



O Social em Questão

ISSN: 1415-1804

ISSN: 2238-9091

osq@puc-rio.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Brasil

Senna, Mônica de Castro Maia
Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa Bolsa Família em questão
O Social em Questão, vol. 16, núm. 30, 2013, Julho-, pp. 245-272
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552264908031>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM
redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão

Mônica de Castro Maia Senna¹

Resumo

O artigo propõe analisar a implementação das ações intersetoriais dirigidas a famílias pobres envolvendo as áreas de saúde e assistência social. O estudo enfatiza as ações desenvolvidas no processo de implantação do Programa Bolsa Família e toma como lócus o município de Niterói, na região metropolitana do Rio de Janeiro, entre os anos de 2003 a 2012, buscando identificar de que forma o município vem respondendo às exigências postos pelo desenho nacional do Programa vis-à-vis a implantação do SUAS.

Palavras-chave

Política Social; Assistência Social; Programa Bolsa Família; Intersetorialidade.

Intersectoral actions between health and social care: the Brazilian conditional cash transfer program Bolsa Família

Abstract

The paper aims to analyze the implementation of intersectoral actions involving the health care and social welfare services. The study emphasizes the actions developed in the implementation process of Programa Bolsa Família (Grant Family Program). The locus is Niterói, a city of the metropolitan region of Rio de Janeiro, between the years 2003-2012. The study focuses the process how the city is responding to the demands posed by Programa Bolsa Família national design vis-à-vis the implementation of the SUAS.

Keywords

Social Policy, Social Work, Family Grant Program; Intersectorality.

Introdução

Intensa fragmentação institucional, paralelismo e duplicidade de ações, ineficiência dos gastos sociais e inefetividade das políticas públicas são algumas das características centrais do padrão histórico de intervenção do Estado brasileiro na área social.

Inflexões nesse padrão começam a ganhar corpo nos anos 1980, no contexto da redemocratização do país, momento em que o discurso de resgate da dívida social brasileira adquire centralidade na agenda política. Ideais de justiça social, democracia e participação social passam a ser incorporados como princípios basilares das reformas das políticas sociais, cujo marco legal é a Constituição Federal de 1988.

A literatura que trata do processo recente de reformas do sistema brasileiro de proteção social — ainda que com diferenças de enfoques e abordagens e com análises diversas quanto aos rumos e efeitos produzidos por tais alterações — aponta para quatro tendências centrais na agenda dessas reformas:

a) descentralização das políticas sociais, em que estados e municípios passaram a assumir uma série de responsabilidades pela gestão e provisão de serviços sociais;

b) participação e controle social das políticas públicas, com instauração de conselhos de direitos e de políticas públicas em todos os níveis de governo (União, estados e municípios) e com composição de diferentes segmentos sociais;

c) estímulo à intersetorialidade, entendida não apenas como mecanismo capaz de otimizar a aplicação de recursos financeiros, mas como estratégia fundamental para superar a histórica fragmentação institucional das políticas sociais e maximizar a efetividade das ações sociais;

d) valorização da família — e não mais os indivíduos — como foco prioritário das políticas sociais, marcadamente no desenho dos programas dirigidos ao grupo materno-infantil e aos adolescentes.

Se a incorporação dessas diretrizes no desenho das políticas sociais foi favorecida pela ampla mobilização social em torno da transição democrática do país, sua operacionalização enfrentou, a partir dos anos 1990, um contexto extremamente adverso de restrição dos gastos públicos, em nome da macroeficiência da economia, vis-à-vis os desafios inerentes à consolidação democrática em um país de dimensão continental e marcado por contrastes profundos em termos regionais, econômicos e sociais.

Neste contexto, a agenda de reformas das políticas sociais passou a incorporar novos ingredientes voltados à busca da eficiência, eficácia e efetividade da ação estatal (DRAIBE, 1998), com destaque para a experimentação de novas formas de gestão pública, especialmente no âmbito municipal.

Do ponto de vista analítico, uma preocupação central é acompanhar a dinâmica de implementação das reformas em curso, sem desconsiderar a complexa imbricação dos inúmeros intervenientes desse processo e sua decisiva interferência nos rumos e alcance das reformas pretendidas. No caso do presente estudo, o interesse se volta para a análise do processo de implementação de ações interseoriais envolvendo as áreas de assistência social e de saúde, buscando identificar inovações na intervenção governamental em nível local.

O tema da intersetorialidade tem ocupado lugar de destaque no debate acadêmico recente e constitui em uma das diretrizes centrais do desenho de diversas políticas sociais na atualidade. De fato, programas como o Bolsa Família — principal programa social do governo federal desde 2003 e a Estratégia Saúde da Família trazem em seus princípios e diretrizes organizacionais a necessidade de desenvolvimento de ações interseoriais como forma de superar a histórica fragmentação da intervenção do Estado e maximizar a efetividade das ações desenvolvidas. A própria criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), em 2004, traz como um de seus objetivos o estímulo ao desenvolvimento de ações interseoriais, aspecto também reforçado como uma das diretrizes para implementação da atual política nacional de assistência social (PNAS - 2005) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS - 2006).

