

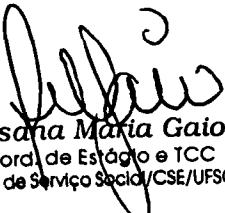
1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A CONDICIONALIDADE DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA  
CONTRADITÓRIA DE GARANTIA DE DIREITOS NO PROGRAMA  
BOLSA FAMÍLIA DE FLORIANÓPOLIS

NARIANA RODRIGUES DE FREITAS

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 6/7/09

  
Rosana Maria Gaio  
Coord. de Estágio e TCC  
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS/SC  
2009/1

NARIANA RODRIGUES DE FREITAS

**A CONDICIONALIDADE DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA  
CONTRADITÓRIA DE GARANTIA DE DIREITOS NO PROGRAMA  
BOLSA FAMÍLIA DE FLORIANÓPOLIS**

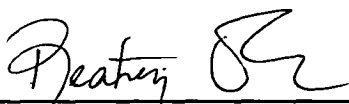
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Augusto de Paiva

FLORIANÓPOLIS/SC  
2009/1

**NARIANA RODRIGUES DE FREITAS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Banca Examinadora**

---

Profa. Dra. Beatriz Augusto de Paiva – Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)



---

Profa. Dra. Vânia Maria Manfro – Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)



---

Assistente Social Aline Micheluzzi – Membro  
Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF)

Florianópolis, 06 de julho de 2009.

**Para minha avó *Maria*:**

**Pelo incentivo, pelas palavras,  
pelos momentos, pelas risadas, pela saudade,  
pela admiração, pelo exemplo de mulher,  
pelo amor eterno que sentirei.**

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que participaram do processo de construção desse Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, que é parte de uma longa caminhada de quatro anos de graduação. A realização desse sonho só foi possível a partir da troca de conhecimentos, de experiências e de afetos das pessoas que fizeram parte da minha vida.

Primeiramente gostaria de agradecer à minha mãe, que sempre esteve ao meu lado me incentivando durante toda a graduação e que sempre acreditou no meu potencial. Se hoje estou aqui podendo escrever essas palavras é graças a ela e, eu a agradeço dando-lhe o orgulho de estar me tornando bacharel em Serviço Social, para, a partir daqui, poder dignamente empreender a luta pelos direitos.

À meu pai por se orgulhar do que eu sou e do que me tornei e, ainda, por se esforçar para me ajudar durante a graduação.

Ao meu irmão Guilherme.

Gostaria de agradecer também à avó Maria, uma pessoa muito importante na minha vida. Porque sempre me incentivou com palavras doces, sempre me acalmou, sempre presente na minha vida. Posso dizer que hoje realizo um sonho que não é só meu, mas nosso. Não tenho mais o prazer de ouvir suas doces palavras, mas seus olhos me dizem o tamanho da sua felicidade diante dessa conquista. Te amarei eternamente!

Ao meu noivo e grande amor da minha vida, que fez parte da minha construção como pessoa e como profissional, que me aturou nos momentos de estresse e que foi o grande responsável pela concretização desse sonho. Amor, quero te agradecer pelas sábias palavras e pelo apoio, tenho certeza que

passaremos por muitas outras conquistas juntos, mas espero que seja na mesma cidade, ok?

Aos meus grandes e verdadeiros amigos Fernando, Jeanne, Joice, Luiz, Robson e Shan, vocês são anjos que me iluminam, estar com vocês é sinônimo de paz e felicidade, com vocês até fazer nada se torna inesquecível. Agradeço pelas palavras, pelos momentos juntos, e principalmente por fazerem parte da minha vida.

Às minhas grandes amigas de graduação, à Barbara com seu jeito atrapalhado de ser, calma, mas quando está nervosa sai da frente, sensível e sincera; à Flávia pelo jeito alto astral, pelas risadas, pelos desabafos, pelos desesperos e por ser uma trilha sonora em pessoa e, à Vanessa, sempre com muita pressa, sem paciência, mas que nunca desiste frente aos desafios. Amigas vocês são demais.

À equipe do Programa Bolsa-Família, sempre animados e que me ajudaram nessa conquista, onde todos os momentos vividos serviram para uma reflexão e para meu crescimento pessoal e profissional. Gostaria de agradecer principalmente às estagiárias Priscila, Sabrina e Tábata, por dividirem grande parte do dia comigo, com risadas, desabafos e conselhos, tornando o campo de estágio um lugar mais divertido e agradável diariamente. Sentirei saudades!

À minha supervisora Daniela Teixeira Chaves da Silva, pelos conselhos, pela reflexão, por esclarecer minhas dúvidas, pela grande compreensão nessa fase de elaboração do TCC. Dani, obrigada por tudo.

À Assistente Social Aline Michelluzi pela reflexão da realidade, por buscar estratégias para enfrentar as demandas que apareciam, pelas risadas, pelas conversas e, principalmente, por aceitar dividir esse momento de construção de conhecimento compondo a minha banca.

Gostaria de agradecer à professora Vânia Maria Manfroi, por aceitar participar da banca examinadora do TCC, por ser uma professora admirável e que fez parte desse processo, ajudando nas reflexões em sala de aula, com exposições sempre críticas, fazendo pensar sobre a realidade que eu estava atuando no campo de estágio.

À minha professora orientadora, Beatriz Augusto de Paiva, incentivando à leitura e ao pensamento crítico.

“Acordo num tenho trabalho,  
procuro trabalho, quero trabalhar.  
O cara me pede diploma,  
num tenho diploma, num pude estudar.  
E querem que eu seja educado,  
que eu ande arrumado, que eu saiba falar.  
Aquilo que o mundo me pede  
não é o que o mundo me dá.”

(Gabriel O Pensador)



## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetiva analisar as contradições da lógica da condicionalidade da saúde no Programa Bolsa família do município de Florianópolis/SC. Foram entrevistadas 16 (dezesesseis) famílias residentes na região central do município. Buscamos algumas especificidades dessas famílias através do Cadastramento Único do Governo Federal, onde foi possível observar que tais famílias são chefiadas por mulheres, que essas mulheres estão inseridas no mercado de trabalho informal e possuem a escolaridade até o ensino fundamental incompleto. Através da obtenção dos dados atinentes à realidade social dessas famílias, foi realizada uma pesquisa exploratória, a qual nos permitiu identificar que as famílias desconhecem a condicionalidade da saúde como um critério para permanecer no Programa. Analisamos ainda que o desconhecimento dessas famílias pode ser atribuído a sua inserção no antigo Bolsa-Escola, programa no qual o critério de permanência relacionava-se somente à educação. Identifica-se, pois, a necessidade de cristalizar a intersectorialidade da política de assistência social, para que efetivamente haja interface com a política de saúde e, assim, seja possível materializar os direitos socioassistenciais dos sujeitos cujos benefícios são bloqueados em virtude da falta de informação.

**Palavras-chave:** Programas de Transferência de Renda; Programa Bolsa Família; Política de Assistência Social; Política de Saúde.

## LISTA DE ABREVIACÕES

BID – Banco Interamericano do Desenvolvimento

BVJ – Benefício Variável Jovem

CADÚNICO – Cadastro Único do Governo Federal

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

FMI – Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGD – Índice de Gestão Descentralizada

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PBF – Programa Bolsa Família

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PGRFM – Programa de Garantia de Renda Familiar

PGRM – Programa de Garantia de Renda Mínima

PNAA – Programa Nacional de Acesso à Alimentação

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PLANSEQ – Plano Setorial de Qualificação e Inserção Profissional

PRAF – Programa de Auxílio à Família

PROGRESA – Programa de Educação, Saúde e Alimentação

**SIBEC – Sistema de Benefícios ao Cidadão**

**SINE – Sistema Nacional de Empregos**

**SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**

**SUAS – Sistema Único de Assistência Social**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**TCC – Trabalho de Conclusão de Curso**

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Estado Civil dos Responsáveis.....	58
Gráfico 2 – Cor/Etnia dos Responsáveis.....	60
Gráfico 3 – Taxa de Fecundidade no Brasil 1940/2000 .....	63
Gráfico 4 – Escolaridade dos Responsáveis.....	64
Gráfico 5 – Situação no Mercado de Trabalho dos Responsáveis.....	64
Gráfico 6 – Renda Per Capita .....	65
Gráfico 7– Como as famílias de Florianópolis utilizam o benefício .....	68
Gráfico 8 – O conhecimento das famílias em relação aos critérios do programa.....	69
Gráfico 9 – Pontos positivos do PBF .....	71
Gráfico 10 – Como as beneficiárias conheceram o PBF .....	74

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Condicionalidades .....	49
Tabela 2 – Origem dos Responsáveis .....	61
Tabela 3 – Número de Filhos .....	62

**SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 OS DIREITOS SOCIAIS NA LÓGICA NEOLIBERAL .....</b>	<b>21</b>
1.2 CONTEXTUALIZANDO OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA	33
1.3 OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA AMÉRICA LATINA..	42
<b>2 AS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA .....</b>	<b>46</b>
2.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....	51
<b>3 A CONDICIONALIDADE DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA CONTRADITÓRIA DE GARANTIA DE DIREITOS: A PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS MORADORAS DA REGIÃO CENTRAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS. ....</b>	<b>57</b>
3.1 AS FAMÍLIAS RESIDENTES DA REGIÃO CENTRAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: ALGUMAS ESPECIFICIDADES.....	58
3.2 O BOLSA FAMÍLIA COMO DIREITO SOCIAL: A PERSPECTIVA DOS SUJEITOS.....	66
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>88</b>

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 introduziu avanços no campo dos direitos sociais, principalmente através do conceito de seguridade social, constituído pelo tripé: Saúde, Assistência e Previdência Social.

O direito à Previdência Social foi regulamentado primeiramente, como política social contributiva, em descompasso com relação aos demais direitos sociais constitutivos do tripé. O direito à Saúde, bem como à Assistência Social, encontraram entraves políticos e econômicos no caminho da efetivação como política pública, principalmente pelo caráter universal e não contributivo. Nesse descompasso, a política de Assistência Social foi a mais prejudicada, tendo sido regulamentada tardiamente e carregando consigo um passado marcado pela benemerência e a filantropia.

A década de 1980 foi marcada por conquistas no campo dos direitos sociais de um lado e pelo neoliberalismo na esfera política e econômica do outro. Tal conjuntura foi caracterizada pelo desemprego massivo, pela precarização das condições de trabalho, pela instabilidade econômica e pela minimização da intervenção pública, o Estado Mínimo.

Os Programas de Transferência de Renda surgem nesse contexto, em um momento em que a base do tecido social se amplia demasiadamente e a esfera estatal se retrai consideravelmente. No Brasil, o Programa Bolsa Família, especificamente, surge a partir da unificação de programas de transferência de renda já existentes, buscando abranger a integralidade do núcleo familiar e empreender a desfragmentação dos benefícios existentes.

O presente trabalho de conclusão de curso pretende analisar e compreender as contradições existentes na condicionalidade da saúde como critério para acesso do usuário ao benefício concedido a partir da inserção no Programa Bolsa Família no município de Florianópolis/SC.

O interesse para a realização desse estudo se deu a partir do estágio, desenvolvido nas modalidades não obrigatório e obrigatório, por um período de dois anos, no Programa Bolsa Família do município de Florianópolis.

O estágio, no processo de formação acadêmica, configura-se como atividade curricular que promove a inserção do aluno no espaço sócio-institucional, objetivando capacitá-lo para o exercício profissional, tendo importância significativa, visto que propicia a apreensão de elementos da realidade concreta e de questões relativas à dinâmica institucional, na relação com os processos sociais e políticos da vida em sociedade.

Assim, durante o período de estágio, foi possível observar elementos contraditórios que permeiam a lógica de acesso e permanência dos usuários no Programa Bolsa Família, principalmente relativos à condicionalidade da saúde. Na lei que cria e regulamenta o Programa Bolsa Família, essa condicionalidade aparece no sentido de ampliar o usufruto dos direitos sociais aos cidadãos beneficiados, através da garantia de acesso das famílias à rede pública de serviços; no entanto, muitas vezes a condicionalidade da saúde constitui causa de bloqueio do benefício socioassistencial para os usuários, fenômeno que ensejou análise mais aprofundada e, motivo pelo qual essa temática constitui objeto desse TCC.

Nesse sentido, pode-se dizer que foi a partir de vários questionamentos de diversas famílias – as quais tiveram seus benefícios bloqueados em virtude de um



suposto *descumprimento* da condicionalidade da saúde – que fomentou a investigação acerca dos reais motivos que remetem ao citado bloqueio.

Portanto, para a realização do estudo que ora apresentamos, partimos do seguinte questionamento: a partir da realidade social das famílias, como se identifica o direito a renda?

A partir do objetivo geral, qual seja, analisar as contradições da lógica da condicionalidade da saúde do Programa Bolsa Família, delineamos, também, alguns objetivos específicos, abaixo elencados:

a) Compreender os motivos que levam as famílias beneficiárias do programa ao descumprimento da condicionalidade da saúde;

b) Analisar a articulação existente entre o Programa Bolsa Família com a condicionalidade da saúde;

c) Investigar se os beneficiários têm o entendimento da condicionalidade da saúde como direito social.

Referente à metodologia da pesquisa, caracteriza-se por sua natureza exploratória, que tem como finalidade, “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.” (GIL, 1987, p. 44).

A técnica de levantamento de dados utilizada, foi a entrevista. O instrumental (Anexo I) foi preparado com 14 perguntas relacionadas ao Programa Bolsa Família e à condicionalidade da saúde, de modo a contemplar o objetivo geral que nos propusemos com a realização dessa pesquisa.

Concernente à amostragem utilizada, cabe referenciar que inicialmente tentamos abarcar todas as famílias que sofreram o bloqueio do benefício socioassistencial do Programa Bolsa Família, em virtude do descumprimento da

condicionalidade da saúde, no município de Florianópolis/SC, no mês de março de 2009, no entanto, tal amostragem revelou-se inviável; de acordo com a listagem do supracitado mês, enviada do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS à Prefeitura Municipal de Florianópolis – PMF, tratavam-se de 122 famílias nessa situação, dado muito custoso de ser pesquisado em sua totalidade, considerando a dificuldade inicial em encontrar as famílias, bem como o curto tempo disponível para o desenvolvimento do TCC.

Assim, tendo em vista a inviabilidade do primeiro experimento, adotamos um critério territorial, através do qual selecionamos a amostragem a ser pesquisada pela aproximação das famílias ao campo de estágio da pesquisadora, de modo que o espaço a ser analisado foi definido: a região central do município de Florianópolis/SC. Nessa localidade, temos o total de 30 famílias cujos benefícios foram bloqueados por conta do descumprimento da condicionalidade da saúde, compondo um universo que corresponde à aproximadamente 25% do total.

Estando definidas as balizas metodológicas da pesquisa, partimos para o contato telefônico, objetivando um contato inicial com esses usuários, no sentido de explicar a pesquisa e agendar uma visita domiciliar, na qual faríamos a entrevista. Todavia, não possuímos êxito nessa etapa, pois, a maioria dos cadastros dos beneficiários estavam desatualizados. Dessa maneira, partimos diretamente para a etapa da visita domiciliar, esta, realizada prioritariamente nos finais de semana, já que a grande maioria das famílias não poderiam ser encontradas durante a semana, em virtude do horário de trabalho.

Nesse empreendimento, das 30 famílias que seriam pesquisadas foi possível entrevistar apenas 16 famílias, isto é, 53% da amostragem final. Sucedeu dessa forma por variados motivos, sendo que o principal deles refere-se à dificuldade de

localização das famílias, em virtude do difícil acesso às comunidades. Nos *morros florianopolitanos*, principal referência sócio-territorial das comunidades de baixa renda do município, a infra-estrutura é precária, muitas ruas não existem nos mapas e muitas casas não possuem números, fato que dificultou a localização das famílias beneficiárias.

Assim, dentre as 14 famílias não localizadas, 7 famílias não foi possível encontrar o endereço indicado no cadastro; de 3 famílias as residências foram encontradas, todavia as famílias não; e, das 4 famílias restantes, obtivemos informações a partir dos vizinhos, de que haviam mudado de endereço.

Nesse sentido, a pesquisa foi realizada com 16 famílias, 53% do universo de famílias residentes na região central do município de Florianópolis/SC, que tiveram seus benefícios bloqueados no mês de março por descumprimento na condicionalidade da saúde.

Tais dados revelaram-se, portanto, a matéria-prima deste TCC.

Ademais, nesse escopo metodológico, além dos dados empíricos e, tendo em vista conferir maior densidade à pesquisa exploratória que desenvolvemos, recorreremos também a outras fontes de pesquisa, com o objetivo de complementarmos a análise em tela. Desse modo, realizamos uma pesquisa teórico-bibliográfica, de fundamental importância para o embasamento analítico do trabalho, através da qual consultamos, além de estudos já desenvolvidos acerca dessa temática, também as legislações pertinentes ao Programa Bolsa Família. E, ainda, utilizamos dados sociais das famílias pesquisadas a partir das informações constantes no Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), com o objetivo de apreendermos algumas determinações do acesso dessas famílias ao direito à renda, através da análise de elementos que revelam a realidade social dessas famílias.

Relativo à estrutura do trabalho, o mesmo está organizado em três seções.

Na primeira seção descrevemos o processo de reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, com ênfase para o período posterior à década de 1980, na qual o neoliberalismo entra em cena e protagoniza os rumos das políticas sociais no país. Portanto, contextualizamos nessa seção, a política de saúde e a política de assistência social, determinadas, por um lado, pelo caráter não contributivo e, por outro, pelos entraves políticos e econômicos à consolidação dessas políticas como direitos sociais. A partir desse contexto, analisamos, também, a emergência dos programas de transferência de renda no Brasil.

Na segunda seção, analisamos, especificamente, o processo de implementação do Programa Bolsa Família no país, seus critérios de acesso, funcionamento, recursos e as condicionalidades para permanência dos usuários no programa. Examinamos, ainda, esse processo no Programa Bolsa Família de Florianópolis/SC, objetivando apreender as possibilidades e os limites institucionais presentes.

Na terceira seção apresentamos os dados da pesquisa empírica, desenvolvida no período de estágio curricular, através da qual analisamos os motivos do descumprimento das famílias pesquisadas à condicionalidade da saúde.

## 1 OS DIREITOS SOCIAIS NA LÓGICA NEOLIBERAL

Os direitos sociais foram reconhecidos tardiamente no Brasil, tendo sido referendados a partir de uma perspectiva universal, somente após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. De acordo com o artigo 6º da nossa Carta Magna, os direitos sociais são: “a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (...)” (BRASIL, 2004a, p. 20).

