

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA: ampliando redes, construindo possibilidades ...**

\*Irani Jesus Borges da Silva

\*\*Stela Nazareth Meneghel

### **RESUMO**

O presente estudo tem como finalidade analisar a relação do programa de transferência de renda Bolsa Família com a Política de Saúde, à luz do modelo de Vigilância em Saúde baseado nas necessidades locais. Na metodologia utilizou-se análise documental qualitativa, com o objetivo de efetuar uma pesquisa exploratória sobre a temática transferência de renda e política de saúde, buscando análise desta nova perspectiva e informações que forneçam subsídios para possíveis alternativas de atuação da vigilância em saúde. Foram analisados documentos, legislações e textos relacionados ao Programa no período entre 2004 e 2008, assim como dados de instituições de saúde vinculadas ao programa Bolsa Família. Percebe-se que a redução da desigualdade social no Brasil depende do trabalho em rede dos vários segmentos sociais, que a atuação no território pode ser alternativa fundamental para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Há necessidade de mais estudos voltados a esta temática, já que o setor saúde é fundamental no processo de redução das desigualdades sociais.

**PALAVRAS CHAVE: Política de Transferência de Renda, Vigilância em Saúde, Determinantes Sociais em Saúde, Território.**

---

\* Graduando e formando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, trabalho realizado como pré-requisito para obtenção de colação de grau do curso. Porto Alegre, novembro, 2014.

\*\*Professora Dra<sup>a</sup> do curso de graduação da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientadora do trabalho de conclusão de curso. Porto Alegre, novembro, 2014 .

## 1 INTRODUÇÃO

A constituição federal de 1988 foi fundamental para as políticas públicas, principalmente no que se refere à política de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a lei orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, com objetivo de regular os serviços de saúde em território nacional, afirmando que saúde é um direito fundamental do ser humano devendo ser garantida pelo Estado, trouxeram a noção de que saúde possui determinantes e condicionantes que se relacionam diretamente com o acesso aos serviços de saúde entre eles, o condicionante renda. Neste estudo visa-se analisar o programa de transferência de renda, atualmente chamado de Bolsa Família, problematizando sua atuação na perspectiva dos modelos de vigilância em saúde.

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

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

Nesse estudo não se pretende dar conta de todos os tipos de programas de transferência de renda, mas abordar o programa já implantado há mais de dez anos no Brasil: o Programa Bolsa Família (PBF). Salienta-se, que o programa está diretamente conectado às políticas do setor educação, assistência social e saúde, tendo como expressão ou dispositivo a intersetorialidade para cumprir o objetivo de redução da pobreza e inclusão social.

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

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

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

## **2 MÉTODOLOGIA**

A abordagem utilizada neste estudo é a análise documental qualitativa, com a proposta de efetuar uma pesquisa exploratória sobre a temática transferência de renda e política de saúde. Foram buscadas informações que fornecessem subsídios para possíveis alternativas de atuação da vigilância em saúde. O foco da discussão são documentos e legislações relacionados ao Programa Bolsa Família e dados de instituições de saúde vinculadas ao programa.

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

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

Nesta pesquisa trabalhou-se apenas com textos legais e dados de domínio público, não envolvendo sujeitos de pesquisa. Portanto, o estudo não apresenta riscos à população, não identifica sujeitos ou dados referentes a pessoas ou população vulnerável de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde, 196/96.

### **3 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: Considerações Normativas**

O Programa Bolsa Família faz parte de uma das estratégias do governo para redução da extrema pobreza no país. Integra o plano Brasil Sem Miséria de maneira a produzir o alívio imediato das famílias em vulnerabilidade social. O programa de transferência de renda foi instituído pela Lei 10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004 (BRASIL, 2004).

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

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

Os programas brasileiros de transferência direta de renda à população de baixa renda são importantes porque sem eles dificilmente a erradicação da pobreza e a redução da desigualdade a níveis toleráveis seriam possíveis dentro de uma margem de tempo razoável. Embora estes programas não

constituam uma solução única e permanente para os problemas sociais do país, eles constituem um primeiro passo para o alcance de uma sociedade mais justa (SOARES, 2006).