No caso específico das políticas dirigidas a famílias pobres, autores como Carvalho (1994) salientam a necessidade da conjugação de ações das diversas áreas setoriais como condição imprescindível para alteração das condições de vida das famílias. No conjunto de estudos sobre a questão, é recorrente a visão de que o planejamento das políticas sociais com base na intersetorialidade pode favorecer a otimização de recursos e tornar sua alocação mais eficaz, posto que os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais situados num dado território geográfico. Reconhece-se, assim, que a perspectiva intersetorial tende a potencializar os diversos recursos setoriais, principalmente nos contextos locais de implementação (BURLANDY, 2003).

Se o termo intersetorialidade é carregado de conotações positivas, é preciso reconhecer que sua operacionalização enfrenta obstáculos vultosos, relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por

recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos. Como afirma Andrade (2006), a integração intersetorial é tarefa audaciosa e passa necessariamente pela construção criativa de um novo objeto de intervenção, comum aos diferentes setores do Estado que lidam com a questão social.

O presente artigo busca analisar o processo de implementação das ações intersetoriais envolvendo as áreas de saúde e assistência social, a partir das ações desenvolvidas pelo Programa Bolsa Família. O lócus do estudo é o município de Niterói, situado na região metropolitana do Rio de Janeiro, onde se pretende examinar o processo de construção recente de um esforço cooperativo entre os dois setores, voltados ao acompanhamento e proteção das famílias pobres do município. Vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, o PBF traz um conjunto de demandas de articulação entre essas áreas, ao mesmo tempo em que é afetado pela dinâmica e estrutura institucional das mesmas.

A escolha pelo município de Niterói se justifica pelo fato de que este vem se destacando como um dos primeiros a implantar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ganhando notoriedade na área. Além disso, cumpre ressaltar o esforço recente de articulação intersetorial promovido no âmbito municipal, a partir de iniciativas das áreas de saúde e assistência social. Se a intersetorialidade constitui desde os anos 1970 uma meta orientadora das ações sociais no município, a experiência concreta demonstra que ela tem se pautado, de modo geral, em iniciativas pontuais e localizadas, ao passo que só recentemente se pode observar um conjunto de iniciativas presentes tanto em âmbito das equipes profissionais como da gestão das políticas sociais de integração entre as diversas áreas, dirigidas, sobretudo, a famílias pobres.

Políticas sociais no capitalismo contemporâneo: a intersetorialidade na agenda recente de reformas

Reformas dos sistemas públicos de proteção social têm sido recorrentes nas três últimas décadas. Ainda que o timing, rumos e alcance das reformas em curso apresentem diferenciais em cada contexto histórico nacional, é forçoso reconhecer que tais reformas se inserem no processo mais amplo de reestruturação do capitalismo mundial e de esgotamento do padrão keynesiano fordista que comandou as relações Estado-sociedade desde o segundo pós-guerra (BEHRING & BOSCHETTI, 2007) e conformam o que pode ser chamado de uma “nova” agenda mundial (BRONZO e VEIGA, 2007).

Algumas perspectivas hegemônicas se destacam nesse processo. Autores como Vianna (2009) chamam atenção para a tendência crescente de se conceber a política social como um tipo de ação focalizada nos mais pobres, o que implica o abandono da noção de direito universal de cidadania posta em marcha pelos Estados Sociais do segundo pós-guerra e sua substituição pela concepção “liberal revisitada”. Pode-se afirmar que tal concepção se assenta sobre três premissas centrais: a visão de que a questão social se reduz à pobreza; a ideia de que a situação de pobreza decorre das carências individuais e a percepção de que as políticas universais não são as únicas nem as mais eficazes para lidar com a questão social.

Sob outra perspectiva, Bronzo & Veiga (2007) argumentam que a conformação de uma nova agenda mundial nos anos recentes é fruto da combinação de um conjunto complexo de processos sociais, dos quais se destacam as mudanças econômicas e tecnológicas que alteraram o processo de trabalho em escala mundial; a emergência/ visibilidade de movimentos sociais de variados matizes que ampliaram o espectro de direitos sociais a serem reconhecidos; a globalização e internacionalização financeira, que reduziram a capacidade de resposta dos Estados-Nação à crescente complexificação da agenda pública, além da incorporação, por parte dos organismos internacionais, de temas como ampliação da equidade, redução dos níveis de pobreza de amplos segmentos populacionais em vários países e o respeito à diversidade. Nesse contexto, políticas de combate à pobreza ganham centralidade, notadamente nos países latino-americanos.