Historicamente, a gênese da luta pelos direitos sociais ocorreu paralelamente à consolidação da sociedade urbano-industrial. Nesse período de intensificação da exploração da força de trabalho, no qual inclusive as mulheres e as crianças foram inseridas brutalmente no processo produtivo, a pauperização massificava-se e crescia, ao passo que também se desenvolvia a luta operária. É assim que começa o processo de organização da classe trabalhadora pelo reconhecimento dos direitos sociais.

A organização da classe operária em sindicatos e partidos políticos foi decisiva para o estabelecimento de uma legislação protetora, em um período em que a questão social se intensificava em virtude da industrialização.

Assim, a agudização da questão social e a crescente urbanização, desencadeadas a partir das grandes transformações econômicas, sociais e políticas, que se processaram no auge desse período do desenvolvimento capitalista, impulsionou o desenvolvimento do Estado moderno. O Estado, agora ampliado pela intervenção pública através das políticas sociais, como resposta às necessidades sociais da classe trabalhadora, torna-se ator fundamental para a garantia dos direitos dos cidadãos.

Contudo, cabe ressaltar que as políticas sociais são avanços contraditórios, os quais ao mesmo tempo em que proporcionam à classe trabalhadora ganhos em suas lutas contra o capital, favorecem os interesses do próprio capital, à medida que atuam também pela preservação da mão-de-obra em potencial e pela desmobilização dos trabalhadores.

De acordo com análise de Pereira (1999) o surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os diversos países, a depender dos movimentos de organização e pressão dos trabalhadores, como também do movimento específico do capitalismo e das correlações e composições de força no âmbito do Estado.

Entretanto, muitos autores convergem em aceitar que o Estado de Bem-Estar-Social empreendeu uma mudança substantiva no desenvolvimento da proteção social, em relação aos paradigmas vigentes até então, por conta da incorporação de um conceito ampliado de seguridade social, que converteu-se em referência para a organização de muitos sistemas de proteção sociais em diversos países.

Segundo Pereira (1999), os três pilares do Estado de Bem-Estar-Social, que determinavam a caracterização específica das políticas sociais correspondentes ao período de ouro (1945-1975), são:

O pleno emprego, respaldado na prosperidade econômica de pós-guerra, na doutrina keynesiana e no esquema BEVERIDGIANO de seguridade social; a universalização dos serviços, visando atingir a todos indistintamente, de forma incondicional; a assistência social como uma rede de proteção, cuja principal função seria a de impedir que segmentos socialmente vulneráveis resvassem para baixo de uma linha de pobreza legitimada pela sociedade. (PEREIRA, 1999, p.55).

O Estado de Bem-Estar-Social, cabe ressaltar, constituiu-se em uma experiência de proteção social própria de alguns países capitalistas europeus, em uma conjuntura de expansão das lutas comunistas. Nesse contexto, muitos Estados implementaram amplos programas de educação, saúde e distribuição de renda como estratégia de contenção às lutas dos trabalhadores. Podemos dizer, nessa

esteira, que o Estado de Bem-Estar-Social se consolidou atuando no sentido de amenizar as contradições próprias da relação capital/trabalho, a partir do estabelecimento de garantias sociais aos cidadãos.

No Brasil, as políticas sociais se desenvolveram de forma seletiva e residual, em um compasso comum com os demais países latino-americanos, principalmente no que se refere à política de assistência social.

As primeiras conquistas sociais no país, datam da década de 1920, através de políticas setoriais, nas áreas de previdência social e trabalho, como, por exemplo, a Lei Eloy Chaves (1923), responsável pela regulamentação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Couto (2004) analisa que as CAPs asseguravam como benefício o direito à aposentadoria (por velhice ou invalidez), o acesso ao socorro médico, o recebimento de pensão pelos familiares e “a compra de medicamentos a preços reduzidos, sendo mantidas pela contribuição compulsória dos empregados e empregadores, sem a participação do Estado.” (COUTO, 2004. p. 96-97).

Tais conquistas sociais, além de constituírem produto da luta dos trabalhadores, podem ser consideradas expressões da intervenção do Estado em uma conjuntura de efervescência política e social no país. A intensa mobilização social do período pode ser atribuída ao desgaste do sistema político, marcado pela *República do Café com Leite*<sup>1</sup> e, pela agudização das desigualdades sociais, próprias do movimento que o capitalismo assume na periferia do sistema mundial

Nessa perspectiva, Paiva e Ouriques (2006) sinalizam as peculiaridades da modernização capitalista latino-americana, a partir da inserção desses países no

---

<sup>1</sup> Após os dois governos militares que assumiram o comando do país a partir da Proclamação da República, revezaram-se no poder, a partir de 1895, as oligarquias mineiras e paulistas. Como Minas Gerais era o maior produtor nacional de leite e São Paulo o maior produtor nacional de café, o sistema político vigente no período ficou conhecido como *República do Café com Leite*.

mercado capitalista global. Segundo análise dos autores, esses países ingressaram no circuito capitalista internacional como economias exportadoras, fato que lhes conferiu, historicamente, condições de inferioridade competitivas evidentes e até hoje insuperáveis. Nos termos de Paiva e Ouriques (2006):

A alternativa adotada pelas classes dominantes latino-americanas para compensar esse déficit tem sido a da superexploração do trabalho, com a intensificação dos processos de extração de mais-valia (na sua forma absoluta e relativa combinadas e o fundo de acumulação) possíveis, sobretudo, pelo rebaixamento salarial e pelo elevado índice de desemprego e subemprego. (PAIVA; OURIQUES, 2006, p. 172)

De acordo com a análise dos autores, ao passo que o mercado interno perde dinamismo para o mercado externo, “os direitos sociais são considerados como *custos* e necessitam, portanto, desaparecer” (PAIVA; OURIQUES, 2006, p. 172); assim, podemos dizer que essa é uma batalha travada arduamente no Brasil, principalmente em virtude da grande maioria dos trabalhadores estarem submetidos ao mercado de trabalho informal, desemprego e salários muito baixos – dado também apontado pelos autores como peculiar à realidade latino-americana em geral e brasileira em particular.

Essa configuração histórico-social exigiria que as políticas sociais fossem referenciadas a partir de um estatuto político efetivo, capaz de garantir o acesso aos direitos sociais, de modo universal e não contributivo, à imensa maioria da população brasileira. Contudo, não é o que se observa, efetivamente, na história do país.

Até a década de 1930, o Estado brasileiro era muito negligente na regulação social, que se realizava através da esfera privada, isto é, o mercado e a família, cabendo à esfera pública a repressão policial às expressões da questão social e às mobilizações populares e, à igreja as ações benemerentes para com os desassistidos. Segundo análise de Mota (1995), a partir desse período esse quadro começa a mudar:



É nos anos 30, quando a acumulação capitalista passa a ser dominada pelo capital industrial, que esse quadro se altera. Em tal período, as mudanças produzidas na economia determinam uma nova forma de organização política, reservando-se, para o Estado, a assunção de papéis decisivos, tanto para estruturar as bases da implementação definitiva da industrialização, como concomitantemente, para investir em algumas políticas sociais. (MOTA, 1995, p.167).

As políticas sociais brasileiras começam a se expandir ao longo do período em que Getúlio Vargas esteve na presidência do Brasil (1930-1945). Vargas buscou durante o seu governo, regulamentar a luta sindical e alguns direitos sociais e trabalhistas<sup>2</sup>, tendo atuado em favor da modernização burguesa-industrial do país. Várias foram as conquistas no campo social nesse momento, ainda que de modo contraditório com o campo político.

Couto (2004), analisa que as ações e serviços empreendidos na esfera social no período, compunham um projeto social de tipo meritocrático-particularista, de cunho conservador, de modo que “as propostas do Estado brasileiro no campo das políticas sociais assim sistematizadas, mostram a trajetória de criação de uma estrutura institucional voltada a atender prioritariamente as demandas do trabalho urbano-industrial, mediando, assim, a relação capital e trabalho.” (COUTO, 2004, p. 117). Assim, segundo a autora, à medida que eram políticas orientadas ao trabalho urbano-industrial, configuravam-se como políticas seletivas e fragmentadas, que não respondiam às demandas sociais.

Caminharam nesse sentido os direitos sociais no país, até a agudização dos conflitos sociais no período que antecedeu a ditadura militar, no qual ocorreram “muitas manifestações populares que buscavam sustentação para as reformas necessárias à melhoria da qualidade de vida da população.” (COUTO, 2004, p. 120). No entanto, o golpe de abril, traduziu-se em um processo avassalador, tanto no campo dos direitos sociais, como, e principalmente, dos direitos políticos: os

---

<sup>2</sup> É desse período a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a regulamentação do salário mínimo e outras garantias sociais relacionadas ao trabalho.

instrumentos legais editados no período demonstram o retrocesso sócio-político no qual mergulhou o país. Durante os governos militares, a utilização da força brutal e da repressão severa constituiu a estratégia mais utilizada para garantir o projeto que pretendia preparar as condições adequadas à manutenção da relação do Brasil com o capitalismo internacional. (COUTO, 2004).

Partindo desse legado histórico, a Constituição Federal de 1988, como principal produto do início da democratização do país, precisava responder as demandas do campo social e político. Nesse sentido, o bem-estar e a justiça sociais aparecem como objetivos da ordem social, no primeiro capítulo (Capítulo I) do título oitavo (Título VII), da nossa Carta Maior. Tal é o título que dispõe acerca da seguridade social de maneira geral, e dos direitos que abrange, de maneira particular, dentre os quais, o direito à saúde (art. 196-200) e à assistência social (art. 203-204).

Contudo, ainda hoje, muitos entraves, sobretudo na esfera econômica, mas, também no campo político, impedem que efetivamente a política de assistência social e a política de saúde se consolidem como direitos sociais. Nesse caminho, podemos dizer que ambas as políticas apresentam traços semelhantes, relativos a um passado de lutas partilhadas.

A política de assistência social é marcada por uma característica estrutural específica, relativa ao caráter benemerente e filantrópico da ação social e que imprimiu à assistência social um traço focalista, residual e clientelista. Essa característica se expressa na grande instituição da assistência social, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sempre marcada pelo primeiro-damismo, – desde sua primeira coordenadora, Darcy Vargas – que passou a representar, o braço assistencialista do governo central. (COUTO, 2004).

Se a assistência social passou a desempenhar este papel, podemos dizer que a política pública de saúde percorreu um caminho similar. Somente na segunda metade do século XX a política de saúde no Brasil ganhou maior estatura. Assim como na assistência social, na saúde a tônica era uma combinação entre higienismo e socorro emergencial. As questões referentes à saúde começaram a preocupar a população ainda no período da Primeira República, pois o processo imigratório e a ausência de um modelo sanitário fizeram com que surgissem graves epidemias. Até a década de 1960, a saúde era controlada pelo modelo chamado de sanitário-campanhista, caracterizado pela intervenção através de campanhas em locais que a população se reunia para esperar as equipes, de modo que tais equipes utilizavam a força para impor uma pseudo-política de prevenção, chegando, por exemplo, a queimar roupas e colchões dos doentes. (BERTOLUZZI; GRECO, 1996).

Historicamente, o direito à saúde foi reconhecido a partir da Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas, em 1948, contudo, no Brasil, esse direito foi garantido como seguro social, aos trabalhadores com vínculo formal de trabalho, “nesse contexto, a saúde não era considerada um direito, mas tão-somente um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença-maternidade e outros.” (BRASIL, 2007a). Nesse sentido, como havia uma política de saúde voltada apenas para os trabalhadores do setor formal, não estava garantido o acesso para a maioria da população.

As lutas sociais empreendidas durante as décadas de 1970 e 1980, constituíram um movimento organizado da sociedade pela Reforma Sanitária, sendo que esse movimento foi se adensando ao longo da década de 1980, tendo conquistado avanços na VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que tinha como temática: Direito e Saúde.

A VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. Entretanto, cabe explicitar que o Estado se antecipou a implementação do SUS, criando por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo. Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 13)

A década de 1980 é marcada por importantes mobilizações e lutas sociais contra a ditadura e pela democratização do Estado e das relações que este estabelecia com a sociedade, bem como pela regulamentação dos direitos sociais. Nesse escopo, a Constituição Federal de 1988 consolidou significativos avanços no campo dos direitos, regulamentando o direito à seguridade social através do tripé que compreende o direito à saúde, à previdência e à assistência social. Após a Constituição entrar em vigor, o sistema nacional de saúde seria consolidado através do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme a proposta da VIII Conferência Nacional da Saúde e tal como dispõe nossa Carta Magna e as leis complementares.

De acordo com o art. 194 da Constituição Federal de 1988, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 2004a, p. 115).

Assim, a partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004a, p. 117) e, a assistência social passa a ser direito “a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social.” (BRASIL, 2004a, p. 120). No campo socioassistencial, portanto, pela primeira vez na história do país a

assistência social aparece como direito universal e não contributivo, na contramão das tradicionais políticas compensatórias.

É necessário ressaltar que o Estado brasileiro sempre atendeu aos interesses da burguesia e por isso foram destinadas à população, a mercê das relações sociais, políticas sociais de cunho compensatório. Para que contribuíssem apenas para que a classe subalterna pudesse criar condições de vida que garantissem sua sobrevivência e mantivesse as relações de reprodução da vida em sociedade. (AQUINO, 2008, p.19).

Cabe destacar, que apesar da Constituição de 1988 ter regulamentado o campo dos direitos sociais, no transito à transfiguração dos mesmos em políticas sociais públicas, muitos empecilhos de ordem econômica e política se interpuseram nesse processo, dificultando a materialidade dos ditames constitucionais ainda no início da década de 1990. O processo de modernização capitalista levado a cabo nos países periféricos nesse período, isto é, o neoliberalismo, foi o grande responsável pela retração da esfera pública, principalmente no campo social, na maioria dos estados nacionais, dentre eles, o Brasil.

De acordo com a análise de Couto (2004), o prisma neoliberal entrou em vigor nos países periféricos a partir do Consenso de Washington<sup>3</sup>, que apontou medidas de ajuste estrutural a serem aplicadas nesses países, inclusive, condicionando qualquer tipo de ajuda financeira dos organismos multilaterais ao cumprimento daquelas medidas. Sucederam, pois, profundas modificações na esfera econômica, considerando a necessidade de adequação dos mercados às exigências do projeto neoliberal, de modo que tais modificações impactaram de modo avassalador na esfera social, já que “as políticas sociais retomam seu caráter liberal residual; a questão da garantia dos direitos volta a ser pensada na órbita dos

---

<sup>3</sup> “Em 1989, reuniram-se, em Washington, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o governo norte-americano, economistas e políticos latino-americanos e caribenhos de orientação neoliberal, para elaborarem um receituário para as economias periféricas. Esse receituário ficou conhecido como o consenso de Washington, e indica dez medidas que devem ser seguidas pelos países. São elas: ajuste fiscal, redução do tamanho do Estado, privatizações, abertura comercial, fim das restrições ao capital externo, abertura financeira, desregulamentação, reestruturação do sistema previdenciário, investimento em infra-estrutura básica e fiscalização dos gastos públicos e fim das obras faraônicas.” (BATISTA, 1994 *apud* COUTO, 2004, p. 70).

civis e políticos, deixando os sociais para a caridade da sociedade e para a ação focalizada do Estado.” (COUTO, 2004, p. 70).

Couto (2004) infere ainda que a gravidade da crise social após o impacto do neoliberalismo ocorreu principalmente em virtude da precarização do trabalho, do desemprego estrutural e das novas expressões da questão social, cuja dimensão extrapolou o campo de intervenção da proteção social em um Estado que empreendia “um movimento mini-max, onde os investimentos seriam mínimos para o trabalho e máximos para o capital.” (COUTO, 2004, p. 70).

Assim, as décadas de 1980 e 1990 foram paradoxais: de um lado a intensificação da luta social, a democratização e o processo de reconhecimento dos direitos e, de outro, as políticas macroeconômicas que obstaculizaram a concretização de um sistema de seguridade social efetivamente universal.

É nessa conjuntura que a política de saúde, regulamentada em 1990, por meio da Lei nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), delimitava as bases de um sistema único, a partir de princípios como a universalidade e a integralidade.

O Projeto de Reforma Sanitária, tendo no SUS uma estratégia, tem como base um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO, MATOS, 2001 *apud* CFESS, 2009, p 8)

Segundo a análise dos autores, a efetividade de um projeto universal para a saúde no Brasil, exigia um Estado comprometido com as políticas sociais. No entanto, conforme analisado, esse momento em que a LOS é regulamentada, é o momento das contra-reformas neoliberais, das privatizações, da mercantilização dos direitos e, especificamente na área da saúde, da defesa institucional do SUS para os pobres. Esse período, portanto, marcou profundamente o desenho da política de

saúde no país, na medida em que a contra-reforma do Estado atingiu a Saúde através das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade. (CFESS, 2009).

Nessa esteira também podemos analisar a política de assistência social. Um registro importante refere-se a sua regulamentação tardia, se comparada com as demais políticas da seguridade social, afinal, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8742), data de 1993. Importa considerar que, além da conjuntura desfavorável, na qual o avanço do neoliberalismo ensejava a refilantropização da assistência social, o legado histórico do campo socioassistencial operava na contramarcha do seu processo de reconhecimento como política pública. Assim, apesar da LOAS introduzir um novo significado para a assistência social no país, muitos obstáculos ainda precisam ser superados, de acordo com análise de Yazbek (2004), para quem a assistência social após a Lei orgânica é:

Plena de ambigüidades e de profundos paradoxos. Pois se, por um lado, os avanços constitucionais apontam para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da exclusão, transformando constitucionalmente essa política social em campo de exercício de participação política, por outro, a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, coloca em andamento processos articuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos públicos no campo social, sob a forte pressão dos interesses financeiros internacionais. (YAZBEK, 2004, p. 24).

Visando superar esse legado de ambigüidades é que, em 2004, é aprovada a nova Política Nacional de Assistência Social – PNAS, que dispõe sobre o Sistema Único de Assistência Social, traduzindo o cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em 2003.

De acordo com a PNAS/2004, a política pública de Assistência Social tem como objetivos prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou especial para as famílias, indivíduos e grupos que dele necessitarem;

contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em área urbana e rural e assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2004b).

Um dos avanços deste novo desenho foi a incorporação da família como princípio matricial de organização dos serviços, ações, programas e projetos socioassistenciais, rompendo com a perspectiva da promoção do indivíduo, reconhecendo a dimensão protetiva e coletiva deste direito social, além de abolir o atendimento nos tradicionais plantões, e estruturar uma rede de proteção diferenciada daquele velho atendimento baseado nos critérios sócio-econômicos – muito embora tais critérios permaneçam para acesso a alguns benefícios, como por exemplo, o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada.