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

O benefício variável, no limite de até 5 (cinco) benefícios para cada criança, tanto em situações de pobreza quanto em extrema pobreza, esta adição pode ser usufruída quando são preenchidas as seguintes condições alternativamente: gestantes, nutrizes, crianças entre 0 e 12 anos, ou adolescentes até 15 anos. Ou seja, garante-se o mínimo de renda quando para dois grupos, muitas vezes, em situação de vulnerabilidade social e priorizados nas políticas públicas: crianças, adolescentes e mulheres em situação de pobreza. Também há o benefício variável jovem para famílias em cuja composição familiar haja adolescentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos, fase final da adolescência e ingresso ao mundo do trabalho.

O PBF possui o benefício extraordinário, que visa à complementação da renda de algumas famílias, trata-se da Ação Brasil Carinhoso, destinada à famílias que mesmo recebendo alguns dos benefícios supracitados mantiveram-se em situação de extrema pobreza, contanto que as unidades familiares tenham em sua composição crianças e adolescentes de 0 (zero) a 15 (quinze) anos de idade e cuja soma da renda familiar mensal e dos benefícios financeiros seja igual ou inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) per capita. Normalmente esta situação incide sobre famílias conviventes, isto é, várias famílias convivendo num espaço delimitado, independentemente do grau de parentesco.

Condicionalidades do PBF são compromissos que devem ser cumpridos pela família, na área de educação e saúde, para que possa permanecer recebendo o benefício (BRASIL, 2004). No entanto, mais que critérios de permanência, estas condições implicam diretamente na garantia de direitos

sociais básicos para a população ou mesmo serviços de difícil acesso, devido às características demográficas e históricas do Brasil. Existem três tipos de condicionalidades cuja participação direta se refere ao Ministério do Desenvolvimento Social (direito à assistência social) ao Ministério da Educação (direito à educação) e ao Ministério da Saúde (direito à saúde).

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

Os SCFV organizam-se em torno do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, sendo a ele articulados, previnem a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, oportunizando acesso às informações sobre direitos e participação cidadã. Ocorrem por meio de trabalhos em grupos ou coletivos e organizam-se de modo a ampliar trocas culturais e vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Podem ser ofertados nos Centros de Referência de Assistência Social, em outras unidades públicas ou entidades privadas sem fins lucrativos, desde que referenciadas aos Centros de Referência e supervisionados por uma equipe de profissionais capacitada para atender as demandas específicas de cada faixa etária (MDS, 2014).

Na esfera da condicionalidade Educação, é necessário matricular as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos em estabelecimento regular de ensino, e que tenham frequência escolar de no mínimo 85%. Já para o benefício referente à faixa etária entre 16 e 18 anos incompleto, a frequência na escola deve ser de no mínimo 75%.

Na área da Saúde, é importante que gestantes e nutrizes realizem o pré-natal, compareçam às consultas portando cartão da gestante e segam o calendário mínimo do Ministério da Saúde. Os responsáveis por crianças de até sete anos devem manter a vacinação em dia e realizar o acompanhamento

do estado nutricional e do desenvolvimento da criança, conforme calendário mínimo do Ministério da Saúde.

As gestantes precisam inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima da residência, portando o cartão da gestante, de acordo com o calendário mínimo do Ministério da Saúde e, além disso, participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.

### **3. OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE (DSS), MODELOS DE ATENÇÃO E O PBF**

Os estudos sobre a desigualdade social no Brasil estão centrados em áreas de conhecimento como a sociologia, assistência social e antropologia.

Contudo, é importante ressaltar que tal temática também é objeto fundamental para os estudos no campo da saúde, sobretudo da Saúde Coletiva, a qual contribui com os estudos voltados à Determinação Social em Saúde (DSS). Os DSS constituem um discurso contra-hegemônico que encontrou suporte no relatório de Lalonde no final da década de 1970, com a Declaração de Alma-Ata e com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986. Esses encontros foram essenciais para iniciar a discussão sobre os DSS no campo da saúde.

Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças. Essas circunstâncias estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas. Neste sentido, as condições de vida (crescimento, aprendizado, reprodução, trabalho e envelhecimento) estão “determinadas” pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social; isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências (OMS, 2009).

Os determinantes sociais reconhecem que a saúde está relacionada com outros direitos sociais, e que depende da ação intersetorial de vários ramos das atividades humanas: economia, nutrição, habitação, saneamento, cultura, educação, dentre outros, sendo o Estado responsável na garantia desses

direitos. No Brasil, duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), permitem avaliar que a ação fragmentada reduz as possibilidades de enfrentamento de problemas complexos como a persistência da pobreza, das desigualdades sociais e das iniquidades de saúde existentes no país (MONNERAT, 2009). Além disso, a proposta da promoção da saúde configura a necessidade de articulações políticas no sentido de intervir no ambiente para impactar nas condições de vida.

