Latina. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, número 6, ABRASCO/FIOCRUZ, 2007.

Lavinas L, Versano R. Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza. Texto para discussão n. 534. Rio de Janeiro: IPEA; 1997.

Lavinas L. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. In: Henriques R, organizador. Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.

Lavinas, Lena. Universalizando Direitos. Observatório da cidadania, Relatório 2004: Medos e Provações – obstáculos à segurança humana. Rio de Janeiro, 2004.

Medeiros, Marcelo; Britto Tatiana; Soares, Fábio. Programa Focalizados de Transferência de Renda no Brasil: Contribuições para o debate. Texto para discussão N. 1283, IPEA, junho 2007.

Monnerat, Giselle et alli. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, número 6, ABRASCO/FIOCRUZ, 2007.

Senna, Mônica & Monnerat, Giselle et alli. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? Revista Katálysis vol.10. n.1, editora UFSC- Florianópolis, 2007.