Os programas de transferência de renda, objeto central dessa reflexão, estão inseridos na Proteção Social Básica do SUAS, estruturada no sentido de prevenir situações de risco às famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social “decorrente da pobreza, privação, (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais ou de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero, deficiências, dentre outras).” (BRASIL, 2004b, p. 33).

Segundo o texto da nova Política Nacional, a proteção social afiançada através do SUAS deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar. Assim, os programas de transferência de renda inserem-se no âmbito da primeira segurança, considerando que por *segurança de rendimento*, entende-se a



garantia de que todos tenham uma forma monetária de manter a sua sobrevivência, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego, e não como uma compensação do salário mínimo inadequado. (BRASIL, 2004a).

Na próxima seção buscamos aprofundar o debate sobre os Programas de Transferência de Renda no Brasil, sintetizando também algumas análises sobre esses programas no continente latino-americano. As análises acerca do Programa Bolsa Família, especificamente, estão colocadas na seqüência, na segunda seção.

## 1.2 CONTEXTUALIZANDO OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Os sistemas de proteção social, submetidos à todo tipo de reforma restritiva de direitos, foram impossibilitados de oferecer respostas coletivas e consistentes às demandas advindas da questão social. Como estratégia necessária ao desemprego, enfim reconhecido como estrutural e, dado o esgotamento do pacto do pleno emprego nos países europeus, é que se inicia o debate internacional sobre as políticas de renda mínima como medida política para o fenômeno da pobreza absoluta, diante do fracasso das iniciativas que priorizavam o mercado de trabalho, e como instância de satisfação das necessidades básicas da população.

A agudização da questão social, portanto, principalmente na América Latina, demanda novas ações, serviços, e/ou benefícios socioassistenciais públicos, considerando a necessidade de elaborar respostas efetivas à peculiar realidade social. Nos termos de Paiva *et al* (2007):

O desemprego estrutural torna-se, assim, um dos principais retratos das condições mais desumanas de sobrevivência à que estão submetidos os povos da América Latina, na materialização histórica da concentração da riqueza socialmente produzida de um lado, e a pauperização extrema, de outro. Desta forma, a forte e contraditória relação de subordinação com o

mercado externo, tendo em vista que ajusta as relações de produção internas para a acumulação do capital em escala global, reproduz crescentemente a tendência das massas ao pauperismo, conformando particularmente a chamada questão social. (PAIVA *et al*, 2007, p. 6).

Portanto, a intensificação da questão social nesses países, decorrente da configuração histórica-estrutural, que engendra uma maior exploração dos trabalhadores, a concentração de renda, e a crescente pauperização, demanda mecanismos efetivos de proteção social.

No Brasil, soma-se a essa brutal realidade o processo de encolhimento das políticas sociais, a partir das reformas neoliberais, conforme analisado na seção anterior, os direitos sociais sofreram um desmonte nos anos subseqüentes ao seu reconhecimento. De acordo com a análise de Silva e Silva, Yazbek e Giovanni (2008), “a chamada reforma do Estado brasileiro passou a lhe atribuir profundas transformações no seu perfil e no seu formato, assumindo como principal função a de Estado ajustador da economia nacional à economia internacional.” (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 28). E, para tanto, as políticas sociais foram reduzidas, passando a se distanciar dos ideais universalizantes preconizados nos anos precedentes.

A partir dessa lógica, o Estado começa a transferir a responsabilidade social para a sociedade civil, onde a universalização dos direitos sociais cede lugar para a focalização, cujas principais ações são pulverizadas e cujo acesso é mediado por critérios restritivos. No campo da intervenção pública, as principais medidas adotadas são os programas de transferência de renda.

O debate sobre os Programas de transferência de renda no Brasil datam da década de 1990, onde o projeto de Lei nº80/1991 foi apresentado pelo senador Eduardo Suplicy que propõe a instituição do Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM).

O PGRM universal ainda não saiu do papel, mas sua concepção tem sido importante para a discussão dos programas de transferência de renda no Brasil, a pautarem diversas críticas sobre esta questão. Segundo Silva e Silva, Yazbek e Giovanni (2008), as características básicas da proposta são as seguintes

Trata-se de um imposto de renda negativo para beneficiar todos os residentes no país, maiores de 25 anos, que auferissem menos de 45 mil cruzeiros da época, correspondendo cerca de 2,25 salários mínimos, também da época (...); o benefício seria uma complementação monetária de apenas 30% da diferença entre o rendimento auferido e esse patamar mínimo, tendo em vista manter o incentivo para o trabalho; a proposta prevê, complementarmente, a criação de programas e projetos que visem a ampliação da oferta de serviços e bens de consumo popular, tendo em vista o aumento da demanda; a implantação do programa far-se-ia gradualmente, iniciando-se, em 1995, com pessoas de mais de 60 anos, finalizando a implantação no ano de 2002, atingindo todo o universo previsto – indivíduos, ativos e inativos, maiores de 25 anos; o financiamento do programa teria como fonte o orçamento da União, sendo que o custo total deste não poderia ultrapassar a 3,5% do PIB(...); a transferência do benefício era prevista por intermédio da fonte pagadora ou por procedimentos de devolução de imposto de renda. A rede bancária e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos eram apontadas como a possível instância administrativa para transferência do benefício. (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 49).

Suplicy fundamentava a necessidade de implementação dos programas de renda mínima a partir do parágrafo segundo (II) do artigo terceiro (art. 3º) da Constituição Federal, que determina, como objetivo fundamental da República, a erradicação da pobreza, da marginalização e a redução das desigualdades sociais. A proposta do senador vinha ao encontro desse objetivo, pois, um sólido programa de transferência de renda, constituiria um meio para satisfação das necessidades básicas da população.

No entanto, o PGRM vinha recebendo diversas críticas na época, como o argumento preconceituoso que advoga que a transferência monetária poderia desestimular os indivíduos ao trabalho, o elevado custo que esse tipo de programa teria, a possibilidade de aumentar a corrupção nas esferas de governo, a alegada desonestidade das pessoas que fossem usufruir do benefício, etc.

Diante de tais críticas, o senador Suplicy e outros defensores do programa desenvolveram uma argumentação na defesa da proposta

A complementação da renda é muito baixa para produzir o desestímulo ao trabalho; a garantia de uma renda mínima aumenta o poder de barganha dos assalariados no mercado de trabalho, permitindo-lhes não se sujeitarem a condições repugnantes, como o trabalho escravo; a renda mínima proporciona o fisicamente indispensável para que uma pessoa possa conseguir trabalho, assimilar educação, treinamento, (...); as aspirações humanas são crescentes e, se o trabalho representasse apenas desprazer, conforme advogam os autores de uma teoria capitalista abstrata, os ricos não trabalhariam; se o argumento básico dos liberais, que diz que "ninguém deve ganhar sem trabalhar" fosse válido, os juros, aluguéis, lucro, seriam, também, imorais; a relação de troca, onde o cidadão contribui em trabalho e a sociedade retribui em salários, envolve duas necessidades existenciais: a necessidade de sentir-se útil à sociedade, de dar uma contribuição social, por modesta que seja, e a necessidade de uma renda mínima que satisfaça um padrão de vida mínimo, algo socialmente visto como aceitável, por modesto que seja; um poder aquisitivo mínimo é condição para o exercício da cidadania e retira o cidadão da armadilha da miséria. (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 49).

O PGRM foi de suma importância para o debate sobre os Programas de Renda Mínima, pois abriu e ampliou as discussões nesse escopo, servindo de base para a construção dos programas que começaram a surgir. O projeto do PGRM foi aprovado no Senado e encaminhado a Câmara dos Deputados, de onde nunca saiu, no entanto, ressalta-se, teve grande importância por estender o debate sobre a renda mínima no país.

Uma das primeiras experiências concretas, em termos do desenvolvimento de programas de renda mínima no Brasil, iniciou no ano de 1995 com o Programa de Garantia de Renda Familiar (PGRFM) da Prefeitura Municipal de Campinas, estabelecido pela Lei nº 8.261 de 06/01/1995 e, regulamentado pelo Decreto nº 11.741 do mesmo ano. O programa atendia as famílias residentes no município pelo menos há 2 anos e que possuíam renda per capita inferior a R\$ 35,00. O valor do benefício variava de R\$ 3,00 a R\$ 385,00, dependendo da renda e da composição familiar.

Os objetivos do programa eram de "melhorar o estado nutricional das crianças; oportunizar a permanência das crianças na escola; retirar as crianças das

ruas; melhorar as condições gerais de vida das famílias; oportunizar maior integração familiar e participação da comunidade.” (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 57).

Posteriormente surgiu o Programa Bolsa Familiar para Educação (Bolsa-Escola) e o Programa Poupança-Escola do Governo Federal de Brasília/DF que atendia famílias com renda per capita inferior a meio salário mínimo, residentes a mais de cinco anos no Distrito Federal. O Programa assegurava o valor de um salário mínimo para todos os filhos, com idade entre 7 a 14 anos, desde que matriculados na escola.

O Bolsa-Escola de Brasília tinha o objetivo de garantir a frequência das crianças na escola e o Programa Poupança-Escola buscava reduzir a evasão escolar. O Poupança-Escola previa a entrega, ao final de cada ano letivo, de uma caderneta de poupança no Banco do Brasil, de modo que cada aluno aprovado recebia o equivalente a um salário mínimo, sendo eliminado o aluno que reprovasse durante o ano escolar, por duas vezes consecutivas.

De acordo com Silva e Silva, Yazbek e Giovanni (2008):

O programa Bolsa-Escola de Brasília representava o único Programa de Transferência de Renda, no Brasil, que vinha se direcionando de um caráter marginal e residual de fragmentação da pobreza para uma possível universalização do público-alvo a que se propunha atender, evidenciando a possibilidade de uma focalização vista numa perspectiva de discriminação positiva, o que era confirmado se considerado o perfil socioeconômico da população atendida. (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 77).

O Programa Bolsa-Escola de Brasília foi caracterizado por critérios menos excludentes e valores menos irrisórios, identificados pelos seguintes efeitos imediatos:

Maior atenção das famílias com o desempenho escolar dos filhos; transformação da escola pública em centro importante de referência para a vida das famílias; aumento do número de alunos matriculados nas escolas públicas; elevação da auto-estima das famílias ao perceberem o Programa como esforço de recuperação da dignidade e de construção de uma sociedade mais justa; melhoria na qualidade de ensino, verificando elevação da frequência dos alunos às aulas, motivação dos professores e

apoio; através da adoção de outras medidas e mais recursos; combate à fome e a pobreza, com melhoria da nutrição e das condições de saúde; proteção à infância; consciência da cidadania, manifestada pela possibilidade de as famílias administrarem uma conta bancária e pelo acompanhamento do desempenho e frequência de seus filhos à aula. (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008. p.79).

Ainda no ano de 1995, no município de Ribeirão Preto, em São Paulo, foi criado o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRFM) instituído pela Lei nº 7.188/1995 e regulamentado pelo Decreto nº283/1995. Tinha entre seus objetivos “incentivar a manutenção da criança e do adolescente no processo escolar; reduzir a mortalidade infantil; oferecer oportunidades iguais para crianças e adolescentes com deficiência.” (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008. p 84).

O programa possuía critérios de elegibilidade como o comprovante de carência, possuir renda de até dois salários mínimos e que tivesse crianças sendo atendidas pelas creches do município e por outras entidades não-governamentais. O benefício variava de R\$40,00 a R\$100,00, dependendo da situação familiar. O atendimento destinava-se às crianças e/ou adolescentes menores de 14 anos, com os seguintes objetivos:

Recolher crianças das ruas, contribuindo para evitar seu aumento; evitar e reduzir a evasão escolar; melhorar as condições de vida das famílias, sua organização familiar e auto-estima, mediante participação em grupos sócio-educativos; encaminhar adultos das famílias a cursos profissionalizantes e de geração de renda; encaminhar os membros do grupo familiar para tratamento de saúde e outros. (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008. p.85).

A permanência do programa era fixada em um ano podendo ser prorrogada por mais um. Para realizar a prorrogação, a família passava por uma reavaliação junto à assistente social, que encaminhava o resultado para uma comissão, sendo que a mesma decidiria sobre a permanência da família no programa.

Os recursos do programa advinham da Secretaria Municipal de Assistência Social do município e não poderia ultrapassar 1% das receitas. A condicionalidade referia-se à frequência escolar das crianças, bem como à participação do responsável nas atividades sócio-educativas. Assim, o PGRFM foi marcado por um

caráter excludente, focalista, pelos benefícios cujos valores eram irrisórios e por ser um programa de curta duração.

Na cidade de Santos, em São Paulo, também consta uma experiência no campo dos programas de transferência de renda. Nessa cidade, foi criado o Programa Nossa Família, instituído pela Lei nº 1.416 de 04/10/1995 e regulamentado pelo Decreto Lei nº 2.649 de 07/12/1995.

O programa atendia as famílias com dependentes de até 16 anos de idade que não estivessem sendo atendidos em seus direitos sociais básicos como, por exemplo, não freqüentando a escola regularmente ou que trabalhassem em condição de exploração, encontrando-se em situação de risco. O critério para acesso das famílias ao benefício era a renda: precisava possuir renda per capita família inferior a R\$50,00. O benefício variava de R\$50,00 à R\$80,00 dependendo do número de filhos, sendo que além do dinheiro, cada família recebia uma cesta básica a cada quatro meses, acompanhamento familiar e a inclusão na rede de serviços. A permanência das famílias no programa era de apenas seis meses, podendo ser prorrogada por igual período.

O Programa Nossa Família sofreu uma alteração com a Lei nº 2.138, de 29 de setembro de 2003 e foi regulamentada com pelo Decreto nº 4.212, de 20 de fevereiro de 2004. Essa nova lei aumentou a renda per capita para a inclusão e permanência do programa para R\$ 120,00, como também o valor do benefício foi fixado em R\$120,00, podendo ser acrescido de R\$60,00 por integrante da família, sendo que o valor máximo que a família poderia receber era de R\$240,00.

Mesmo com a mudança dos valores e da renda per capita, o programa ainda continuou a ser insuficiente ante as necessidades básicas das famílias atendidas, bem como as duras condições da realidade social.

De acordo com Santos (2008), esses programas continuam sendo executados atualmente em seus municípios, alguns permaneceram iguais e outros passaram por algumas transformações, mas continuam com as características focalizadas de sua implementação.

Os citados Programas de Transferência de Renda pioneiros no Brasil, de abrangência municipal, tiveram características semelhantes no curso do seu desenvolvimento. Em tais programas, os valores monetários dos benefícios eram insuficientes para atender as necessidades básicas das famílias; a abrangência do atendimento era ínfimo; os critérios de acesso empreendiam uma focalização extremada; o tempo de permanência dos usuários era demasiadamente curto; e, as condicionalidades para permanência também eram muitas. Dessa forma, esses programas tornavam-se incapaz de traduzir-se, efetivamente, em garantias públicas de direito social, principalmente, em virtude da ausência de uma rede de proteção social estruturada, capaz de garantir o acesso às demais políticas sociais públicas.

Assim, pois, o primeiro programa de transferência de renda condicionada em âmbito nacional, foi criado em 2001, no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). O Bolsa Escola era ligado ao Ministério da Educação, tinha como público alvo famílias com renda mensal per capita de até R\$ 90,00<sup>4</sup> e com crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos matriculados na rede pública de ensino regular. O benefício, no valor de R\$ 15,00 por criança e/ou adolescente, até o limite de três por família, era pago mensalmente por meio de cartão magnético e seu recebimento estava associado à frequência escolar, que deveria ser superior a 85% das aulas ministradas. (MESQUITA, 2007).

---

<sup>4</sup> Em 2001, esse valor era equivalente a aproximadamente meio salário mínimo.



Esse programa foi instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001. Além do Bolsa Escola, outras modalidades de transferência de renda condicionada foram criadas nesse período, no âmbito do Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA) e do Programa Nacional de Renda Mínima Vinculado à Saúde, o Bolsa Alimentação e Auxílio-Gás.

De acordo com análise de Mesquita (2007), relativo ao Bolsa Alimentação, o Ministério da Saúde adotou o mesmo corte de renda do Bolsa Escola, para a seleção dos beneficiários. Todavia, no segmento específico que esse programa se propunha a atender, a família deveria ter crianças de até 7 anos de idade, nutrízes e gestantes. O benefício era também de R\$ 1500, e também havia a restrição do número de beneficiários por família. A condicionalidade era referente ao cumprimento, por parte da família, de compromissos na área de saúde, como, por exemplo, manter a carteira de vacinação em dia, acompanhar o desenvolvimento nutricional da (as) criança (as) e, se gestante, realizar as consultas de pré-natal.

Concernente ao Auxílio Gás, o mesmo era vinculado ao Ministério de Minas e Energia, tendo sido criado em 2002, com o objetivo de transferir R\$ 15,00 a cada bimestre como subsídio para que as famílias, já beneficiárias do Bolsa Escola e/ou Bolsa Alimentação, pudessem comprar um botijão de gás. Tal programa, segundo estudos de Mesquita (2007) não exigia contrapartida, pois “a motivação para a implementação dessa ação foi de certa forma a de compensar as famílias de baixa renda pelo aumento naquele ano do preço do botijão de gás, aproximando-se mais de um subsídio do que de uma política de renda mínima.” (MESQUITA, 2007, p. 62).

Desse modo, quando o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assumiu a Presidência da República, em 2003, os programas federais que envolviam a transferência de valores estavam divididos em vários ministérios, havia uma

sobreposição de cadastros, muitas eram as dificuldades técnico-administrativas para o gerenciamento dos benefícios, de modo que, o sistemas não eram interligados entre si e tampouco com quaisquer benefícios socioassistenciais que porventura houvessem na esfera municipal. A proposta do Programa Bolsa Família é, portanto, unificar os programas pré-existentes,

buscando maior racionalidade administrativa e de custos. Entende-se, no entanto, a sua originalidade em outro sentido. Até então não havia, no Brasil, nenhum benefício para as famílias pobres, desvinculado do trabalho ou da condição de deficiência e/ou velhice, bem como da existência de crianças ou adolescentes no grupo familiar. (MESQUITA, 2007, p. 62).

Nesse sentido, trata-se de um programa inovador, ainda que possa ser considerado insuficiente e contraditório, conforme analisaremos nesse trabalho, podemos dizer que o Bolsa Família é um programa fundamental na garantia do acesso das famílias beneficiárias a renda básica.