No contexto do debate sobre a Promoção da Saúde e desenvolvimento local, o componente intersetorialidade indica que a intervenção sobre os problemas de saúde requer um campo de abordagem mais amplo. Assim, a ideia de atuar sobre os determinantes das condições de vida é comum tanto aos objetivos do PBF quanto às proposições dos estudiosos e profissionais da saúde pública, notadamente aqueles vinculados à perspectiva da Promoção da Saúde (BODSTEIN E ZANCAN, 2001).

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

A superação das desigualdades é um desafio no âmbito da saúde pública e acredita-se que o SUS possa promover equidade no acesso a serviços de saúde, sem comprometer seu caráter universal e igualitário. Esta é a grande contribuição do SUS à agenda de redução da pobreza no país, traduzida pela busca da garantia da inclusão e, conseqüentemente, redução da vulnerabilidade social, com equalização das oportunidades para as famílias mais pobres (PAIM, 2006).

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



Muitos estudos que avaliam os programas de transferência de renda condicionada focam na política de segurança alimentar, já que uma das condicionalidades de saúde é o acompanhamento do desenvolvimento nutricional das crianças de zero a sete anos. Não obstante, as pessoas que recebem o benefício, precisam ser vistas em sua integralidade pelos trabalhadores que as atendem.

A separação entre medicina curativa e as ações preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não tem fundamentação e justificativa. A melhoria da saúde da população depende da qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1995 apud CAMPOS, 2003). Essa citação induz a repensar práticas ou modelos assistenciais ao reconhecer que a sociedade é dinâmica e exige adaptação dos sistemas e/ ou serviços de saúde a partir do conceito ampliado de saúde. Com a NOB 001/93, embora com algumas limitações na época, foi ocorrendo o processo de municipalização, em que os gestores passaram a atuar na perspectiva da gestão sistêmica da provisão de serviços. Esse cenário foi de suma importância aos municípios, uma vez que eles passaram a construir seus próprios “modelos assistenciais”, (PAIM, 1998).

A vigilância em saúde é um modelo assistencial que permite o planejamento baseado na avaliação da situação de saúde no território, sendo possível a realização de diagnósticos sobre as condições de vida e de situação de saúde para servir de base ao planejamento estratégico das ações de vigilância em saúde. Os modelos assistenciais são um conjunto articulado de ações que buscam responder as necessidades em saúde, portanto, levar em consideração propostas de ações que façam conexões com outros setores provocando, assim, a atuação em rede. Racionalidades diversas coexistem e disputam espaços na arena política, indicando que os modelos são construídos socialmente e também são parciais. Segundo Teixeira e Paim (1998) o modelo da vigilância da saúde, tem como sujeito a equipe de saúde e não mais o médico ou mesmo o sanitarista; tem como objeto os danos, os riscos, as necessidades e os modos de viver a vida em detrimento do objeto doença ou fatores de risco. Amplia as tecnologias de trabalho, descentrando-as do

trabalho médico ou sanitário e pensa em políticas públicas saudáveis focadas em ações intersetoriais, ao contrario do modelo médico assistencial que atua no território hospitalar.

A Vigilância à Saúde estimula a participação de outros atores, além de privilegiar a ação intersetorial, por admitir que o processo saúde/doença envolve, necessariamente, outros segmentos sociais. Confirma, assim, que o setor saúde é peça fundamental para contribuir com a diminuição das desigualdades sociais ou as iniquidades conforme o modelo assistencial que utiliza:

A preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se expressou na utilização do termo vigilância à saúde. Esta trabalha com conceituação ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa.. (...) e, em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e portanto a distribuição desigual de agravos à saúde. Essa apreensão representa um deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade (MENDONÇA, COSENZA, 1994).

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

O modelo da vigilância da saúde entende que a solução efetiva dos problemas coletivos de saúde não se encerra no setor saúde. Assume que os estudos científicos não são neutros em suas proposições de arranjos que visam servir de aporte teórico e metodológico na garantia de melhor qualidade dos serviços prestados à população. A vigilância da saúde procura acompanhar os movimentos em que a sociedade vem construindo e ressignificando praticas sociais, em um processo permanente, não neutro, de suas práticas.