No Brasil, políticas de combate à pobreza têm ocupado lugar central na agenda governamental a partir da segunda metade dos anos 1990. É preciso destacar que, de um lado, a preocupação com os mais pobres está associada, em certa medida, ao próprio processo recente de redemocratização do país, em que o resgate da chamada dívida social brasileira aparece como um princípio orientador da reforma das políticas sociais implantadas a partir de então. De outro lado, há que se considerar que as ações direcionadas aos mais pobres ganham espaço em um contexto marcado pelo avanço das ideias neoliberais e pelas exigências de ajuste macroestrutural da economia, no qual se argumenta a necessidade de conter os gastos públicos e dotá-los de maior eficiência e eficácia.

O fato é que a partir dos anos 1990 assiste-se a uma profusão de intervenções e programas sociais públicos dirigidos aos mais pobres e aos excluídos, seja por iniciativa dos governos subnacionais (estados e municípios), seja pela ação do go-

verno federal, seja ainda pelo chamado empreendedorismo de organizações não governamentais e da própria sociedade civil.

Duas inovações principais se sobressaem no desenho desses programas: o foco nas famílias e a necessidade de articulação intersetorial. No caso do presente artigo, a ênfase recai sobre esse segundo aspecto.

A ênfase no desenvolvimento de ações intersetoriais relaciona-se ao conjunto de estratégias voltadas à superação da histórica fragmentação da intervenção do Estado e maximização da efetividade das ações desenvolvidas.

Do ponto de vista da construção da intersectorialidade, é preciso considerar os desafios relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória, entre outros aspectos.

A intersectorialidade no Programa Bolsa Família

A trajetória histórica da intervenção do Estado brasileiro na assistência social — a exemplo do padrão de intervenção pública no campo social — tem se caracterizado por seu caráter fragmentado, residual e de corte seletivo, posto em marcha por um precário aparato institucional em termos gerenciais, de recursos humanos, financeiros e materiais e pela baixa qualificação técnico-gerencial e profissional de seus operadores. Agrega-se a essas características o fato de que a condução da política de assistência social no Brasil tem sido fortemente focalizada na pobreza (entendida quase que exclusivamente como insuficiência de renda), além de estar fortemente impregnada de relações clientelistas e assistencialistas, sendo tratada, por muito tempo, como mecanismo de troca de favores e benemerência e não como um direito (SPOSATI, 2006; PEREIRA, 2007; LOBATO, 2009).

Infleções nesse padrão ganham terreno a partir dos anos 1980, confrontadas pelos dilemas postos pelas requisições de consolidação democrática no país e pela imposição de medidas de ajuste fiscal da economia. Nesse cenário, o tema da reforma do Estado e seu papel na provisão de políticas sociais ocupam lugar de destaque na discussão e construção de alternativas à crise capitalista contemporânea. Neste processo, o que se coloca em questão é a natureza e o escopo da ação estatal e os arranjos, tanto entre níveis de governo quanto entre Estado e Sociedade.

No campo específico da assistência social, sua inscrição no âmbito da seguridade social representou a inauguração de uma nova concepção, em que

a assistência social não só é caracterizada como policy, mas também como direito social básico (PEREIRA, 2007).

No entanto, é preciso chamar atenção, tal como enfatiza Draibe (1998), que a despeito dos avanços obtidos na Constituição de 1988 em direção ao desenho de um novo perfil para o sistema brasileiro de proteção social, pouco êxito foi demonstrado no plano da implementação das propostas reformistas a partir dos anos 1990. É precisamente no período em que a assistência social adquire status de política pública que o receituário neoliberal ganha força no Brasil e promove uma série de alterações e restrições no contexto das políticas públicas. É sobre esse cenário que Silva e Silva et al. (2004) identificam um período de profunda contradição no campo do bem-estar social no Brasil, em que se observa, de um lado, forte avanço no plano político-institucional e, de outro, a adoção de políticas restritivas de alocação de recursos e de acesso aos benefícios e serviços sociais. As ações de reestruturação do Estado acabaram por promover um trade off entre os ditames de ajuste dos gastos públicos e a promoção de acesso universal e equânime à assistência social, com restrição do repasse de recursos aos entes federados, principalmente os municípios, que sofreram com a transmutação da diretriz da descentralização para a realidade de responsabilidade do Estado.

É no âmbito desse contexto contraditório que diversos municípios brasileiros — a exemplo de diversos países da América Latina — implantaram programas de transferência condicionada de renda, em geral buscando associar o benefício monetário à inserção e frequência escolar. Em 2001, já em nível federal, foram implantados o Programa Nacional vinculado à Educação (Bolsa Escola), o Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA – Cartão Alimentação), o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde (Bolsa Alimentação) e o Programa Auxílio Gás.

No ano de 2004, o Governo Federal institui o Programa Bolsa Família (PBF), a partir da unificação dos programas nacionais de transferência de renda anteriores. O PBF destina-se a famílias pobres e extremamente pobres, assim identificadas através da renda familiar per capita de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais). O valor do benefício varia de acordo com a faixa de renda e a composição familiar, conforme descrito no quadro 1. A seleção das famílias beneficiárias é feita pelo Governo Federal com base no Cadastro Único para Programas Sociais (Cad-Único), cuja operação fica a cargo dos municípios.