### 1.3 OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA AMÉRICA LATINA

A partir do final da década de 1980 e início da década seguinte, começaram a ser implementados programas de transferência de renda em vários países da América Latina, a partir da experiência mexicana, considerada referência para os demais países do continente.

De acordo com a análise de Stein (2008), entre os primeiros programas nacionais de transferência de renda, destacam-se: o Programa Beca Alimentaria, em 1989, na Venezuela; o Programa de Auxílio à Família (PRAF), no ano de 1990, em Honduras; O Programa de Educação, Saúde e Alimentação – PROGRESA, em 1997 no México; e, o Bono Solidário, em 1998, no Equador. (STEIN, 2008)

Dentre muitos, o programa mexicano obteve reconhecimento por parte das agências multilaterais, dedicadas a amenizar os custos sociais das políticas

neoliberais, tendo sido, portanto, recomendado pelo Banco Mundial e o Banco Interamericano para o Desenvolvimento (BID) como “a receita a ser produzida no enfrentamento à pobreza extrema.” (STEIN, 2008, p. 202).

Conduzindo uma análise sobre os programas de transferência de renda no continente, Stein (2008) elenca características semelhantes entre os programas Bolsa Família, no Brasil e, PROGRESSA, no México, que sintetizamos na seqüência, tendo em vista reflexionarmos acerca de dois importantes programas, considerados “exitosos e recomendados pelos organismos internacionais.” (STEIN, 2008, p. 197).

O Programa Bolsa Família no Brasil e o Programa PROGRESA no México têm como similitudes o fato de ambos serem programas que se propuseram a articular os programas sociais pré-existentes, no intuito de empreender um projeto coeso, do ponto de vista técnico-gerencial, para superar a pobreza extrema do país, embora possamos observar que essa dimensão está secundarizada no processo de implementação real do PBF em nosso país.

No programa brasileiro, foram criadas as condicionalidades como busca para ampliar o acesso dos sujeitos nas redes públicas de saúde, educação e assistência social. Mas essas condicionalidades constituem critérios de permanência no programa, de modo que se a família não os cumprir, é responsabilizada com o bloqueio do benefício e, assim, o Estado isenta-se da sua responsabilidade em prover o acesso universal aos direitos sociais à população<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Entendemos que o governo brasileiro, ao unificar os programas de transferência de renda no Programa Bolsa Família, visou a intersetorialidade da política de assistência social, quando da elaboração das condicionalidades como critérios, no entanto, o que foi pensado no sentido de ampliar o acesso dos beneficiários aos serviços públicos, acaba por restringir ainda mais os direitos sociais, a medida que o benefício é bloqueado. As contradições dessa lógica constituem objeto de análise da próxima sessão.

No México, o programa oferece recursos monetários às mulheres, mães de família, para complementar a renda familiar, tais como

Bolsas escolares para crianças e jovens, a partir do terceiro ano primário até o último grau médio superior; fundo de poupança para os jovens que concluem a educação média superior antes de completar vinte e dois anos; material escolar e ajuda econômica para sua aquisição; serviços médicos e educativos para promoção do cuidado com a saúde. (SEDESOL, 2007 *apud* STEIN, 2008, p. 203)

Nesse escopo, constitui uma transferência de renda voltada especificamente para gastos no campo da educação, saúde e alimentação. Na educação, o benefício varia de acordo com os graus de escolaridade, bem como de acordo com o sexo, onde as mulheres recebem os benefícios maiores.

De acordo com os valores do benefício, no México o valor varia de US\$ 3,00 à aproximadamente US\$ 170,00. Sendo que as bolsas voltadas ao ensino primário são no valor de aproximadamente US\$ 10,00 à US\$ 21,00; secundário de US\$ 31,00 à US\$ 35,00 para homens e, de US\$ 33,00 à US\$ 40,00 para mulheres; e ainda, para o ensino médio superior o valor de US\$ 52,00 à US\$60,00 para os homens, e de US\$ 61,00 à US\$ 68,00 para as mulheres.

No Brasil, os valores são mais irrisórios e são divididos entre básico, para as famílias consideradas extremamente pobres, e variável, para as famílias pobres com crianças de até 16 anos e, ainda, o Benefício Variável Jovem, para as famílias pobres com adolescentes de até 18 anos incompletos que estejam frequentando a unidade de ensino.

As famílias extremamente pobres, são as que possuem renda per capita de até R\$ 69,00, e as famílias pobres são àquelas cuja renda varia de R\$ 69,01 à R\$ 137,00.

O Benefício Básico é no valor de R\$ 62,00; o Benefício Variável é de R\$ 20,00 por criança, sendo que a família recebe no máximo por três crianças e, o Benefício Variável Jovem, é de R\$ 30,00 por adolescente, de modo que a família recebe

somente por dois adolescentes. Portanto, uma família poderá receber no máximo o valor de R\$ 182,00, o equivalente a US\$ 93,00.

No âmbito da gestão, o Brasil utiliza o Cadastramento Único dos Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, com o objetivo de identificar as famílias de baixa renda existente no país.

O México utiliza o Sistema Integral de informação para Avaliação, que inclui seis tipos de avaliação: diagnóstico, acompanhamento, gestão, participativa, de resultados e de impactos.

Assim, mesmo o Brasil e o México, que possuem os programas de transferência de renda considerados exitosos no continente latino-americano, pode-se dizer que tais programas não vão ao encontro do princípio da universalidade. Ambos possuem critérios excludentes e restritivos para a inserção no programa, tornando-se focalizados.

Os Programas de Transferência de Renda consolidam-se, portanto, como estratégia para o *enfrentamento* da pobreza, pretensão afirmada nos documentos oficiais, nos países da América Latina, ganhando destaque junto aos organismos internacionais. Tal acolhida sugere, certamente, que os efeitos de contenção do conflito social são poderosos, o que permite reconhecer a procedência das críticas que se atribuem às transferências monetárias no âmbito das medidas contemporâneas de assistência social, embora esse reconhecimento não elimine o seguinte, que expressa a importância desse programa na vida das famílias beneficiárias.

A dissociação do PBF como uma questão de direito de cidadania é potencializada pela vigência, entre amplos setores da sociedade brasileira, de uma percepção que supervaloriza o trabalho como fonte legítima e desejável de renda. Seja por parte daqueles e daquelas que recebem estes recursos, seja por parte da sociedade em geral. A sociedade e particularmente as camadas de maior renda costumam aceitar a existência do programa e a criança e adolescentes, porém muito raramente em uma perspectiva desvinculada das condicionalidades ou associadas à defesa de

uma renda suficiente, incondicional e universal. (FONSECA, 2001; RIBEIRO, 2003; TEIXEIRA RODRIGUES, 2006, 2007; STEIN, 2005 *apud* TEIXEIRA RODRIGUES, 2008, p. 231)

Apesar de não produzir alteração nas condições estruturais de vida das famílias atendidas e mesmo sendo um programa permeado por ambigüidades, são incontestáveis os benefícios trazidos às famílias com a inserção no Bolsa Família.

## **2 AS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

O Programa Bolsa Família institui condicionalidades para a inserção e permanência dos beneficiários no Programa. Essas condicionalidades são chamadas de compromissos ou responsabilidades, que o beneficiário se compromete a assumir, tendo em vista garantir a adesão e continuidade do benefício, de modo que o propósito de tais condicionalidades é inserir as famílias nos serviços sociais básicos e de interromper o ciclo da pobreza.

As condicionalidades exigidas pelo Programa Bolsa Família estão localizadas em duas áreas, relacionadas à educação: matrícula e frequência escolar de crianças e adolescentes, bem como o acompanhamento da família em relação à aprendizagem dos filhos junto à escola; e relacionadas à saúde: vacinação, pesagem e exame médico periódico no caso das crianças e pré-natal, consultas periódicas e participação nas atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde no caso das gestantes e acompanhamento no caso de adolescentes em idade fértil.

Essas condicionalidades possuem o caráter de compromisso entre a família e o Estado, em que este deveria assegurar os serviços públicos.

Ao estabelecer as condicionalidades que as famílias devem cumprir no Programa Bolsa família, o Estado, em suas três esferas do governo, assume o compromisso de assegurar as condições para que os serviços

públicos de saúde e educação estejam disponíveis e, também, induzir o acesso das famílias mais pobres a esses direitos. (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, o Estado assume a responsabilidade de garantir os serviços e assegurar seu funcionamento para viabilizar o acesso dos beneficiários e manter as famílias dentro do benefício, usufruindo as demais políticas sociais públicas estatais. Essa é a retórica estatal para justificar as condições que impõem aos beneficiários, sem considerar as condições em que são disponibilizados esses mesmos serviços, que coloca como obrigatoriedade acessar.

Deve-se assinalar, portanto, a precarização das políticas sociais brasileiras no que diz respeito aos serviços ligados às condicionalidades do programa. A debilidade das escolas públicas, principalmente na oferta de vagas e de falta de professores, além de vários problemas estruturais da área da educação, sempre comprometida pela escassez de recursos, dentre outros problemas. A situação na saúde é semelhante. A falta de profissionais em determinados serviços da saúde, principalmente se prestados em localidade afastada das regiões metropolitanas, aliada à precarização do trabalho e à falta de humanização no atendimento, dificultam a plena realização do sentido da condicionalidade. Nesse contexto, reafirma-se que as políticas públicas são destinadas aos pobres, negando o seu caráter universal e a responsabilidade do Estado em garantir o acesso a todos, direitos conferidos a partir da Carta de 1988.

Diante disso, explicitamos as condicionalidades exigidas pelo programa relacionadas à educação, em que é exigido que as crianças de 6 a 16 anos incompletos possuam a freqüência escolar de 85% de presença e que adolescentes de 16 a 18 anos incompletos tenham freqüência de 75%.

Em relação aos adolescentes, não é obrigatório que permaneçam na escola para o recebimento do benefício, o Benefício Variável Jovem (BVJ) é desvinculado

dos outros benefícios, com isso, caso o adolescente não cumpra com o critério não receberá o BVJ, porém sua família receberá o benefício relacionado às crianças.

Diferentemente do Benefício Jovem, é obrigatório que as crianças cumpram com os critérios da educação para receber o Benefício Variável. Caso haja o descumprimento dessas condicionalidades, a família primeiramente receberá uma advertência e, se houver recorrência poderá ter seu benefício bloqueado ou até mesmo cancelado.

Os municípios são responsáveis por informarem a frequência escolar ao MDS via sistema *on line*, através do Projeto Presença. Esse acompanhamento é realizado bimestralmente e se dá pelas escolas, que informam a frequência das crianças através de um relatório encaminhado pelo PBF, informação que é encaminhada ao MDS pela pedagoga responsável pelo programa.

Já em relação ao acompanhamento na área da saúde, é obrigatório para meninos de 0 a 6 anos de idade e meninas de 0 a 6 anos de idade e de 14 a 45 anos, incluindo a responsável da família. Esse acompanhamento na saúde é realizado nas unidades locais de saúde e envolve o pré-natal de gestantes e o estado nutricional dos membros da família. Na saúde o acompanhamento acontece semestralmente e o descumprimento também acarreta advertência, bloqueio até o possível cancelamento do benefício.



Tabela 1 – Condicionalidades

SAÚDE		EDUCAÇÃO	
Compromissos	Público	Compromissos	Público
Acompanhamento da vacina/ crescimento e desenvolvimento	Crianças de 0 à 6 anos, sendo que as meninas retornam o acompanhamento na idade fértil.	Matricula e freqüência escolar mínima de 85%.	Crianças e adolescentes de 0 à 18 anos incompletos.
Pré-natal e acompanhamento	Gestantes		

Fonte: Dados do folder do PBF/2008. Elaboração Própria.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é o responsável por acompanhar as famílias do Programa Bolsa Família na condicionalidade da saúde.

O papel do SISVAN é fazer o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população brasileira e, assim, orientar as políticas públicas nas três esferas de governo. A partir dos dados do SISVAN, é possível ter uma fotografia real de como está a alimentação, a saúde e o estado nutricional da população que utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O SISVAN é o sistema escolhido para receber as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades sob responsabilidade da Saúde. (BRASIL, 2009).

Caso as famílias não cumpram com as condicionalidades recebem advertências e sanções gradativas. No primeiro descumprimento, a família recebe apenas uma advertência; no segundo descumprimento tem o benefício bloqueado por 30 dias e recebe o benefício acumulado; no terceiro descumprimento, o benefício é suspenso por 60 dias, ficando a família sem receber o benefício nesse período; no quarto descumprimento a família também tem o benefício bloqueado por 60 dias sem o recebimento; e, no quinto descumprimento, a família tem o benefício cancelado.

O programa depende da ação compartilhada dos três níveis do governo, mas o município é o atual responsável por acompanhar as condicionalidades.

Considerando que são prerrogativas dos municípios manter atualizado o sistema de informação e ofertados serviços relativos às condicionalidades, pode-se imaginar que inúmeros problemas relativos às diferentes capacidades financeira e gerencial dos municípios interferirão no atendimento de tais requisições. Assim, não se pode deixar de levantar a possibilidade de que famílias sejam punidas em razão da incapacidade de muitos municípios em manter atualizado o repasse de informação para o MDS. Com efeito, a literatura que trata do processo recente de descentralização das políticas sociais no Brasil, dentre os quais se destaca o estudo de Arretche (2000), assinala que, em geral, os municípios brasileiros ainda têm apresentado muitas fragilidades na oferta de serviços de educação e saúde, comprometendo o processo de implementação das condicionalidades do PBF. (SENNA *et al.*, 2004. p. 5).

Portanto, o município como o maior responsável por acompanhar as condicionalidades, deve buscar estratégias para que elas sejam efetivas e no caso de descumprimento, acompanhar as famílias para compreender porque o direito de acesso aos serviços públicos não se efetivaram.

No município de Florianópolis, a responsável pela condicionalidade da educação acompanha todas as famílias que tiveram seus benefícios bloqueados por condicionalidade. Neste caso, a assistente social acompanha as famílias em todas as situações buscando meios para garantir o direito das crianças e/ou adolescentes, principalmente quando estiver sendo violado. Já quando ocorre o descumprimento da condicionalidade ligada à saúde, não é realizado um acompanhamento com as famílias, levando muitas vezes, ao bloqueio do benefício destas famílias.

É importante que as diferentes políticas, como a saúde, a educação e a assistência social trabalhem articuladas para que, as condicionalidades sejam capazes de garantir o acesso às famílias aos serviços públicos. Os estudos de Paiva e Martins (2003) mencionam que

(...) os municípios devem ser utilizados como esfera governamental privilegiada para a execução das ações, tendo em vista as estruturas existentes na área da assistência social, o *know-how* acumulado na implementação dos programas sociais pós-Constituição Federal de 1988, além da proximidade com as redes de articulação dos movimentos sociais, na perspectiva da democratização do poder local. (PAIVA; MARTINS 2003, p.19).

Com isso, mesmo se tratando de um programa Federal, o município deve atuar como mediador para que o PBF não se resuma ao imediatismo e, assegure os

direitos dos beneficiários através de articulações com a rede socioassistencial para atender toda demanda presente na vida dos sujeitos.

Portanto, as condicionalidades do Programa Bolsa Família são critérios obrigatórios para o recebimento do benefício, mas precisam constituir responsabilidade do Estado, na garantia das políticas públicas de educação e saúde, tendo em vista que o sujeito não seja culpabilizado – pelo não cumprimento das condicionalidades do programa – com a restrição dos seus direitos sociais.

## 2.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

O Programa Bolsa Família em Florianópolis passou a ser executado legalmente no município a partir da assinatura do Termo de Adesão, no dia 8 de agosto de 2005. Esse Termo buscou dar continuidade aos programas de transferência de renda existentes anteriormente, já que tais benefícios estavam em processo de unificação, além de trazer em sua cláusula, quatro compromissos que o município deveria assumir, quais sejam

I. proceder às inscrições das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (...) residentes em seu território, na base de dados do Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, mantendo as informações atualizadas e organizadas; II. realizar a gestão dos benefícios do Programa Bolsa Família e Programas Remanescentes; III. Promover às instâncias cabíveis sobre denúncias e irregularidades na execução do programa no âmbito local; IV. promover, em articulação com o Governo Federal e Estadual, o acesso dos beneficiários do programa Bolsa família aos serviços de educação e saúde, a fim de permitir o cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias; V. acompanhar o cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias, segundo normas e instrumentos disponibilizados pelo Governo Federal; VI. proceder o acompanhamento das famílias beneficiárias, em especial atuando nos casos de maior vulnerabilidade social; VII. estabelecer parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais, para a oferta de programas complementares aos beneficiários do Programa Bolsa Família, especialmente ações de alfabetização, capacitação profissional e de geração de emprego e renda. (BRASIL, 2005, p. 5).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006, a estimativa de famílias pobres no município de Florianópolis naquele ano foi de 6.499 mil famílias. Essa estimativa é a base utilizada pelo Governo Federal para, a partir das necessidades do município, ampliar bolsas para o programa Bolsa Família.

Até o mês de março de 2009, a PNAD utilizada no Programa era a de 2004, na qual a estimativa de famílias pobres do município era de 4.004 famílias, na PNAD de 2006, somente no mês abril, houve um aumento de 2.495 de famílias pobres no município, podendo, portanto, haver novas liberações de benefícios.

Mesmo havendo a modificação da PNAD, ela continua desatualizada se considerarmos a precarização do trabalho e o trabalho informal que não garante estabilidade de renda para as famílias, determinante que a cada dia modifica os números de desempregadas, subempregados e trabalhadores sem renda.

O Programa Bolsa Família do município de Florianópolis possui um total de 12.809 famílias cadastradas no CadÚnico para diversos programas sociais, como o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC. O município de Florianópolis possui o total de 2.740 cadastros somente do programa do PAC.

No Cadastramento Único há 9.674 famílias dentro dos critérios para o recebimento do Programa Bolsa Família, ou seja, que possuem renda per capita de até R\$ 137,00 mensais. As famílias cadastradas no mês de junho de 2009 eram 4.150 famílias beneficiárias, diante disso, constata-se que há uma demanda reprimida de 5.524 famílias que aguardam a liberação de bolsas.

De acordo com o número de famílias inscritas no programa, vemos um quadro reduzido de funcionários para oferecer o suporte ao programa e atender as famílias de forma qualificada.