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

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

#### **4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA: ampliando redes, construindo possibilidades...**

O Programa Bolsa Família (PBF) atende atualmente 13,8 milhões de famílias em todo o país, o que corresponde a um quarto da população brasileira. Contam com um instrumento de identificação socioeconômica, o Cadastro Único, e com um conjunto variado de benefícios. O PBF atua no alívio das necessidades materiais imediatas, transferindo renda de acordo com as diferentes características de cada família. Entende que a pobreza não reflete apenas a privação do acesso à renda monetária e, portanto, o Bolsa Família apoia o desenvolvimento das capacidades de seus beneficiários por meio do acesso a serviços de saúde, educação e assistência social, bem como da articulação com um conjunto amplo de programas sociais (BRASIL, 2014).

O PBF contribui significativamente para redução das desigualdades sociais, interferindo diretamente no ciclo intergeracional de pobreza do país, com características alinhadas com as necessidades da população, além dos compromissos que estabelecem sob a forma de condicionalidades em que as

famílias devem ter acesso e acompanhamento à saúde, educação e assistência social.

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

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

Lei	Definição	Objetivo	Descumprimento
Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004	Relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% em estabelecimento de ensino regular.	A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, de condicionalidades.	A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento de condicionalidades.
Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004	Participação efetiva das famílias nos processos educacionais e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social.	Acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde, educação e assistência social. complementaridade e sinergia das ações sociais do poder	Descumprimento de condicionalidade que acarrete suspensão ou cancelamento. A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades.

		público.	
--	--	----------	--

Lei	Definição	Objetivo	Descumprim ento
Portaria Interministerial n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004	<p>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 anos.</p> <p>I - gestantes e nutrizes:</p> <p>a) inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde;</p> <p>b) participar de atividades educativas.</p> <p>II - responsáveis pelas crianças menores de 7 anos:</p> <p>a) manter em dia, o calendário de imunização;</p> <p>b) acompanhar estado nutricional e do desenvolvimento;</p> <p>III - informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastro Único qualquer alteração no seu cadastro original.</p>	<p>Elemento fundamental para a inclusão social das famílias.</p> <p>Melhoria das condições de saúde e nutrição de seus membros.</p>	Sem referência

Lei	Definição	Objetivo	Descumprim ento
-----	-----------	----------	--------------------

<p>Portaria GM/MDS nº 551, de 09 de novembro de 2005</p>	<p>– Na área de saúde:</p> <p>a) para as gestantes e nutrizes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde;</li> <li>- participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.</li> </ul> <p>b) para os responsáveis pelas crianças menores de 7 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- levar a criança à Unidade de Saúde ou ao local de campanha de vacinação, mantendo atualizado o calendário de imunização;</li> <li>- levar a criança às unidades de saúde para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e de outras ações, conforme o calendário mínimo preconizado pelo MS.</li> </ul>	<p>Assegurar o acesso dos beneficiários às políticas sociais básicas de saúde, educação e assistência social, de forma a promover a melhoria das condições de vida da população beneficiária e propiciar as condições mínimas necessárias para sua inclusão social sustentável;</p>	<p>I - Bloqueio do benefício por 30 dias;</p> <p>II - Suspensão do benefício por 60 dias;</p> <p>III - Cancelamento do benefício. (Regulamentação: Artigos, 15,16,17).</p>
--	--	---	--

Lei	Definição	Objetivo	Descumprimento
<p>Portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008</p>	<p>a) para as gestantes e nutrizes, no que couber, o comparecimento às consultas de pré-natal e a participação nas atividades educativas sobre</p>	<p>- O adequado monitoramento das condicionalidades permite a identificação de vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos</p>	<p>As famílias beneficiárias do PBF com crianças ou adolescentes de até 15 anos de idade, nutrizes ou gestantes ficam sujeitas aos seguintes efeitos, aplicados de forma sucessiva:</p> <p>I - advertência, no primeiro registro de descumprimento;</p> <p>II - bloqueio do benefício por um mês, no segundo registro</p>