Quadro 1: Critérios de inclusão e valores do benefício monetário do Programa Bolsa Família

Renda mensal familiar (per capita)	Benefício básico	Benefício Variável / Composição familiar
Até R\$ 70,00	R\$ 68,00	R\$ 22,00 por criança e adolescente de 0 a 15 anos, gestantes ou nutrizes (até três benefícios) R\$ 33,00 por jovem de 16 ou 17 anos (até dois benefícios)
R\$ 70,01 a R\$ 140,00	-	R\$ 22,00 por criança e adolescente de 0 a 15 anos, gestantes ou nutrizes (até três benefícios) R\$ 33,00 por jovem de 16 ou 17 anos (até dois benefícios)

Fonte: Medida Provisória no. 411, de 28 de dezembro de 2007 e Decreto no. 6917, de 30 de julho de 2009.

O programa parte do entendimento de pobreza como um fenômeno multidimensional (MAGALHÃES e BODSTEIN, 2009), buscando articular a transferência monetária a compromissos cumpridos pelas famílias (quadro 2), com a perspectiva de ampliar o acesso da população pobre aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social (BRASIL/MDS, 2010). A exigência das condicionalidades tem gerado, contudo, um amplo debate quanto à relação entre direitos sociais e obrigatoriedade (LAVINAS, 2004; MONNERAT *et al.*, 2007). O não cumprimento das condicionalidades pelas famílias pode ocasionar bloqueio, suspensão e até o cancelamento dos benefícios.

Quadro 2: Condicionalidades, público alvo e período de acompanhamento do Programa Bolsa Família

Setor	Público-alvo	Condicionalidades	Acompanhamento
Educação	Crianças de 6 a 15 anos Adolescentes 16-17 anos	Frequência escolar mínima de 85% Frequência escolar mínima de 75%	Bimestral
Saúde	Crianças de 0 a 7 anos Gestantes Gestantes e nutrizes	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Cumprimento calendário de vacinas Acompanhamento pré-natal Atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável	Semestral
Assistência Social	Famílias com crianças e adolescentes até 15 anos	Participação em ações sócio-educativas com frequência mínima de 85%	Bimestral

Fonte: Portaria Interministerial no. 3789, de 17 de novembro de 2004; Portaria Interministerial no. 2.509, de 18 de novembro de 2004 e Medida Provisória no. 411, de 28 de dezembro de 2007.

A intersetorialidade aparece como um dos objetivos básicos do Programa Bolsa Família. Pode-se dizer que, em linhas gerais, esse objetivo está presente em três grandes eixos organizativos do programa.

No plano da gestão federal, a estrutura organizacional do PBF é composta pelo Conselho Gestor do Programa Bolsa Família (CGPBF), de caráter deliberativo e integrado pelos representantes ministeriais das áreas de saúde, educação, segurança alimentar e assistência social, sob a presidência do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Quanto à execução e implementação do PBF, sua normatização prevê que ocorram de forma descentralizada, envolvendo estados, municípios e o Distrito Federal. Ao mesmo tempo, as normas que regem o programa prevêem a constituição de conselhos gestores municipais intersetoriais, de caráter deliberativo e envolvendo ao menos as áreas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar e Criança e Adolescente. Estes conselhos têm como principais atribuições o acompanhamento, monitoramento, avaliação e fiscalização da execução do programa no âmbito municipal.

Ainda no plano operativo, a implementação do PBF pressupõe a articulação entre os diversos setores para o acompanhamento das condicionalidades. Incentivo financeiro a esse processo está representado pela instituição, em 2006 pelo MDS, do IGD (Índice de Gestão Descentralizada). Trata-se de um indicador sintético para monitorar a qualidade da implementação do Cad-Único e do cumprimento das condicionalidades, com o objetivo de apoiar financeiramente os municípios na implementação do PBF, com base na qualidade de gestão do programa. Ainda que o IGD não faça alusão explícita à promoção da intersetorialidade, é possível considerá-lo como um mecanismo de incentivo financeiro à capacidade gerencial dos municípios e estados e ao cumprimento de suas respectivas responsabilidades intersetoriais referentes ao PBF.

Por fim, a intersetorialidade se coloca para o PBF também na perspectiva dos chamados programas complementares. Trata-se de programas situados no campo da geração de emprego e renda, formação profissional, micro-crédito, emissão de documentação civil, dentre outros, a serem ofertados pelos três níveis de governo, podendo incluir ainda o Poder Judiciário.