Os recursos humanos necessários à gestão da Assistência Social são ainda frágeis em quantidade e qualidade. Além disso, as estruturas administrativas e o caráter burocrático que as perpassa impede a realização de um planejamento integrado, visando uma melhor gestão das políticas públicas, programas e serviços. (MARTINS, 2008, *apud* SPOSATI, 2006, p.101)

Diante de alguns limites institucionais, presentes devido à lógica neoliberal, são necessárias estratégias para garantir o direito do usuário e evitar a fragmentação das políticas sociais públicas.

Segundo a PNAS/2004, para potencializar a rede de atendimento é necessário que:

Os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular com as demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, de forma a superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial. (BRASIL, 2004b, p. 34-35).

Portanto, os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS<sup>6</sup> – auxiliam com o atendimento de algumas famílias do Programa Bolsa Família, como por exemplo, os cursos profissionalizantes para a possível inserção no mercado de trabalho.

É necessário ressaltar que esses cursos não podem ser vistos como meio para a emancipação das famílias, pois de acordo com os estudos de Martins (2008)

Verifica-se aqui a assunção de um princípio e de um valor que não poderá ser atingido no âmbito das políticas sociais e, portanto, com menor possibilidade se referindo aos serviços sócio-assistenciais. A emancipação só poderá ser atingida mediante projeto societário radicalmente contrário ao projeto capitalista vigente na realidade contemporânea. (MARTINS, 2008, p. 104).

Mas é possível observar que na análise de Teixeira Rodrigues (2008), a visão das mulheres beneficiárias é a de que as atividades realizadas em parceria com o Bolsa-Família, como atividades sócio-educativas e geração de emprego e renda são importantes, pois, elas se informam mais sobre o programa e trocam experiências.

---

<sup>6</sup> CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias / ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. (BRASIL, 2004b).

O envolvimento nas atividades promovidas no âmbito do programa repercute profundamente no cotidiano dessas mulheres, por lhes permitir inserção produtiva, ainda que em condições precárias, mas fundamentalmente por representar uma possibilidade de participação fora do universo da casa. (TEIXEIRA RODRIGUES, 2008. p. 235-236).

O CRAS é o espaço de referência para que os usuários possam acessar informações sobre os serviços oferecidos. É a porta de entrada dos sujeitos para a política de assistência social, de suma importância por estar inserido na comunidade como um local de diálogo.

A indicação do SUAS é de que as ações socioassistenciais de proteção social básica serão realizadas, prioritariamente, pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Assim, a realização dessa modalidade de proteção social requer o estabelecimento de articulação dos serviços socioassistenciais com a proteção social garantida pela saúde, previdência e demais políticas públicas, de modo a estabelecer programas amplos e preventivos que assegurem o acesso dos(as) cidadãos(ãs) aos direitos sociais. (CFESS, 2007, p. 12).

Assim, nos termos da PNAS/2004, tanto o Programa Bolsa Família quanto o CRAS, estão inseridos na proteção social básica e destinam-se à população que vivem em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza.

O atendimento às famílias é realizado diariamente na central de atendimento do Programa Bolsa Família pelos estagiários e assistentes sociais, referenciados ao comprometimento ético-político, mas submetidos aos constrangimentos institucionais, que não oferecem as condições de acompanhamento socioassistencial e de trabalho político-pedagógico adequados.

Fazendo parte dos mecanismos de controle das políticas sociais focalizadas estão vícios arcaicos e anacrônicos, como os constrangedores e vexatórios testes de meios (comprovação de pobreza), a fraudemania (mania de fraude em relação aos pobres), condicionalidades ou contrapartidas, como se o alvo da proteção tivesse alguma falta pessoal a expiar, o estigma, rebaixador do status de cidadania. Todos esses mecanismos não são e nunca foram veículos de inclusão social, pois têm como principal objetivo excluir e manter excluídos o máximo possível de demandantes sociais para aliviar os cofres públicos de despesas em áreas consideradas economicamente improdutivas. (PEREIRA, 2003, p. 3).

É possível observar que o Programa Bolsa Família possui dificuldades para efetivar o direito do cidadão, pois os limites institucionais obstaculiza a ação dos profissionais, principalmente diante da precarização da força de trabalho, que se

evidencia no quadro reduzido de funcionários frente a uma demanda que vem crescendo a cada dia e diante do processo burocrático que centraliza o atendimento em um espaço físico específico, chamado de central de atendimento do programa.

Dentre as ações do profissional estão o atendimento para a inclusão e recadastramento das famílias ao CadÚnico, visitas domiciliares para verificação de renda familiar e de crianças com baixa frequência escolar, encaminhamentos às famílias que possuem outras demandas e toda a parte burocrática do programa como digitação de cadastros, atualizações e arquivos.

Os Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos na política de assistência social (CFESS, 2007) mostram que “a intervenção profissional na política de Assistência Social não deve ter como horizonte somente a execução de atividades determinadas pelos documentos institucionais, sob o risco de limitar as atividades à “gestão da pobreza.” (CFESS, 2007).

A atuação na política social exige uma reflexão cotidiana da atividade profissional para compreender as contradições existentes na sociedade e buscar soluções para o coletivo e não para o individual, pois as ações individuais não são capazes de superar as demandas resultantes da lógica capitalista que afeta toda uma sociedade.

O município de Florianópolis trabalha a condicionalidade da saúde de forma interdisciplinar, pois há uma pedagoga responsável por esse acompanhamento. É possível perceber a importância desse trabalho articulado, já que o trabalho em equipe consegue atender o usuário em sua totalidade, objetivando localizar o indivíduo nas relações sociais determinadas estruturalmente, e com isso, não responsabilizando-o pela sua condição socioeconômica.

O acompanhamento da frequência escolar é realizado bimestralmente e quando é identificado problemas de evasão escolar, a profissional da educação e a de Serviço Social trabalham juntas para buscar soluções e realizar os encaminhamentos necessários para garantir o direito à proteção das crianças e/ou adolescentes.

O acompanhamento da condicionalidade da saúde do município de Florianópolis é realizado pelo SISVAN que encaminha os relatórios de acompanhamento a cada unidade de saúde e depois informa via sistema ao Governo Federal. Esse acompanhamento é realizado semestralmente através de encontros entre os profissionais da saúde e o SISVAN.

Buscando uma maior aproximação e articulação com a condicionalidade da saúde, a gestora do programa Bolsa Família de Florianópolis vem participando desses encontros, bem como de encontros com os profissionais da saúde que trabalham diretamente com os usuários do Programa, no intuito de informar o funcionamento e as condicionalidades do Programa e assim, estabelecer as primeiras aproximações com a política de saúde.

Foi possível observar a importância dessa aproximação para estabelecer uma articulação entre os profissionais do programa e os profissionais da saúde, tendo a clareza de que é um pequeno passo pelo caminho a ser trilhado na busca por uma articulação eficaz, na perspectiva da universalização da proteção social, com a satisfação desmercadorizada das necessidades básicas, que substantivam os direitos sociais na sua totalidade.

Mesmo buscando estratégias de efetivação de direitos, a saúde, na realidade, na sua contraditória consolidação como direito universal, sofre a disputa com os serviços privados e lucrativos de saúde corporativa. Afirma-se como opção àqueles



que não podem ou não querem pagar, mas ainda é caracterizada pelos serviços efetivamente públicos como um atendimento precarizado e focalizado.

Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (CFESS, 2009, p. 11).

Com essa problemática abordada sobre a consolidação dos direitos e as condicionalidades do Programa Bolsa Família, abordaremos na terceira sessão a análise da contradição da lógica da condicionalidade da saúde a partir da visão dos próprios beneficiários.

### **3 A CONDICIONALIDADE DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA CONTRADITÓRIA DE GARANTIA DE DIREITOS: A PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS MORADORAS DA REGIÃO CENTRAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.**

O município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, possui, segundo dados do IBGE de 2008, uma população total de 402.346 mil habitantes e apresenta um dos melhores índices sociais do país. Apesar da capital atraente para as especulações turísticas, a realidade de Florianópolis também mostra situações de vulnerabilidade social, "sobretudo com o crescimento desordenado da cidade, com ocupações de encostas, mangues e áreas de preservação ambiental." (MARTINS, 2008, p. 85).

A condicionalidade da saúde é critério obrigatório para o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família, como já enfatizado. O descumprimento acarreta diversas punições desde a advertência, o bloqueio, até o cancelamento do benefício, possivelmente. Como analisa Rodrigues (2008), "ainda que diretamente associada a uma questão fundamental de cidadania, que é o acesso à renda, a

possibilidade de sua perda, por não cumprimento das condicionalidades, dificulta seu reconhecimento como um direito". (RODRIGUES, 2008, p. 231).

Buscando compreender melhor como se processa a articulação do PBF com a condicionalidade da política de saúde é que realizamos uma pesquisa exploratória com as famílias, especialmente as que tiveram seus benefícios bloqueados no mês de março de 2009.

Para tanto, recorreremos aos dados da base do CadÚnico, do mês de junho de 2009, tendo em vista analisar as especificidades das famílias entrevistadas, para conhecer melhor a realidade das entrevistadas.

Posteriormente, analisamos o questionário realizado com as famílias (Anexo I), para descobrir as razões que levaram ao descumprimento das condicionalidades, particularmente àqueles localizadas no âmbito da política de saúde, por meio de uma pesquisa exploratória, realizada com 16 famílias residentes da região central do município de Florianópolis, para, além de compreender os motivos que levaram as famílias a descumprirem a condicionalidade da saúde, inquirir se essas condicionalidades são capazes de se efetivar como um direito.

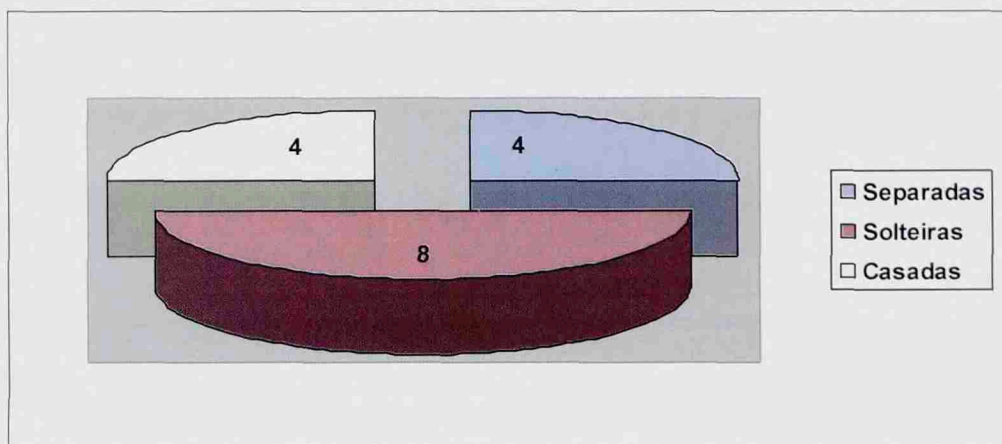
### 3.1 AS FAMÍLIAS RESIDENTES DA REGIÃO CENTRAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: ALGUMAS ESPECIFICIDADES.

A inclusão das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família é realizada através do sistema do Cadastro Único do Governo Federal, sendo este, um "instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda (...)." (BRASIL, 2007).

Os dados do CadÚnico são sigilosos, podendo ser usados apenas para a formulação e gestão de políticas públicas e para a realização de estudos e

pesquisas. Todavia, como é este o caso, para observar as especificidades das famílias entrevistadas, utilizamos a base do CadÚnico de junho de 2009.

No gráfico1, verifica-se a predominância de mulheres separadas e solteiras, representando o total de 12 das entrevistadas, ou seja, famílias monoparentais.



**Gráfico 1** – Estado Civil dos Responsáveis  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

Como já identificado, “as famílias nucleares, ou seja, casais com filhos, ainda são os arranjos familiares predominantes no Brasil, porém nas duas últimas décadas ocorreu uma queda em seu índice chegando a 53,3% das famílias. Dessa forma, quase 50% são outros tipos de arranjos familiares.” (SANTOS, 2008 apud LIMA, 2006, p. 49).

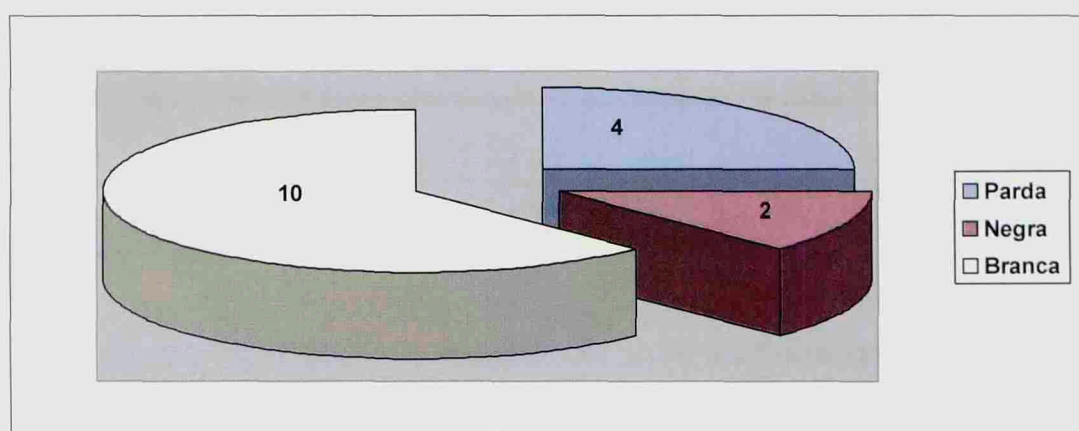
Não se tem uma definição de família concreta, o conceito é amplo e podemos considerar uma família a partir de um grupo de pessoas que possui afinidades consangüíneas. Os arranjos familiares vêm se modificando de acordo com a transformação societárias. De acordo com a PNAS/2004:

O grupo familiar pode ou não se mostrar capaz de desempenhar suas funções básicas. O importante é notar que esta capacidade resulta não de uma forma ideal e sim de sua relação com a sociedade, sua organização interna, seu universo de valores, entre outros fatores, enfim, do estatuto mesmo da família como grupo cidadão. Em conseqüência, qualquer forma de atenção e, ou, de intervenção no grupo familiar precisa levar em conta

sua singularidade, sua vulnerabilidade no contexto social, além de seus recursos simbólicos e afetivos, bem como sua disponibilidade para se transformar e dar conta de suas atribuições. (BRASIL, 2004b, p. 35).

O Programa Bolsa Família considera como família, todas as pessoas que residem no mesmo local, cadastrando todos no CadÚnico e exigindo o acompanhamento das condicionalidades.

Em relação à etnia das famílias entrevistadas observamos a predominância de pessoas brancas como pode ser observado no gráfico 2.



**Gráfico 2 – Cor/Etnia dos Responsáveis**  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

De acordo com as pesquisas do IBGE, a predominância de pessoas da cor branca se dá pela imigração dos europeus, podendo ser observado na Síntese de Indicadores Sociais do IBGE (2008) que temos o total de 49,4% de brancos no Brasil e de 86,6% em Santa Catarina, caracterizando essa imigração.

O processo migratório é bem visível nas grandes capitais hoje, principalmente de famílias que saem do interior em busca de possível inserção no mercado de trabalho e melhores condições de vida. De acordo com a PNAS/2004:

Os municípios de médio e grande porte passaram a ser produtores e reprodutores de um intenso processo de precarização das condições de vida e de viver, da presença crescente do desemprego e da informalidade, de violência, da fragilização dos vínculos sociais e familiares, ou seja, da produção e reprodução da exclusão social, expondo famílias e indivíduos a situações de risco e vulnerabilidade. (BRASIL, 2004b, p. 44).

É possível observar esse processo na tabela 3, que o total de 63% das famílias entrevistadas não são naturais de Florianópolis, mostrando um processo migratório para a capital.

A capital é sempre vista como um lugar mais promissor para conseguir emprego e se estabilizar, assim, as famílias muitas vezes saem do interior em busca de melhores condições de vida, sem muitas vezes ter o conhecimento da competitividade, da precarização do trabalho e de moradia que existem em uma capital.

**Tabela 2 – Origem dos Responsáveis**

<b>Origem</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentagem</b>
Concórdia /SC	1	6.3%
Cerro Negro/SC	1	6.3%
Florianópolis/SC	6	37%
Morro da Fumaça/SC	1	6.3%
Quitandinha/PR	1	6.3%
Canoas/ RS	1	6.3%
Rio Pardo/RS	1	6.3%
Lages/SC	1	6.3%
Quilombo/SC	1	6.3%
Criciúma / SC	1	6.3%
Coronel Vivida/PR	1	6.3%

Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

Portanto, as famílias chegam à capital e ao se depararem com o desemprego, com a precarização do trabalho, com o alto custo de vida e por não terem onde morar acabam tendo que se adequar a lugares sem infra-estrutura como as favelas.

Essa é a importância das políticas públicas analisarem a realidade de cada território, pois é nesse cenário que apresenta as expressões de uma sociedade marcada pela exploração.

Assim, a operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política. Trabalhar em rede, nessa concepção territorial significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada. (CARLOS, 2005. p. 48).

A análise abordada mostra a importância das políticas trabalharem articuladas com base no território, ou seja, compreender a realidade do sujeito, por isso há uma necessidade dos CRAS estarem articulados com diversos programas sociais, como o Bolsa família, pois ele está inserido no território e no cotidiano das famílias e deve prezar essa mediação entre os sujeitos e o acesso aos direitos.

Na tabela 3, é possível observar que 88% das famílias entrevistadas possuem no máximo 3 filhos, ou seja, a taxa de fecundidade vem diminuindo com o passar dos anos.

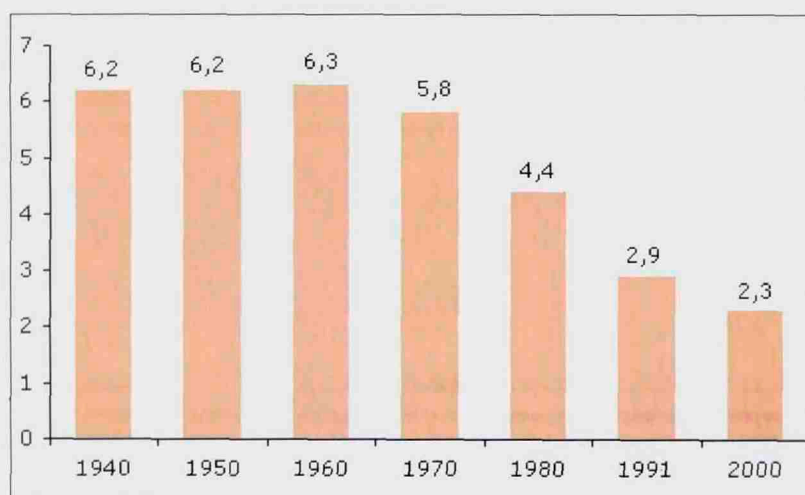
**Tabela 3 – Número de Filhos**

<b>Números de filhos</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentagem</b>
1	4	25%
2	4	25%
3	6	38%
4	1	6%
5	1	6%

Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE (2008), “Em 2007, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) foi de 1,95 filhos. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas.” (IBGE, 2008).