	<p>aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; e</p> <p>b) para as crianças menores de 7 (sete) anos, o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.</p>	<p>serviços a que têm direito, demandando ações do Poder Público voltadas ao acompanhamento das famílias em situação de descumprimento - reforçar o direito de acesso das famílias às políticas de saúde, educação e assistência social, promovendo a melhoria das condições de vida da população beneficiária, assim como levar o Poder Público a assegurar a oferta desses serviços.</p>	<p>de descumprimento;</p> <p>III - suspensão do benefício por dois meses, no terceiro registro de descumprimento;</p> <p>IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento;</p> <p>e</p> <p>V - cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento.</p> <p>As famílias beneficiárias do PBF, cujos adolescentes de 16 e 17 anos, que descumprirem as condicionalidades...</p> <p>I - advertência, no primeiro registro de descumprimento do adolescente;</p> <p>II - suspensão do BVJ por dois meses, no segundo registro de descumprimento do adolescente; e</p> <p>III - cancelamento do BVJ, no terceiro registro de descumprimento do adolescente.</p> <p>IV - suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento;</p> <p>e</p> <p>V - cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento.</p>
--	--	--	--

Fonte: MDS, 2014.

Conforme o Quadro 2 percebe-se que o programa bolsa família no que se refere as condicionalidades de saúde, atualmente, é responsável pelo acompanhamento nutricional e vacinação das crianças. Houve avanço na elaboração das condicionalidades e também nos mecanismos para monitoramento da sua realização. Não obstante percebe-se que as famílias poderiam ser envolvidas em outras ações de saúde seguindo a lógica da promoção e educação em saúde no território, ou seja, a contribuição do PBF e o impacto na saúde poderiam ser maiores. Pergunta-se também se as gestantes e nutrizes que fazem acompanhamento pré-natal para receber o auxílio conseguem ser acompanhadas em linhas de cuidado durante estas gestações ou se a gestão no território consegue elaborar linhas de cuidado às futuras mães.

O PBF tem repercussão e reconhecimento internacional de organismos como a Organização Mundial da Saúde, a qual constatou, a partir do seu Relatório Mundial em 2013, que a redução da mortalidade infantil no período compreendido entre 2004 e 2009 foi de 17%, que houve diminuição de 65% das mortes causadas por desnutrição e redução de 53% de óbitos infantis por diarreia em uma amostra de 2.853 cidades brasileiras (OMS, 2013).

Em artigo publicado na revista Lancet (2008) foi constatado que no período entre 2004 e 2009, momentos de início e consolidação do PBF, dobrou o número de municípios com maior cobertura vacinal; houve redução em 47% na proporção de mulheres sem atendimento a pré natal e redução de 16% no número de crianças de 0 a 5 anos em hospitais. Importante ressaltar que os impactos não se esgotam apenas no segmento saúde, mas em outros âmbitos como educação e trabalho. Embora tal política ainda insipiente para resolução dos complexos problemas estruturais e sociais do Brasil, seus efeitos imediatos conforme remetem os indicadores supracitados mostram que, indubitavelmente, trata-se de um programa ousado para o enfrentamento da extrema pobreza e redução das desigualdades sociais no país.

O programa de transferência de renda condicionada não é uma política isolada, mas requer contrapartida dos beneficiários, embora seja discutível pelo fato de alguns autores questionarem que o direito a saúde deve ser incondicionado. Nesse estudo são usados os conceitos de vigilância da saúde



alinhados com a política de transferência de renda. Trabalhar estes dois modelos juntos potencializa a análise e faz ver que sempre é possível ampliar redes e possibilidades de atuação intersetorial, uma vez que ambas as propostas possuem em comum a intervenção nos determinantes sociais e a busca da redução das iniquidades em saúde, sob o ponto de vista da condicionalidade em discussão. As equipes de saúde no território tem no público que recebe esse recurso a possibilidade de transitar da racionalidade médico-hospitalocêntrica para outras perspectivas de atenção multiprofissionais, intersetoriais e multidisciplinares. São ações promotoras de saúde que podem incidir nesta população por meio dos sistemas de informação do programa PBF e do cadastro único, que contempla todas as informações da família, não apenas do indivíduo.

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

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

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

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

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

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

**SURVEILLANCE IN HEALTH AND INCOME PROGRAM CONDITIONAL  
TRANSFER: expanding networks, building possibilities...**

**ABSTRACT**

This study aims to analyze the relationship of the cash transfer program - Bolsa Familia - with Health Policy, the light of Surveillance in Health model based on local needs. The methodology used a qualitative matrix approach, with the proposal to make an exploratory research on the subject of transfer income and health policy, seeking analysis of this new perspective and information that provide subsidies for possible alternative health surveillance activities. Articles were analyzed to address the issue, documents and legislation related to the program in the period between 2004 and 2008, as well as health institutions linked to the Family Grant program. It can be seen that the reduction of social inequality in Brazil depends on the networking of the various social segments, that the performance in the territory can be critical alternative to improve the quality of provision of health services in the territory, and the need for further studies health sciences involving this issue, especially that health is fundamental institution in this process of reducing social inequalities.