Estudos voltados à análise e avaliação das diversas experiências de implantação do PBF destacam enormes desafios na construção das ações intersetoriais pretendidas pelo desenho do programa. Magalhães & Bodstein (2009), por exemplo, chamam atenção para o fato de que as consequências institucionais dos arranjos

intersetoriais do PBF revelaram dificuldades de integração e cooperação entre diferentes agências e níveis de governo. Em geral, os estudos apontam que a articulação intersetorial no âmbito do PBF ainda é frágil, o que acaba limitando o atendimento integral às famílias e, consequentemente, os efeitos do PBF sobre as condições de vida dos beneficiários (MAGALHÃES *et al.*, 2007; BURLANDY, 2007; FERREIRA, 2009).

Por outro lado, a recente implantação do SUAS² tem exigido um esforço de incorporação do PBF aos CRAS, condicionando as próprias ações desenvolvidas no âmbito da Proteção Social Básica, ao tempo em que a estrutura e dinâmica de implantação do sistema interfere nas ações intersetoriais desenvolvidas a partir do PBF.

O Programa Bolsa Família em Niterói

O início de implantação do PBF em Niterói data de 2003, momento em que o programa dava seus primeiros passos em âmbito nacional. Nesse momento, o PBF encontrava-se vinculado organizacionalmente à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), com assinatura do termo de adesão em 2005.

Segundo o Relatório de Gestão da SMAS (PMN/SMAS, 2005), em outubro de 2005 foi criado o Núcleo de Benefício de Renda de Cidadania (NBRC), resposta institucional ao crescimento dos programas de transferência de renda no município e à implantação do Cad-Único. Vinculada à SMAS, o NBRC tinha o objetivo de coordenar os programas de transferência de renda desenvolvidos, dentre eles o BPC, o PETI, o Programa Agente Jovem e o próprio PBF.

Esse processo ocorreu quando a SMAS de Niterói passava por importantes mudanças organizacionais, em grande parte impulsionadas pela implantação da PNAS e do SUAS. Niterói foi um dos municípios pioneiros na implantação do SUAS em território nacional, sendo habilitado na gestão plena do sistema e adquirindo relativo protagonismo na área³ (SILVEIRA, 2008; SOUZA, 2011).

Em 2006, foi instituído o Comitê Gestor Intersetorial do PBF de Niterói, composto por um representante da SMAS, um representante da Fundação Municipal de Educação e dois representantes da Fundação Municipal de Saúde. A representação diferenciada do setor saúde era justificada pela necessidade de contemplar as duas instâncias gerenciais distintas de organização da Atenção Básica em Saúde do Município, a saber: a coordenação do PMF e da rede convencional de atenção à saúde (PMN/SMAS, 2005). Dentre as atribuições desse Comitê, destacam-se o planejamento de ações conjuntas na implementação do PBF e a gestão dos recursos do IGD.

Entrevistas com gestores e profissionais que atuaram no Comitê Gestor Intersetorial indicam que essa instância possuía sistemática de reunião mensal, na qual eram principalmente debatidas as dificuldades de ampliação da cobertura do acompanhamento das condicionalidades, principalmente no setor saúde, e a necessidade de atualização e ampliação do cadastramento da população pobre do município, num esforço de cooperação e integração dos setores envolvidos.

Com as eleições municipais de 2008 e a vitória da coligação partidária de oposição ao grupo no poder à época, houve mudanças significativas na gestão municipal, com repercussões diretas na implementação do PBF. A SMAS passou a ser ocupada pela fração do Partido dos Trabalhadores que havia apoiado a candidatura do prefeito eleito. Todavia, seu poder e prestígio político foram bastante esvaziados, haja vista que as duas principais ações que estavam a cargo da SMAS — o PBF e o Transporte Eficiente — foram transferidas para outras instâncias da gestão municipal.

No caso do PBF, a gestão do programa passou a ficar a cargo da Chefia de Gabinete da Prefeitura, sendo criado o Núcleo do Bolsa Família (NBF) para gerenciar o programa, em substituição ao NBRCA.

Depoimentos dos entrevistados indicam que esse processo também acabou por esvaziar o Comitê Gestor Intersetorial. Embora essa instância ainda exista formalmente e os representantes da coordenação municipal do PBF indiquem a construção e manutenção de uma agenda comum aos setores de saúde, educação e assistência social no âmbito desse Comitê, o fato é que a SMAS já não possui assento nesse espaço colegiado. Ademais, as reuniões não obedecem a uma periodicidade regular, passando a assumir um caráter mais pontual, em torno de problemas e situações também pontuais.

Informações obtidas no site do MDS demonstram que, em dezembro de 2012, Niterói possuía 13.958 famílias beneficiárias do PBF, o que representa uma cobertura aproximada de 60% total de famílias cadastradas no Cad-Único com renda familiar per capita inferior a R\$ 140,00, limite de concessão do PBF.