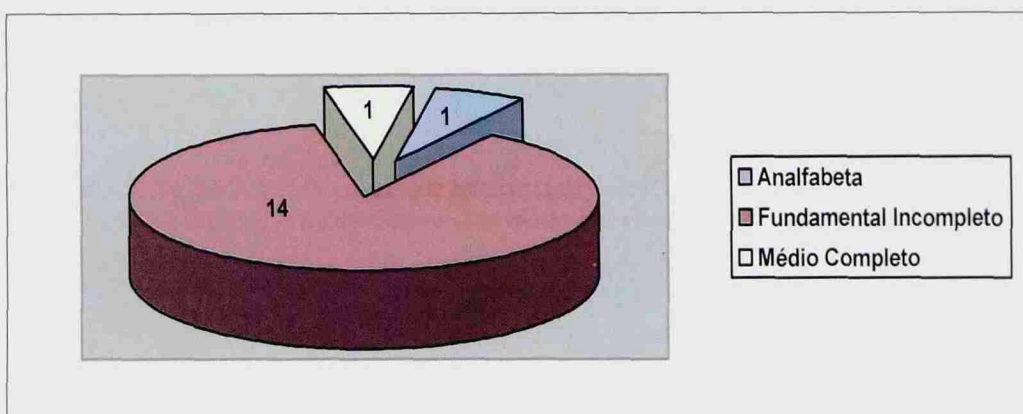
No gráfico 3, tem-se a queda da taxa de fecundidade no Brasil de 1940 a 2000, que ocorre devido as mudanças ocorridas na sociedade brasileira, pelo acesso das mulheres no mercado de trabalho e até pelas novas tecnologias de contraceptivos.



**Gráfico 3** – Taxa de Fecundidade no Brasil 1940/2000

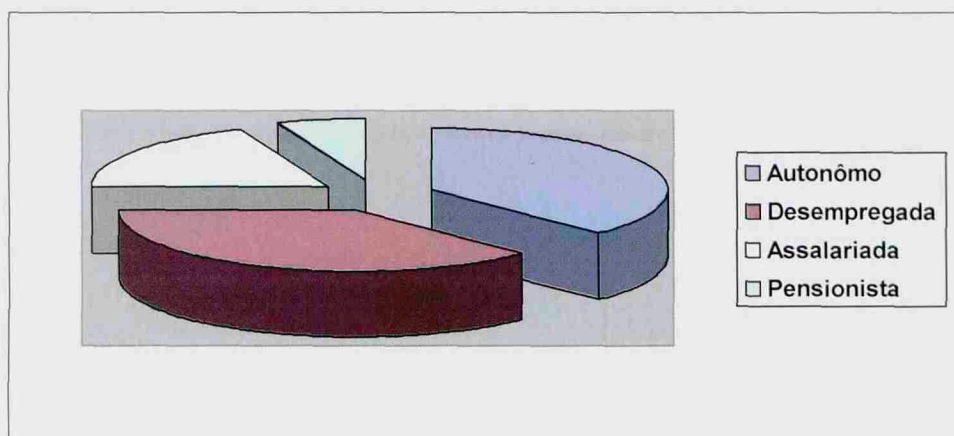
Fonte: IBGE – Síntese de Indicadores Sociais, 2008.

O gráfico 4 mostra a qualificação escolar dos responsáveis legais, em que 88% das entrevistadas possuem no máximo o ensino fundamental incompleto, 6% são analfabetas e 6% conseguiram concluir o ensino médio.



**Gráfico 4** – Escolaridade dos Responsáveis  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria.

A educação é um direito social garantido na Constituição Federal de 1988, sendo essencial para a construção de uma sociedade mais justa. Mas esse direito é violado com o capitalismo perverso ao qual estamos inseridos, onde muitas vezes o acesso à educação é deixado de lado para a inserção no mercado de trabalho.



**Gráfico 5** – Situação no Mercado de Trabalho dos Responsáveis  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

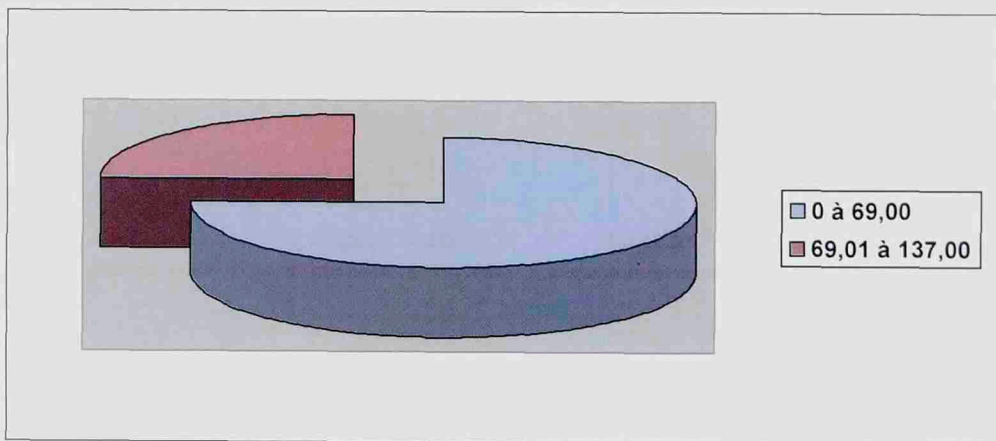
Observa-se no gráfico 5 que somente 3% das entrevistadas estão inseridas no mercado formal de trabalho, que 38% estão desempregadas, vivendo apenas com ajuda e trabalhos temporários e 38% são autônomas, ou seja, trabalham de forma precarizada, sem direitos trabalhistas.



O trabalho informal é uma estratégia das famílias para poder sobreviver, sendo a exploração uma característica desta e que futuramente essas famílias não terão direito a aposentadoria, ou seja, precisarão do apoio das políticas sociais para viver. Segundo Lira (2006)

O “estar na informalidade” pode representar um custo social extremamente alto que, nos dias atuais, se agrava à medida que aumenta a parcela da população trabalhadora inserida em ocupações que se caracterizam pela negação de direitos trabalhistas e elevado grau de exposição a situações de vulnerabilidade (como enfermidades, acidentes, velhice). (LIRA, 2006, p. 146).

O trabalho informal faz com que as famílias fiquem muito vulneráveis em relação à renda, já que não possuem renda garantida no final do mês, vivendo da exploração e da instabilidade.



**Gráfico 6** – Renda Per Capita  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

Como a maioria das famílias está desempregada ou inserida no mercado informal, observamos no gráfico 6 que 75% das famílias estão em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda per capita de até R\$ 69,00.

A divisão desigual da riqueza faz com que os sujeitos tenham que se submeter à precarização do emprego como meio de sobrevivência, é nessa vulnerabilidade de vida ao qual estão inseridos que os programas de transferência de renda tornam-se importante nas vidas das famílias.

O Programa Bolsa Família como um programa de política social, possui um impacto importante na vida das famílias, mais ele não garante a equidade e universalidade, se caracterizando por ser extremamente focalizado, com valores irrisórios, não sendo de impacto para as desigualdades presentes na sociedade.

Esses dados não são representativos nem podem ser generalizados, serviram para enriquecer a pesquisa exploratória, para compreender um pouco a realidade das famílias entrevistadas.

### 3.2 O BOLSA FAMÍLIA COMO DIREITO SOCIAL: A PERSPECTIVA DOS SUJEITOS.

Dentre as famílias entrevistadas obtivemos o percentual total de 100% de mulheres responsáveis pelos benefícios, com idades que variam de 27 à 47 anos, mesmo porque o programa sempre visa colocar a mulher como responsável do cadastro. Segundo Santos (2008)

De acordo com a capacitação do SUAS, o motivo da maioria das mulheres estarem como responsáveis para receberem os benefícios dos programas de transferência de renda, é em razão dos próprios programas reconhecerem e reforçarem a importância do papel da mulher na família. Segundo o mesmo, estudos mostram que as mulheres administram melhor os recursos financeiros para toda a família, sendo ela que faz as melhores escolhas sobre onde e em que aplicar melhor os recursos, de forma que todos na residência possam ser beneficiados, fortalecendo assim, o papel da mulher na família e na comunidade. (SANTOS, 2008, p. 48).

Não podemos esquecer que essa visão da mulher como responsável pela família é o resultado de uma sociedade em que a relação de gênero ainda é muito presente, onde culturalmente as mulheres devem ser exclusivamente responsáveis por toda a família, Teixeira Rodrigues (2008) afirma que:

Ainda que tenha ocorrido uma resignificação da maternidade, em contextos históricos específicos, e uma revalorização da conduta maternal associada culturalmente às mulheres, via ética do cuidado e a maternagem, a incorporação e vigência da instituição maternal, tem, principalmente, legitimado a responsabilização exclusiva das mulheres pelo cuidado dos filhos, estendendo-a, muitas vezes, para o cuidado de todos os membros da

família, em detrimento, muitas vezes de si próprias. (TEIXEIRA RODRIGUES, 2008, p. 238).

É possível identificar uma sobrecarga na responsabilidade da mulher, diante de uma cultura machista na qual estamos inseridos, em que a mulher precisa cuidar da casa, dos afazeres domésticos, da família e ainda trabalhar fora para garantir o sustento da família.

As condicionalidades acabam sendo mais uma responsabilidade que a mulher tem que assumir, mas que, contraditoriamente, podem atuar na valorização da autonomia da mulher. Nos estudos de Teixeira Rodrigues (2008), questiona sobre os motivos das mulheres serem as responsáveis pelos benefícios, e as beneficiárias apontaram como principais razões o fato das mulheres cuidarem mais, administrarem melhor, necessitarem mais, além de serem mais responsáveis, reafirmando uma realidade totalmente voltada para o cuidado dos filhos e da casa.

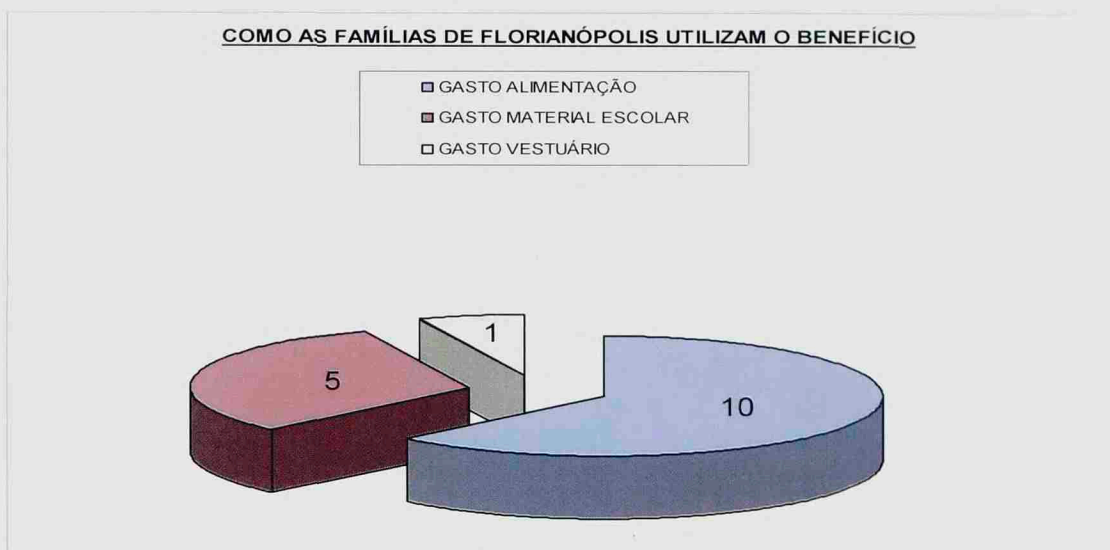
É possível perceber que a mulher se enxerga como responsável pelas atividades domésticas, construindo uma identidade que é vista até pelos próprios profissionais do programa que acreditam que a mulher, por ser mãe, utilizaria melhor o benefício em prol dos filhos.

Percebemos o desafio que o programa deve enfrentar para fomentar projetos capazes de potencializar essas mulheres, contribuindo para sua autonomia, com educação e capacitação para a inserção no mercado de trabalho e a garantia de uma renda confiável que proporcione sair da situação de pobreza.

Todas as beneficiárias entrevistadas vêem o Programa Bolsa Família como uma ajuda e não como um direito, mesmo possuindo a consciência de que é insuficiente para garantir suas necessidades básicas, elas relatam que “apesar de ser pouco é melhor do que nada”.

Percebemos que a situação de excluído e de ter que comprovar a necessidade do benefício, o sujeito não se identifica como cidadão que possui direitos, “nestas circunstâncias, a assistência, apreendida como ajuda que recebem a contragosto e não como serviço a que tem direito reitera a condição de subalternidade em que vivem.” (YAZBEK, 2007, p.138).

O gráfico 7 mostra que a maioria das famílias utiliza o benefício para a compra de alimentos, mostrando que um dos direitos fundamentais do homem é violado.



**Gráfico 7**– Como as famílias de Florianópolis utilizam o benefício  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

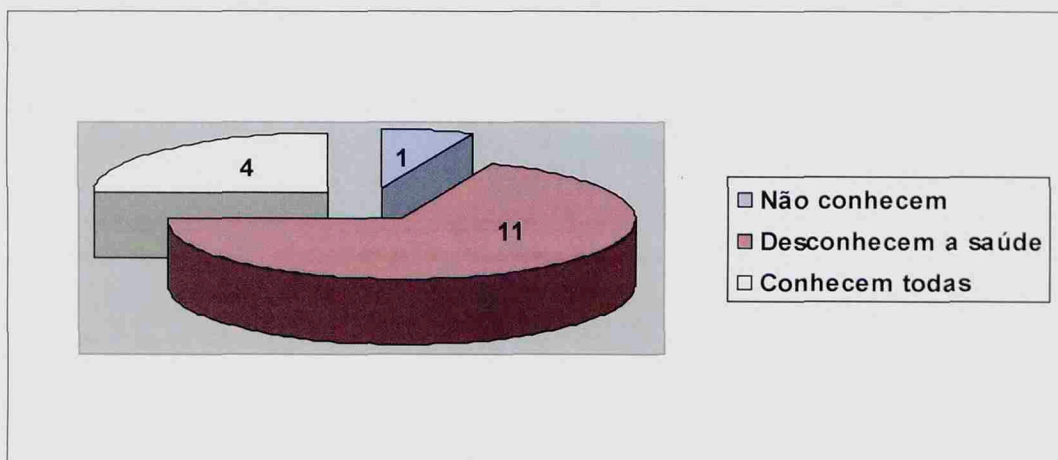
Segundo estudos de Silva e Silva, Yazbek e Giovanni (2008) o Programa Bolsa Família trouxe grandes avanços em termos da alimentação para as famílias brasileiras, em que, de acordo com a pesquisa, “a melhoria na qualidade e, em especial, na variedade dos alimentos disponíveis na unidade familiar foi expressiva para todas as regiões do Brasil e contempla a maioria das famílias. Esse é um aspecto relevante da mudança do padrão alimentar promovido pelo programa(…)” (SILVA e SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 90).

As famílias que gastam o dinheiro do benefício em material escolar relataram que o benefício é muito pouco e que o material está muito caro, impossibilitando a compra de livros e cadernos, dando apenas para o básico. E apenas uma família relatou que gasta com vestuário, dizendo que guarda o dinheiro para comprar roupas e calçados para os filhos.

Percebemos que na visão das famílias beneficiárias do programa esse benefício atua como uma complementação de renda para os gastos com as crianças, mas impossibilitando uma autonomia das famílias.

A pesquisa também mostrou que a maioria das beneficiárias recebia o antigo Bolsa Escola, que possuía o critério da renda e da frequência escolar. Sendo este o motivo de grande parte das famílias entrevistadas desconhecerem a condicionalidade da saúde como critério para o recebimento do Bolsa Família, além do fato de que a articulação com o SUAS ainda não ganha a densidade necessária.

Podemos analisar no gráfico 8, que a maioria das famílias desconhece a condicionalidade da saúde como critério do programa.



**Gráfico 8** – O conhecimento das famílias em relação aos critérios do programa  
Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

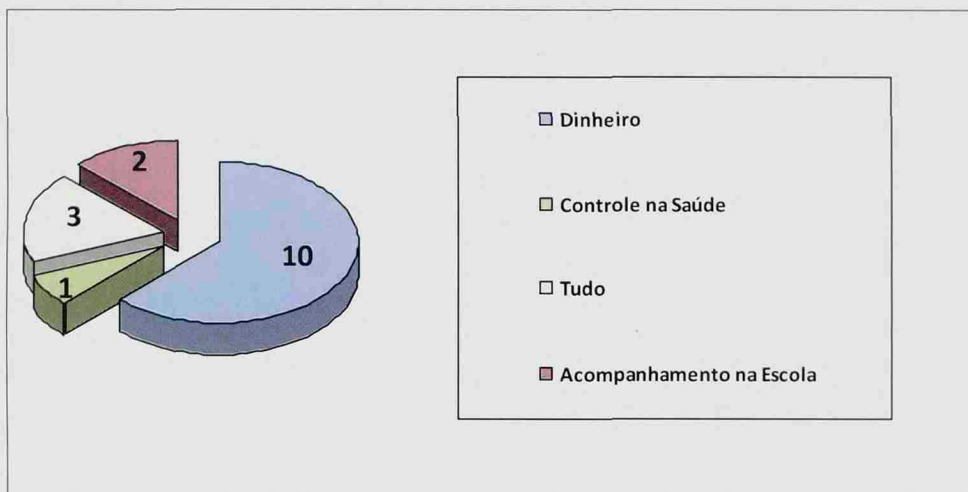
As famílias entrevistadas que tinham o conhecimento da obrigatoriedade da condicionalidade da saúde tiveram seus benefícios bloqueados, pois haviam mudado de residência e não atualizaram o cadastro na central de atendimento do Bolsa Família. Isso acontece por que a responsabilidade de acompanhamento das famílias cabe a unidade de saúde mais próxima do endereço que o usuário cadastrou ao se inserir no Programa. Como o usuário muda de endereço, a unidade de saúde perde o contato e logo a condicionalidade não é mais atendida.