**KEYWORDS: Income Transfer Policy, Health Surveillance, Social Determinants of Health, Territory.**

## REFERÊNCIAS

ROSELE, D. Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12835>; acesso em set, 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Programa Bolsa Família. Legislação e Instruções. [acessado 2006 Nov]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>, acesso em ago 2014.

MONNERAT GL. Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade: lições do programa bolsa família. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Comisión sobre determinantes sociales de la Salud: Preguntas y respuestas. 2005. [On-line]. Disponível em: [www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/), Acesso em out. 2014.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade, 2006; 15 (2):34-46.

CAMPOS, CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2003; 8(2):1.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2005; 21:902-905.

TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILASBÔAS AL. Modelos assistenciais e vigilância da saúde.. IESUS, VII(2), 1998. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_2\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf). Acesso em out. 2014.

WALDMAN EA. ROSA TE. Vigilância em saúde pública. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1998. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Volume07.pdf>. Acesso em out. 2014.

PAIM JS. Organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde. Salvador, p.25, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>; acesso em set. 2014.

CAMPELLO T, CORTES NERI M. Programa bolsa família: uma década de inclusão e cidadania Brasília: IPEA, 2013.

TEIXEIRA CF, PAIM J, VILLASBÔAS A L. (Orgs.) Promoção e vigilância da saúde. Salvador: ISC, 2000.

MENEGHEL SN, GIGANTE LP, BÉRIA JU. Cadernos de exercícios de epidemiologia. Canoas: Ulbra, 2002.

SENNA, M. Municipalização e controle social: o programa médico de família em Niterói (1992-1994). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1995.

MENDES EV. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.

TEJADA CA, JACINTO PA, ARISTIDES AM. Pobreza e saúde: evidências de causalidade em um painel de dados para o Brasil, ANPEC Sul/artigos, disponível em: [http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/XI\\_ANPEC](http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/XI_ANPEC). Acesso em out 2014.

PAIM JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária. Saúde em Debate, Revista do centro brasileiro de estudos de saúde, Rio de Janeiro, 2009. 33(81): 27-37.

RAPHAEL D. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2004.

SOARES FV., et al. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade Brasília: IPEA; 2006.

SANTOS LMP, PEREIRA LL, SOARES MD, HENRIQUE FCS, GUADAGNIN SMC. Avaliação do programa bolsa família em municípios de baixo índice de desenvolvimento humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. Revista Eletrônica Tempus, 5(4), 2011.

## **LEGISLAÇÃO**

**BRASIL.** Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

**BRASIL.** Lei nº 10.835 de 8 de janeiro de 2004.

**BRASIL.** Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004.

**BRASIL.** Decreto nº. 5.209 de 17 de Setembro de 2004.

**BRASIL,** MDS. Portaria nº 1, DE 3 DE SETEMBRO DE 2004.

**BRASIL.** MDS. Portaria no. 660, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2004.

**BRASIL.** MDS. Portaria Interministerial nº 3.789, de 17 de Novembro de 2004.

**BRASIL.** MDS. Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de Novembro de 2004.

**BRASIL.** MDS. Portaria nº. 246, de 20 de maio de 2005.

**BRASIL.** MDS. Instrução Normativa nº1, de 20 de maio de 2005.

**BRASIL.** LEI Nº 551 de 9 de novembro de 2005.

**BRASIL.** LEI Nº 555 de 11 de novembro de 2005.

**BRASIL.** Presidência da república. Decreto nº 5.749 DE 12 DE ABRIL DE 2006.

**BRASIL.** MDS. Portaria Ministerial nº.148 de 27 de abril de 2006.

**BRASIL.** MS. Portaria Ministerial nº. 325 de 21 de fevereiro de 2008.

**BRASIL.** MDS. Portaria Ministerial nº 76 de 6 de março de 2008.

**BRASIL.** MDS. Portaria Ministerial nº.321 de 29 de setembro de 2008