Em relação à questão da intersetorialidade, é possível afirmar que o desenvolvimento de ações conjuntas entre as diferentes áreas de políticas públicas não é um processo recente, embora tais ações não tenham ocorrido de forma linear e muito menos gozado de continuidade e sustentabilidade ao longo do tempo. Registros orais e documentais apontam para a existência de inúmeras ações interse-toriais, de caráter pontual e dispersas pelo território municipal, caracterizando o que Bronzo e Veiga (2007) denominam de intersetorialidade de baixa densidade⁴.

A área da saúde se destaca nesse processo. De fato, pelo menos desde o Projeto Niterói⁵, experiências articuladas de integração interinstitucional envolvendo diversos setores da prefeitura municipal, universidade e as comunidades foram desenvolvidas, quase sempre por iniciativa espontânea e informal dos profissionais de saúde que estavam mais próximos das demandas sociais postas pelos usuários de seus serviços. Essas características são, em verdade, grandes tendências das práticas intersetoriais geralmente desenvolvidas no país, ao ponto de Viana (1998) enfatizar o quão problemático é o fato de essas práticas permanecerem restritas ao nível local e com características bastante experimentais.

Diversos entrevistados apontaram que essas experiências foram fundamentais tanto para estabelecer uma relativa valorização ao desenvolvimento de ações integradas quanto para promover aproximações entre as áreas de saúde, educação e assistência social no município. Além disso, o legado dessas experiências apontou para a necessidade de superar o localismo e o caráter pontual dessas intervenções em direção à construção de uma política social integrada para a cidade, ao menos no que se refere ao Programa Bolsa Família.

Por outro lado, há que se reconhecer que o desenho do PBF e a própria dinâmica de implantação do SUAS favoreceram a construção de um esforço cooperativo no âmbito da gestão municipal, o que foi ainda possibilitado pelo ativismo de importantes atores sociais comprometidos com a intersetorialidade ocupantes de cargos estratégicos na SMAS, na Fundação Municipal de Saúde e na Fundação Municipal de Educação. Nesse sentido, a implantação do Comitê Gestor Intersetorial do PBF foi apontada em diversas entrevistas como um passo adiante na institucionalidade de políticas públicas integradas no município.

Segundo Erbas (2010), uma primeira tarefa posta ao Comitê Gestor foi a definição de um território único de atuação, considerando que tradicionalmente cada uma das áreas envolvidas atuava segundo uma delimitação de território geográfico específica⁶.

Estudos sobre intersetorialidade apontam que a perspectiva de intervenção sobre problemas complexos se associa fortemente à noção de território, sendo imprescindível compartilhar critérios territoriais para definição de problemas, prioridades e recursos necessários ao alcance de efeitos sinérgicos das intervenções públicas (JUNQUEIRA, 1998; ANDRADE, 2006).

O processo de definição de um território único foi atravessado por um longo processo de discussão e pactuação entre as três áreas integrantes do Comitê Gestor Intersetorial, culminando com a definição de territórios comuns de interven-

ção segundo a lógica das áreas de gestão das policlínicas regionais.

A partir de 2006, o Comitê Gestor Intersetorial do PBF passou a coordenar as iniciativas regionais de ações intersetoriais que foram estruturadas de forma descentralizada no município. Assim, cada uma das seis regionais contou com uma comissão intersetorial composta por dois representantes do setor saúde (coordenador de área do PMF e diretor da policlínica regional), um representante da educação e representantes da assistência social vinculadas ao CRAS. Essa comissão tinha como principal missão articular o desenvolvimento das ações intersetoriais nos diversos bairros e localidades que compunham cada regional e incentivar a definição de problemas prioritários que deveriam ser enfrentados conjuntamente (ERBAS, 2010).

Observa-se certa desmobilização das ações intersetoriais no primeiro semestre de 2007, quando da saída da então Secretária Municipal de Assistência Social que desempenhava papel protagonista no debate e construção da intersetorialidade no município. Mas no segundo semestre desse mesmo ano, foram retomadas as reuniões do Comitê Gestor Intersetorial para definição de ações a serem desenvolvidas por todas regionais do município. A estratégia nesse momento era definir um tema único para todas as regionais, sendo priorizadas as ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF e as intervenções conjuntas voltadas às pessoas com deficiência.

De acordo com Monnerat & Souza (2010), o que ocorreu foi que nem todas as regionais conseguiram se organizar em torno dos temas previamente definidos e, na prática, acabou-se priorizando as ações relacionadas ao PBF, na medida em que esse programa demandava um conjunto de requisições impostas pelo próprio governo federal.

Uma consequência foi que diferentes interesses e conflitos entre os membros do comitê ganharam vulto nesse processo, gerando resistências principalmente na área de educação, com repercussões no estabelecimento de esforços cooperativos e na adesão dos atores sociais à articulação intersetorial e ao próprio comitê.