Podemos observar que 75% das beneficiárias entrevistadas tiveram seus benefícios bloqueados por falta de informação, ou seja, as famílias são penalizadas por um processo burocrático complexo e a falta de ações efetivas. Diante da grande burocratização do programa e da demanda crescente, com a falta de pessoal para dar conta desse serviço, muitas vezes o fato de estar planejando ações efetivas na garantia dos direitos dos beneficiários tornam-se escassas.

Essa falta de ação efetiva acarreta os diversos bloqueios que ocorrem mensalmente no programa, penalizando a família por um problema que não é dela, mas da falta de efetividade nas realizações das condicionalidade do programa.

Foi possível observar nas entrevistas que famílias vêm no Programa Bolsa Família algo positivo em suas vidas e que a complementação de renda ajuda até durante a falta de serviços, no caso de trabalho temporário e/ou desemprego

Podemos analisar no gráfico 9 que as famílias vêm o repasse do dinheiro como o ponto positivo do programa, uma vez que nos relatos foi possível observar que o dinheiro é um complemento na renda principalmente pelo trabalho informal que, obviamente não é algo estável nem com remuneração suficiente.



**Gráfico 9 – Pontos positivos do PBF**  
 Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

É nessa sociedade onde o mercado não garante o direito à renda às famílias, que os programas de transferência de renda se tornam importantes nas vidas das beneficiárias e analisadas como algo positivo.

Os impactos econômicos sociais gerados nas famílias atendidas, assim como nos municípios, sinalizam os contornos da referida centralidade que vem adquirindo a Assistência Social. É sabido que, na maioria dos casos, os benefícios pagos pela política de assistência social, através dos programas de transferência de renda, acabam assumindo um importante peso na renda, quando não, a única fonte de renda das muitas famílias nas localidades longínquas do Brasil. (MOTA, 2008. p. 154).

Apesar da fragmentação e da focalização, os programas de transferência de renda tornam-se importantes na vida dos sujeitos, significando uma garantia de renda que lhe é negada no sistema liberal, de competitividade e de falta de oportunidades.

Foi possível observar na pesquisa que poucas famílias comentaram sobre as condicionalidades como algo positivo do programa, sendo possível perceber que ela não se efetiva como um impacto positivo para as famílias, apenas como um critério de permanência no programa.

Durante a entrevista com as beneficiárias, que grande maioria relata casos de alguém que não precisa receber o benefício e está recebendo, dentre as famílias

entrevistadas 5 (cinco) apontaram como ponto negativo a falta de fiscalização e 5 (cinco) não apontaram nada como negativo.

É possível perceber essa falta de fiscalização diante das dificuldades que se apresentam no programa, como a falta de profissionais para dar conta de uma grande demanda. Outra questão é que o Governo Federal realiza as conhecidas RAIS - Relação Anual de Informações Sociais, que faz um cruzamento de dados com o Ministério do Trabalho e com o INSS – Instituto Nacional de Segurança Social para verificar se as famílias estão dentro dos critérios do programa. Caso a renda esteja superior esse benefício é bloqueado.

Portanto essa fiscalização é aparentemente “eficiente” no programa, o problema é que hoje muitas pessoas estão inseridas no mercado informal de trabalho e dependeria de mais profissionais para fiscalizar toda a demanda do programa.

O Programa Bolsa Família de Florianópolis possui uma demanda de 12.000 cadastrados e apenas duas assistentes sociais para acompanhar e fiscalizar, onde se torna impossível o acompanhamento de todas as famílias. Mesmo com toda essa dificuldade a assistente social do programa realiza visitas domiciliares diariamente para acompanhar *in loco* a realidade dos usuários.

Nos parâmetros estabelecidos pelo CFESS, é dito que a atuação do assistente social na demanda da realidade deve pautar-se numa perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sócio-econômicos e culturais das desigualdades sociais. Diante disto estabelece que a intervenção profissional deva ser:

Orientada por esta perspectiva crítica pressupõe a assunção, pelo(a) profissional, de um papel que aglutine: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e



organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os(as) trabalhadores(as), de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos. (CFESS, 2007 p.19)

É importante ressaltar que a participação popular é um desafio presente no SUAS, onde o usuário deve estar participando ativamente no exercício do controle social, mas a realidade é que muitas vezes o usuário não tem esse conhecimento.

A pesquisa realizada com as beneficiárias do programa constatou que 100% das entrevistadas desconhecem a Política Nacional da Assistência Social e o direito de participar do controle do programa.

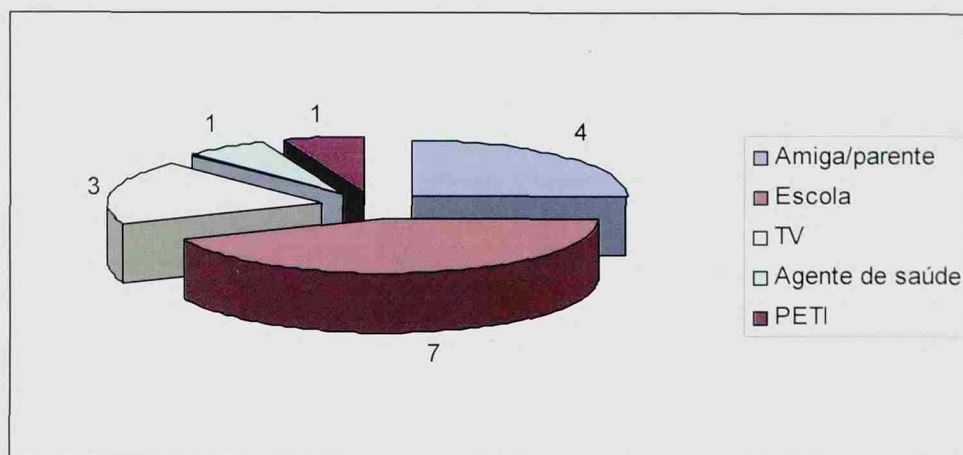
Com a falta de participação popular e de articulação entre as diferentes políticas é que nos deparamos com as políticas sociais fragmentadas, incapazes de garantir o direito do usuário.

Durante a pesquisa foi possível observar essa fragmentação da política de assistência social, onde das 16 entrevistas, 12 não são famílias acompanhadas pelo CRAS e das 3 acompanhadas pelo CRAS somente recebem cesta básica.

As famílias entrevistadas mostraram o quanto as políticas ainda estão longe de um processo emancipatório das famílias, agindo muitas vezes nas demandas emergenciais e de forma precarizada.

Podemos perceber que o CRAS ainda encontra-se muito distante na busca da autonomia das famílias, agindo muitas vezes no imediatismo, por não ter condições técnicas, recursos financeiros e humanos para alcançar a totalidade da população.

A maior parte das entrevistadas tiveram o conhecimento sobre o programa na época do Bolsa Escola, onde o cadastro era realizado na própria escola, como podemos analisar no gráfico 10.



**Gráfico 10** – Como as beneficiárias conheceram o PBF

Fonte: CadÚnico. Elaboração própria

O antigo Bolsa Escola visava somente o acompanhamento da condicionalidade na educação e o critério da renda, somente com a unificação dos programas já existentes, constituindo a criação do programa Bolsa Família é que a condicionalidade da saúde passou a ser adotada.

Como as famílias entrevistadas tinham os seus cadastros sem atualização, não foram informadas sobre o funcionamento das condicionalidades, o que acabou ocasionando o bloqueio dos benefícios.

Muitas famílias ainda desconhecem a unificação para o Bolsa Família, acreditando estar recebendo o antigo Bolsa Escola, mostrando que a unificação dos programas que tinha entre os objetivos “garantir maior agilidade na liberação do dinheiro, reduzir a burocracia e melhorar o controle dos recursos” (WEISSHEIMER, 2006, p. 25), realizou-se de forma fragmentada, não informando corretamente os beneficiários das modificações ocorridas.

As demais entrevistadas tomaram conhecimento do benefício através de vizinhas e parentes que se cadastraram e as informaram; do chamado da televisão realizado pelo Governo Federal; por agente de saúde e; no caso de uma família migrou do PETI para o Bolsa Família.

A condicionalidade da saúde é critério obrigatório para as famílias receberem os benefícios, por isso a importância da articulação entre o programa Bolsa Família e as unidades de saúde, para se efetivar como uma ação concreta.

É possível perceber que a condicionalidade da saúde não se efetiva como garantia de direito do beneficiário, mas pelo contrário, ela se efetiva por uma forma desarticulada, sem informação por parte da gestão e por penalizar o sujeito pelo não cumprimento.

A saúde passa por diversas modificações, como o processo de mercantilização com a privatização da saúde e consolidando-se como espaço aos que não tem acesso ao sistema privado.

Buscando analisar o funcionamento nas unidades de saúde, principalmente no que se refere ao acompanhamento da condicionalidade da saúde, questionamos as famílias sobre os atendimentos nas unidades e se existe alguma informação sobre esse acompanhamento.

Podemos observar no gráfico 10, que a maioria das famílias afirmaram não ter nenhuma informação sobre esse acompanhamento nas unidades de saúde, e dentre as falas das beneficiárias teve uma que chamou a atenção dizendo que “tem um informativo no mural, mas tem pessoas que não sabem ler.” (Marlene, 2009)

Essa fala nos faz perceber que a condicionalidade ainda não é capaz de se concretizar e ainda está muito fragmentado, muitas vezes chegando a prejudicar o benefício da família.

É necessário que os profissionais estejam sempre buscando meios de efetivar o direito do usuário é a partir dessa busca que o município de Florianópolis está procurando interagir com as unidades de saúde através de reuniões semestrais com

os enfermeiros chefes das unidades locais de saúde e com os agentes de saúde, buscando informar sobre a importância desse acompanhamento com as famílias.

Esse primeiro contato que o Programa Bolsa Família de Florianópolis está realizando com os profissionais da saúde é um pequeno passo de uma caminhada que deve ser contínua, lutando para que a condicionalidade se efetive como um meio de garantia de acesso ao usuário.

O SUS tem entre seus princípios e diretrizes a universalidade do acesso e o que vemos é um acesso restrito, com falta de médicos e equipes despreparadas para atender as famílias que necessitam desse serviço. De acordo com os parâmetros do CFESS (2009):

Identifica-se a persistência de notórias dificuldades no sistema, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde. (CFESS, 2009, p.10).

As famílias do Programa Bolsa Família são famílias que possuem muitas necessidades sociais e que já possuem seus direitos básicos negados e que luta a cada dia contra sua situação de subalternizado.

A pesquisa mostrou o lado contraditório, onde de um lado busca-se garantir o direito e de outro, penaliza-se as famílias com estratégias coercitivas que não levam em conta as fragilidades de um sistema de seguridade social até hoje incapaz de garantir o acesso efetivo ao direito à renda das famílias.

É necessário que as políticas sociais públicas se desenvolvam articuladamente, buscando a efetivação dos direitos, informando os usuários sobre a importância de lutar e participar dessa construção. Os sujeitos são os principais

protagonistas das políticas e devem participar do debate para a construção de estratégias de enfrentamentos dos problemas presentes nessa política.

O trabalho em rede se faz necessário diante das políticas focalizadas, servindo como uma estratégia para enfrentar o singular e buscar atender a demanda como um todo.

Além da importância dessa relação com as demais políticas, é necessária uma maior relação com o sujeito, descobrindo suas demandas e buscando estratégias conjuntas para a superação do ciclo da pobreza.

Paiva e Martins (2008) afirmam que:

O trabalho sócioeducativo pode, assim, estruturar-se a partir do diálogo com as famílias, definindo eixos temáticos e estratégias de ação que venham contribuir efetivamente na construção de um processo emancipatório e de transformação da realidade social excludente.(MARTINS; PAIVA, 2008, p. 20).

O profissional de Serviço Social trabalha de forma singular e desafiadora com a subjetividade, sendo esta a responsável em recuperar a construção de sua história, atuando no favorecimento da coletivização das demandas e lutas, bem como no reforço de uma subjetividade mais soberana, que seja capaz de contribuir para uma atitude mais crítica e politizada, a partir de uma cultura efetivamente cidadã e com grau crescente de conscientização de seus direitos e fortalecidos para lutar por estes.

Portanto, os limites devem ser vistos como um desafio possível, lutando por uma democracia participativa, em que a sociedade possa participar ativamente na construção da universalidade dos direitos dos cidadãos. De acordo com os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. (CFESS, 2009), a articulação do Serviço Social na política de saúde se faz necessário, pois

(...) compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que

efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO, 1999; Bravo; Matos, 2001 apud CFESS, 2009, p.14).

A pesquisa mostrou que a condicionalidade da saúde não se efetiva como uma garantia de direito do cidadão, mas que ela assume somente um papel de critério, de responsabilizar os indivíduos no acompanhamento na saúde.

Diversos são os fatores que levam a essa negação do direito, tanto na precarização da saúde como na falta da intersetorialidade entre as diferentes políticas.

Foi possível perceber a importância da gestão do programa planejar ações para a efetividade das condicionalidades, assim como participar de uma luta constante, junto aos beneficiários do programa, por uma política universal e que garanta uma autonomia às famílias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso buscou analisar as contradições do Programa Bolsa-Família, a partir da lógica da condicionalidade da saúde no município de Florianópolis, compreendendo os motivos que levam às famílias a “descumprirem” a condicionalidade, analisando a articulação existente entre as políticas e observando como se identifica o direito à renda.

As conquistas dos direitos sociais tendo como base a Constituição Federal de 1988 trouxeram como avanço o tripé da seguridade: saúde, assistência social e previdência social, sendo a saúde direito de todos e dever do Estado, a previdência para quem contribuir e a assistência social para quem dela necessitar.

Foi possível observar que a previdência, por ser uma política contributiva, foi a política com grande destaque na ampliação dos direitos sociais, já a saúde e a assistência social desenvolveram-se de forma focalista e precarizada, por serem políticas não-contributivas.

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por alguns avanços dos direitos sociais, mas as políticas respondem ao interesse de amenizar as expressões da questão social e não de prover justiça social, como sabemos. A inserção de programas com critérios restritivos, como os Programas de Transferência de Renda, reforçam exemplarmente estes determinantes.

O debate nacional sobre os Programas de Transferência de Renda no Brasil inicia-se na década de 1990, mas somente com a criação do Programa Bolsa Família é que se tem um programa de grande visibilidade social e totalmente financiado pelo Governo Federal.

Os Programas de Transferência de Renda são medidas da política de assistência social, embora não reconhecidamente, voltados para amenizar a

pobreza extrema presente no país, portanto não são implementadas para serem universais, mas para atender quem comprovar não ter condições de suprir suas necessidades básicas, no campo do combate à fome, e como parte das ações de segurança alimentar.

Além de comprovar sua renda, as famílias têm a obrigação de cumprir as condicionalidades exigidas pelo programa, onde “os pobres que são credores de uma enorme dívida social acumulada, têm de oferecer contrapartida aos seus devedores, quando estes se dispõem a saldar parcelas ínfimas dessa dívida.” (PEREIRA, 2003, p. 3).

A pesquisa buscou analisar a condicionalidade da saúde do programa Bolsa família, verificando o caráter contraditório desta medida, tida como uma estratégia para garantir o direito à renda para as famílias.

Primeiramente, analisamos através do CadÚnico algumas especificidades das famílias residentes na região central do município de Florianópolis, para verificar qual o perfil das famílias entrevistadas.

Dentre algumas especificidades podemos observar que a maioria das entrevistadas são mulheres vindas de outros municípios, que criam seus filhos sozinhas sem presença de companheiro; que estão inseridas no mercado informal de trabalho; que a escolaridade é até o ensino fundamental incompleto e; que a renda per capita se enquadra na situação de extrema pobreza considerada pelo programa, ou seja, de até R\$69,00 per capita.

Portanto, as famílias entrevistadas vivem em situação de grande desproteção, com suas necessidades sociais básicas insatisfeitas. Com tudo isso, tiveram seus benefícios bloqueados no mês de março/2009, por descumprirem a condicionalidade da saúde.



A pesquisa exploratória *in loco* mostrou que 75% das famílias entrevistadas não conheciam a condicionalidade da saúde, já que a grande maioria são famílias pertenciam ao antigo Programa Bolsa Escola e não realizaram o cadastramento, ou seja, conheciam apenas a condicionalidade da educação.

Podemos perceber que esse é um problema presente no programa, pois as famílias tiveram seus benefícios bloqueados por falta de informação por parte do programa, ou seja, a família foi penalizada com seu direito negado naquele mês, pela ineficácia institucional, portanto, por algo que não pode ser responsabilizada.

Percebemos a importância da articulação entre a política da saúde e a da assistência social, buscando estratégias para garantir o direito do beneficiário para melhor a informação sobre o acompanhamento da condicionalidade, construindo medidas e soluções para que a condicionalidade se efetive como uma garantia de direito.

Foi possível observar na pesquisa que 62% das famílias utilizam o benefício para compra de alimentos, portanto, ressaltando a importância do benefício para as famílias conseguirem suprir parcialmente suas necessidades básicas, mesmo que seja um benefício irrisório que não é capaz de emancipar economicamente as famílias e, que as mesmas continuarão a viver uma realidade marcada pela desproteção e pela pobreza.

A pesquisa contribuiu para mostrar a importância dos Programas de Transferência de Renda na vida dos sujeitos, por isso, torna-se necessário a luta contínua em nossa sociedade, com forte participação da categoria dos assistentes sociais, na luta pela universalização da seguridade social, com acesso efetivo às políticas públicas e suas medidas, por meio da organização coletiva na garantia do direito pleno do cidadão. Nesse sentido, a articulação entre as políticas sociais pode

ser um caminho inicial e decisivo para o fortalecimento das estratégias de construção de garantias sociais para que cada família e seus indivíduos possam ser atendidos na totalidade das suas necessidades básicas e direitos, em um tempo de maior democracia e igualdade.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, Nadia Oliveira de. **Fatores determinantes frente à demanda reprimida no programa bolsa família de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. In: Revista da Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo: Editora da USP, v.30, n.3, p.380-398, dez. 1996. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf>> Acesso em 12 abr. 2009.

BOSCHETTI, Ivanete *et al.* **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Lei que regulamenta a política de Saúde. 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em 10 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei n. 8742, 8 de dezembro de 1993. Lei que regulamenta a Política de Assistência Social. 1993. Disponível em <<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/LOAS.pdf>> Acesso em 10 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 44/2004 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS; Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, novembro de 2004b.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.836**, de 09 de Janeiro de 2004. Lei que cria o Programa Bolsa Família. 2004c. Disponível em <[http://bolsafamilia.datasus.gov.br/documentos\\_bfa/Lei\\_Bolsa\\_Familia\\_10\\_836\\_09\\_01\\_2004.pdf](http://bolsafamilia.datasus.gov.br/documentos_bfa/Lei_Bolsa_Familia_10_836_09_01_2004.pdf)> Acesso em 09 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Termo de Adesão ao Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único de Programas Sociais**. Florianópolis, SC, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual de Gestão de Condicionalidade**. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Manual de Gestão de benefícios**. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos\\_do\\_Direitos\\_em\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf)> Acesso em 12 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Avaliação das políticas e programas do MDS: resultados: Bolsa família e Assistência Social**. Brasília, DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Guia para acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família**. 2007d.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Capacitação para Implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e do Programa Bolsa-Família – PBF**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. 2009. Disponível em <[http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pbf\\_informes/pbfinfo3.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pbf_informes/pbfinfo3.pdf)> Acesso em 30 abr. 2009.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A cidade**. (Repensando a geografia). 8 ed. São Paulo: Contexto. 2005.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos na Política de Assistência Social**. Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Serviço Social. Brasília: CRP/CFESS, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília: CFESS, 2009.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais**. 2008. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2008/indic\\_sociais2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2008/indic_sociais2008.pdf)> Acesso em 03 jun. 2009.

LIRA, Izabel Cristina Dias. Trabalho informal como alternativa ao desemprego: desmistificando a informalidade. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YAZBEK, Maria Carmelita. **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.

MARTINS, Valdete de Barros; PAIVA, Beatriz Augusto de. A implantação da Lei Orgânica da Assistência Social: uma nova agenda para a cidadania no governo Lula. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.73, 2003.

MARTINS, Valter. **O Processo de implementação e gestão do Programa Bolsa Família em Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

MESQUITA, Camile Sahb. **O Programa Bolsa Família: uma análise de seu impacto e significado social**. Dissertação (Mestrado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: \_\_\_\_\_. (org.). **O Mito da assistência social**. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2008. p.133-146.

\_\_\_\_\_. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

PAIVA, Beatriz Augusto de *et al.* Trabalho e questão social: o prisma latino-americano. In: **XI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**. São Luis. Anais Eletrônicos XI ENPESS. Recife: ABEPSS; ENESSO; Conjunto CFESS-CRESS, 2008.

PAIVA, Beatriz Augusto de; OURIQUES, Nildo. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? In: **Revista Katálysis**. Florianópolis, vol. 9, n. 2, p. 166 – 175, jul/dez 2006.

PEREIRA, Potyara A P. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In: CEAD. Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância da UNB. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 1 – Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: UNB/CEAD, 1999. p. 45-57.

\_\_\_\_\_. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Porque também sou contra a focalização das políticas sociais. Digitado. Brasília, 2003. *mimeo*

RODRIGUES, Marlene Teixeira. Equidade de gênero e transferência de renda: reflexões a partir do Programa Bolsa Família. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 220-241.

SANTOS, Cristina Gonçalves dos. O Perfil das famílias beneficiárias do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) da Região Sul de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008

SENNA, Monica de castro *et al.* O Programa Bolsa Família: uma nova institucionalidade no campo da política social brasileira. In: **Revista Katálysis**. Florianópolis, vol 10. n. 1, 86-94 jan/jun 2007.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira da. **Renda Mínima e Reestruturação Produtiva**. São Paulo. Cortez, 1997.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e, YAZBEK, Maria Carmelita. **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira da; YAZBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2008.

STEIN, Rosa Helena. Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e condicionalidade. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 196-219.

TALLES, Vera da Silva. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

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.

YAZBEK, Maria Carmelita. As Ambigüidades da Assistência Social Brasileira após 10 anos de LOAS. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXV, n. 77, p.11-29, mar. 2004.

YAZBEK, Maria Carmelita. Classes subalternas e assistência social. São Paulo: Cortez, 2007. p.138-148

## APÊNDICE

**Modelo da entrevista realizada com as famílias da região central que tiveram seus benefícios bloqueados em março/2009.****ROTEIRO DE ENTREVISTA COM BENEFICIÁRIOS DO PBF QUE ESTÃO COM O BENEFÍCIO BLOQUEADO POR DESCUMPRIMENTO NA CONDICIONALIDADE DA SAÚDE.**

ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2009

1) SEXO: ( )M ( )F

2) IDADE:

2) O que significa o Bolsa Família para você?

3) Você conhece as condicionalidades/critérios para permanecer no programa?

( )SIM ( )NÃO

QUAIS?

4) Quais os pontos do positivos programa?

5) Quais os pontos negativos do programa?

6) Como aconteceu o descumprimento de condicionalidade da saúde?

7) Você conhece a política de Assistência Social?

8) Você já foi atendida por algum CRAS?

9) Já foi atendido por algum outro setor da prefeitura da área da Assistência Social?

10) Como teve acesso ao PBF?

11) Como é o acompanhamento da prefeitura?

12) Como é o atendimento no posto de saúde?

13) No posto de saúde é informado sobre as condicionalidades do programa?

14) Uma sugestão para diminuir o bloqueio por condicionalidade da saúde?

**ANEXOS**



# Anexo A – Cálculo do IGD do município de Florianópolis



Destaques do governo



SECRETARIA NACIONAL DE RENDA DE CIDADANIA

Fazer Outra Pesquisa

## Informações Cadastro Único

UF: SC

Nome do Município: FLORIANOPOLIS

Código IBGE do Município : 4205407

Data de Referência

### INFORMAÇÕES GERAIS

População Total do Município	402.346	2008
Estimativa Famílias Pobres - Perfil Bolsa Família (PNAD 2006)	6.499	2008
Estimativa Famílias Pobres - Perfil Cadastro Único (PNAD 2006)	17.544	2008
Data de Adesão		28/10/2005
Gestão Municipal		

### CADASTRO ÚNICO

O CadÚnico é um instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda (aquelas com renda familiar per capita menor ou igual a meio salário mínimo). Dessa forma, o número de famílias cadastradas no CadÚnico é maior que a quantidade de famílias beneficiadas pelo PBF.

Total de Famílias Cadastradas*	13.732	30/4/2009
Total de Famílias Cadastradas - Perfil Bolsa Família**	9.732	30/4/2009
Total de Famílias Cadastradas - Habilitadas ao Bolsa Família***	2.830	30/4/2009
Total de Famílias Cadastradas - Perfil Cadastro Único****	11.026	30/4/2009
Número de Cadastros Válidos*****	7.319	30/4/2009
Número de Cadastros Atualizados a Partir de 03/2005	3.681	30/4/2009

### BENEFÍCIOS

Contemplam os benefícios liberados e bloqueados até o momento da geração da folha de pagamento, podendo não corresponder à situação mais recente dos benefícios.

Número de Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família	4.589	03/2009
--	-------	---------

### IGD

O valor do IGD foi calculado com o arredondamento de duas casas decimais para cada média que o compõe. As datas dos índices e valores se referem ao último IGD pago ao município

Índice de Validade dos Cadastros	1,00	04/2009
Índice de Atualização de Cadastro	0,49	04/2009
Índice de Condicionabilidade de Educação	0,84	04/2009
Índice de Condicionabilidade de Saúde	0,56	04/2009
IGD - Índice de Gestão Descentralizada no Mês	0,72	04/2009
Recursos Transferidos no Mês para Apoio à Gestão (R\$)	7.567,20	04/2009
Teto de Recursos para Apoio à Gestão (R\$)	10.510,00	04/2009

### ATENDIMENTO E FISCALIZAÇÃO

Número de atendimentos telefônicos realizados pela Central de Atendimento	0	03/2009
Número de atendimentos telefônicos ao gestor municipal pelo 0800	1	03/2009
Número de demandas de fiscalização não atendidas	0	03/2009

### IDF

O IDF é um índice sintético do nível de desenvolvimento das famílias e se restringe à população pobre que foi inscrita no CadÚnico pelos municípios. Por isso, o IDF não deve ser usado em comparações entre municípios, microrregiões, estados e regiões. A atualização do IDF ocorre semestralmente, pois há baixa variação mensal.

Indicador Sintético	0,61	07/2008
Vulnerabilidade Infantil	0,65	07/2008
Acesso ao conhecimento	0,46	07/2008
Acesso ao trabalho	0,31	07/2008
Disponibilidade de recursos	0,47	07/2008
Desenvolvimento Infantil	0,92	07/2008
Condição Habitacional	0,83	07/2008

\*O total de famílias cadastradas poderá, conforme a legislação do CadÚnico, incluir famílias que tenham renda familiar per capita maior que meio salário mínimo (R\$ 232,50). Isso explica a possível diferença de valores entre o total de famílias cadastradas e o total de famílias com perfil Cadastro Único.

\*\*Famílias com renda per capita mensal de até R\$ 137,00.

\*\*\*Famílias elegíveis ao programa bolsa família que possuem informações cadastrais válidas e atualizadas, conforme consta na Portaria 241/2008.

\*\*\*\*Famílias com renda per capita mensal de R\$ 232,50 (1/2 salário mínimo em 2008), incluídas o total de famílias cadastradas - perfil bolsa família.

\*\*\*\*\*Famílias que apresentam todos os campos obrigatórios do Formulário de Cadastro preenchidos integralmente por todos os membros. O responsável legal, de 18 anos ou mais, deve apresentar pelo menos um documento com controle de emissão nacional. (CPF e/ou título de eleitor).

**Anexo B – Lei de criação do Programa Bolsa-Família  
LEI N. 10.836 DE 9 DE JANEIRO DE 2004**

Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado, no âmbito da Presidência da República, o Programa Bolsa Família, destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades.

Parágrafo único. O Programa de que trata o caput tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação - Bolsa Escola, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA, criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde - Bolsa Alimentação, instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001, do Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e do Cadastramento Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001.

Art. 2º Constituem benefícios financeiros do Programa, observado o disposto em regulamento:

- I - o benefício básico, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza;
- II - o benefício variável, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos.

§ 1º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

- I - família, a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade,

que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros;

II - nutriz, a mãe que esteja amamentando seu filho com até 6 (seis) meses de idade para o qual o leite materno seja o principal alimento;

III - renda familiar mensal, a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda, nos termos do regulamento.

§ 2º O valor do benefício mensal a que se refere o inciso I do caput será de R\$ 50,00 (cinquenta reais) e será concedido a famílias com renda per capita de até R\$ 50,00 (cinquenta reais).

§ 3º O valor do benefício mensal a que se refere o inciso II do caput será de R\$ 15,00 (quinze reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por família beneficiada e será concedido a famílias com renda per capita de até R\$ 100,00 (cem reais).

§ 4º A família beneficiária da transferência a que se refere o inciso I do caput poderá receber, cumulativamente, o benefício a que se refere o inciso II do caput, observado o limite estabelecido no § 3º.

§ 5º A família cuja renda per capita mensal seja superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais), até o limite de R\$ 100,00 (cem reais), receberá exclusivamente o benefício a que se refere o inciso II do caput, de acordo com sua composição, até o limite estabelecido no § 3º.

§ 6º Os valores dos benefícios e os valores referenciais para caracterização de situação de pobreza ou extrema pobreza de que tratam os §§ 2º e 3º poderão ser majorados pelo Poder Executivo, em razão da dinâmica socioeconômica do País e de estudos técnicos sobre o tema, atendido o disposto no parágrafo único do art. 6º.

§ 7º Os atuais beneficiários dos programas a que se refere o parágrafo único do art. 1º, à medida que passarem a receber os benefícios do Programa Bolsa Família, deixarão de receber os benefícios daqueles programas.

§ 8º Considera-se benefício variável de caráter extraordinário a parcela do valor dos benefícios em manutenção das famílias beneficiárias dos Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, PNAA e Auxílio-Gás que, na data de ingresso dessas famílias no Programa Bolsa Família, exceda o limite máximo fixado neste artigo.

§ 9º O benefício a que se refere o § 8º será mantido até a cessação das condições de elegibilidade de cada um dos beneficiários que lhe deram origem.

§ 10. O Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família poderá excepcionalizar o cumprimento dos critérios de que trata o § 2º, nos casos de calamidade pública ou de situação de emergência reconhecidos pelo Governo Federal, para fins de concessão do benefício básico em caráter temporário, respeitados os limites orçamentários e financeiros.

§ 11. Os benefícios a que se referem os incisos I e II do caput serão pagos, mensalmente, por meio de cartão magnético bancário, fornecido pela Caixa Econômica Federal, com a respectiva identificação do responsável mediante o Número de Identificação Social - NIS, de uso do Governo Federal.

§ 12. Os benefícios poderão, também, ser pagos por meio de contas especiais de depósito a vista, nos termos de resoluções adotadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 13. No caso de créditos de benefícios disponibilizados indevidamente ou com prescrição do prazo de movimentação definido em regulamento, os créditos reverterão automaticamente ao Programa Bolsa Família.

§ 14. O pagamento dos benefícios previstos nesta Lei será feito preferencialmente à mulher, na forma do regulamento.

Art. 3º A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.

Art. 4º Fica criado, como órgão de assessoramento imediato do Presidente da República, o Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família, com a finalidade de formular e integrar políticas públicas, definir diretrizes, normas e procedimentos sobre o desenvolvimento e implementação do Programa Bolsa Família, bem como apoiar iniciativas para instituição de políticas públicas sociais visando promover a emancipação das famílias beneficiadas pelo Programa nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, tendo as competências, composição e funcionamento estabelecidos em ato do Poder Executivo.

Art. 5º O Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família contará com uma Secretaria-Executiva, com a finalidade de coordenar, supervisionar, controlar e avaliar a operacionalização do Programa, compreendendo o cadastramento único, a supervisão do cumprimento das condicionalidades, o estabelecimento de sistema de monitoramento, avaliação, gestão orçamentária e financeira, a definição das formas de participação e controle social e a interlocução com as respectivas instâncias, bem como a articulação entre o Programa e as políticas públicas sociais de iniciativa dos governos federal, estadual, do Distrito Federal e municipal.

Art. 6º As despesas do Programa Bolsa Família correrão à conta das dotações alocadas nos programas federais de transferência de renda e no Cadastramento Único a que se refere o parágrafo único do art. 1º, bem como de outras dotações do Orçamento da Seguridade Social da União que vierem a ser consignadas ao Programa.

Parágrafo único. O Poder Executivo deverá compatibilizar a quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família com as dotações orçamentárias existentes.

Art. 7º Compete à Secretaria-Executiva do Programa Bolsa Família promover os atos administrativos e de gestão necessários à execução orçamentária e financeira dos recursos originalmente destinados aos programas federais de transferência de renda e ao Cadastramento Único mencionados no parágrafo único do art. 1º .

§ 1º Excepcionalmente, no exercício de 2003, os atos administrativos e de gestão necessários à execução orçamentária e financeira, em caráter obrigatório, para pagamento dos benefícios e dos serviços prestados pelo agente operador e, em caráter facultativo, para o gerenciamento do Programa Bolsa Família, serão realizados pelos Ministérios da Educação, da

Saúde, de Minas e Energia e pelo Gabinete do Ministro Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, observada orientação emanada da Secretaria-Executiva do Programa Bolsa Família quanto aos beneficiários e respectivos benefícios.

§ 2º No exercício de 2003, as despesas relacionadas à execução dos Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, PNAE e Auxílio-Gás continuarão a ser executadas orçamentária e financeiramente pelos respectivos Ministérios e órgãos responsáveis.

§ 3º O exercício de 2004, as dotações relativas aos programas federais de transferência de renda e ao Cadastramento Único, referidos no parágrafo único do art. 1º, serão descentralizadas para o órgão responsável pela execução do Programa Bolsa Família.

Art. 8º A execução e a gestão do Programa Bolsa Família são públicas e governamentais e dar-se-ão de forma descentralizada, por meio da conjugação de esforços entre os entes federados, observada a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social.

Art. 9º O controle e a participação social do Programa Bolsa Família serão realizados, em âmbito local, por um conselho ou por um comitê instalado pelo Poder Público municipal, na forma do regulamento.

Parágrafo único. A função dos membros do comitê ou do conselho a que se refere o caput é considerada serviço público relevante e não será de nenhuma forma remunerada.

Art. 10. O art. 5º da Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"Art. 5º As despesas com o Programa Nacional de Acesso à Alimentação correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas na Lei Orçamentária Anual, inclusive oriundas do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, instituído pelo art. 79 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." (NR)

Art. 11. Ficam vedadas as concessões de novos benefícios no âmbito de cada um dos programas a que se refere o parágrafo único do art. 1º.

Art. 12. Fica atribuída à Caixa Econômica Federal a função de Agente Operador do Programa Bolsa Família, mediante remuneração e condições a serem pactuadas com o Governo Federal, obedecidas as formalidades legais.

Art. 13. Será de acesso público a relação dos beneficiários e dos respectivos benefícios do Programa a que se refere o caput do art. 1º.

Parágrafo único. A relação a que se refere o caput terá divulgação em meios eletrônicos de acesso público e em outros meios previstos em regulamento.

Art. 14. A autoridade responsável pela organização e manutenção do cadastro referido no art. 1º que inserir ou fizer inserir dados ou informações falsas ou diversas das que deveriam ser inscritas, com o fim de alterar a verdade sobre o fato, ou contribuir para a entrega do benefício a pessoa diversa do beneficiário final, será responsabilizada civil, penal e administrativamente.

§ 1º Sem prejuízo da sanção penal, o beneficiário que dolosamente utilizar o benefício será obrigado a efetuar o cimento da importância recebida, em prazo a ser estabelecido pelo Poder Executivo, acrescida de juros equivalentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e Custódia - SELIC, e de 1% (um por cento) ao mês, calculados a partir da data do recebimento.

§ 2º Ao servidor público ou agente de entidade conveniada ou contratada que concorra para a conduta ilícita prevista neste artigo aplica-se, nas condições a serem estabelecidas em regulamento e sem prejuízo das sanções penais e administrativas cabíveis, multa nunca inferior ao dobro dos rendimentos ilegalmente pagos, atualizada, anualmente, até seu pagamento, pela variação acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Art. 15. Fica criado no Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família um cargo, código DAS 101.6, de Secretário-Executivo do Programa Bolsa Família.

Art. 16. Na gestão do Programa Bolsa Família, aplicarse-á, no que couber, a legislação mencionada no parágrafo único do art. 1º, observadas as diretrizes do Programa.

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 9 de janeiro de 2004; 183 o da Independência e 116º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

José Dirceu de Oliveira e Silva