O processo eleitoral para prefeito e vereadores no ano de 2008 também trouxe diversos problemas à continuidade das ações intersetoriais. O acirramento da disputa partidária em torno da sucessão do prefeito provocou paralisação do processo de articulação em curso, sobretudo em decorrência da perda de poder político e institucional de alguns atores-chave envolvidos no processo. Como o resultado da eleição foi desfavorável à coligação partidária que se encontrava no poder à época, a retomada da experiência de articulação intersetorial através do Comitê

Gestor Intersetorial foi esvaziada em função da saída de diversos integrantes que ocupavam cargos estratégicos na gestão municipal. Dessa experiência, restaram apenas alguns fóruns intersetoriais locais que funcionam com discussões restritas aos problemas de referência e contrarreferência e às ações de combate à dengue.

No mapeamento das ações intersetoriais realizado junto aos CRAS do município, foi possível ratificar que o movimento anterior de articulação interseccional encontrava-se desmobilizado e que eram praticamente nulas as iniciativas de integração dos CRAS — principal equipamento público da área da assistência social — com outros setores governamentais e com a comunidade. Também os profissionais de saúde entrevistados avaliam que houve uma estagnação nas ações interseccionais que vinham sendo desenvolvidas e que contavam com a adesão de gestores e profissionais em torno de um projeto comum.

O processo de cadastramento das famílias beneficiárias do PBF

De acordo com Erbas (2010), o cadastramento das famílias para o PBF teve início, em Niterói, no ano de 2003, sob a coordenação da SMAS. Segunda a autora, em alguns momentos desse processo a SMAS recebeu apoio logístico e operacional da Fundação Municipal de Saúde, da Fundação Municipal de Educação e de instituições não governamentais. Tal apoio, por parte da saúde e da educação, foi motivado, em grande medida, pela perspectiva de operacionalizar a migração dos beneficiários do Programa Bolsa Escola (PBE), a cargo da Fundação Municipal de Educação, e do programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde, para o PBF.

Depoimentos de gestores e profissionais indicam que no momento inicial de cadastramento para o PBF houve ainda a participação das secretarias regionais e das associações de moradores, que divulgaram o processo e cederam espaço físico para a realização do cadastro. De fato, algumas famílias participantes dos grupos focais mencionaram ter se cadastrado na associação de moradores de seu bairro, tendo destacado ainda que a escola e o conselho tutelar foram importantes fontes de divulgação do programa.

Em 2005, já com o Cad-Único implantado no município, foi realizado um processo de recadastramento das famílias beneficiárias. Esse processo foi impulsionado pelo MDS e teve abrangência nacional, com o objetivo de reavaliar os cadastros realizados até então em todo o país, na tentativa de adequar o foco do Programa.

O recadastramento do PBF em Niterói foi conduzido pelo NBRC da SMAS e operado pelos CRAS e pelos Núcleos de Apoio às Famílias (NAF), institui-

ções vinculadas ao PAIF (Programa de Atenção Integral à Família). Devido ao reduzido número de CRAS no município — que à época totalizavam 11 equipamentos — foi firmado um convênio com o Programa Agente Jovem, através do qual alguns de seus beneficiários executaram, após treinamento específico, a atualização do cadastro do PBF.

Com a transferência da coordenação do PBF para o gabinete do prefeito, o cadastramento passou a ficar restrito aos CRAS e principalmente ao recém criado Núcleo do Bolsa Família (NBF), sediado no centro da cidade.

Para os gestores do NBF, a localização central do núcleo é um facilitador para o acesso dos beneficiários ao programa, sendo a demanda maior a essa instância do que aos CRAS. Já os gestores e profissionais de outros setores, ai incluindo os CRAS, avaliam que a demanda maior ao NBF — comparativamente aos CRAS se deve tanto à baixa capilaridade dos CRAS no território municipal quanto (e principalmente) à centralização decisória e de informações relativas ao PBF no NBF.

Uma queixa bastante recorrente entre gestores e profissionais entrevistados é que as informações constantes no Cad-Único não são disponibilizadas para os demais setores diretamente envolvidos na implementação do PBF. A partilha de informações entre todos os agentes implementadores é condição essencial para sua adesão ao processo e para a consistência e sustentabilidade das ações empreendidas (ANDRADE, 2006; BURLANDY, 2007). Nessa direção, integrantes do Comitê Gestor, profissionais do PMF e do CRAS reconhecem que a disponibilização e utilização do Cad-Único são de suma importância para a articulação entre as secretarias municipais envolvidas com o PBF.

Todavia, esse é um processo ainda incipiente no município. Para os profissionais que atuam na prestação direta dos serviços, uma dificuldade enfrentada é, por exemplo, a falta de acesso a informações quanto ao número e características das famílias beneficiadas pelo PBF em sua área de abrangência.

Nos relatos de algumas famílias beneficiárias participantes dos grupos focais, houve dificuldades de acesso ao PBF. Embora a maior parte informe que já era beneficiária de algum programa social anterior ao PBF — em especial o Bolsa Escola — foram feitas diversas intervenções no debate para expor situações de tempo de espera entre o cadastramento e o recebimento do benefício superior a um ano ou de pessoas que já receberam o cartão bancário mas não o benefício monetário.

De acordo com gestores e profissionais do NBF, são freqüentes os conflitos com a população demandante do PBF durante o processo de cadastramen-

to, em função tanto da falta de informações e clareza quanto da complexidade do processo de cadastramento dos demandantes, seleção dos beneficiários e concessão do benefício.

O acompanhamento das condicionalidades da saúde

Estudos de abrangência nacional demonstram que o acompanhamento das condicionalidades da educação e saúde vem se apresentando como um dos grandes desafios atuais do PBF. Dados de cobertura indicam que a maior dificuldade está no acompanhamento das condicionalidades da saúde, cujo índice médio não chega a 50%.

Para efeitos de acompanhamento das condicionalidades da saúde, são consideradas aquelas famílias que recebem o benefício e que têm crianças menores de sete anos, mulheres em idade fértil (10 a 50 anos), gestantes e nutrízes. Neste caso, é necessário que, além dos dados antropométricos, se registre o cumprimento do calendário de vacinação de menores de sete anos, e para as gestantes a realização de consultas de pré-natal. Essas informações devem ser repassadas semestralmente pelos municípios ao Ministério da Saúde.

A taxa de cobertura de acompanhamento das famílias é calculada através da proporção entre aquelas acompanhadas pela saúde e o total de famílias ‘Perfil Saúde’, de acordo com lista fornecida a cada vigência pelo Ministério da Saúde. Este acompanhamento pode ser total ou parcial, sendo que as famílias consideradas totalmente acompanhadas são aquelas em que todos os membros foram acompanhados enquanto que o acompanhamento parcial se traduz na situação em que pelo menos um membro da família foi acompanhado e pelo menos um não teve acompanhamento.

Em Niterói, a gestão das condicionalidades da saúde fica a cargo da Coordenação de Alimentação e Nutrição, instância diretamente vinculada ao Departamento de Supervisão Metodológica (DESUM), que, por sua vez, está hierarquicamente subordinado à Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) da Fundação Municipal de Saúde. O acompanhamento das famílias beneficiárias no município é realizado nas unidades básicas de saúde, nos módulos do PMF e nas policlínicas regionais. No âmbito das unidades básicas de saúde e das policlínicas, esse acompanhamento é feito, em geral, pela própria direção da unidade ou profissional por ela designada, enquanto no PMF ele é responsabilidade da supervisão de Serviço Social.

Informações disponíveis no site do Ministério da Saúde demonstram que a cobertura das famílias com perfil saúde do PBF de Niterói vem aumentando gradativamente desde 2006, em especial entre as famílias totalmente acompanhadas. Apesar disso, o índice permanece em patamares ainda baixos, atingindo, em 2012, o percentual de 46,4%.

É consensual entre profissionais e gestores entrevistados a percepção de que a cobertura das famílias com perfil saúde é maior entre a população cadastrada no PMF (estimativas indicam que estaria na faixa de 70%) do que naquela adscrita às unidades básicas de saúde e policlínicas. A razão para essa condição favorável ao PMF residiria na própria metodologia do programa da saúde, sobretudo pela existência de um cadastro da população atendida e pelos vínculos criados entre equipe e comunidade.

Na avaliação dos gestores e profissionais do NBF, a baixa cobertura das famílias com perfil saúde no município se deve ao elevado quantitativo de pessoas que ainda não têm acesso aos serviços de saúde. Deficiências no funcionamento dos CRAS e a ausência do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde foram aspectos apontados como obstáculos ao aumento da cobertura das condicionalidades da saúde no município.

Essa avaliação é contestada, contudo, pelos demais gestores e profissionais entrevistados que apontam obstáculos de outra ordem. Em primeiro lugar, mereceu destaque o fluxo de informações entre os setores envolvidos no PBF. Além da falta de acesso às informações do Cad-Único, aquelas referentes às famílias com perfil saúde são incompletas, sendo também recorrente a inclusão de famílias no mapa de acompanhamento das condicionalidades que não pertencem à área de abrangência ou população cadastrada no PMF. Tal fato representa tanto uma dificuldade para a articulação intersetorial quanto para o aumento da cobertura das condicionalidades do PBF no município, como demonstra o depoimento abaixo.

Assim, tanto as informações repassadas pela coordenação do PBF aos demais setores são insuficientes quanto o repasse das informações dos setores à coordenação do programa não tem gerado um retorno para o nível local. Estudos como os de Coelho (2009) e Ferreira (2009) indicam que os profissionais que estão na ponta do sistema de implementação das condicionalidades são, em geral, os menos informados sobre o PBF, o que tende a comprometer a adesão ao programa.

Entre os profissionais de saúde entrevistados, é recorrente a informação de que o acompanhamento das condicionalidades a eles atribuídas foi uma imposição

dos níveis hierárquicos mais altos do poder público municipal e de que o processo de capacitação dos profissionais para a implementação do programa foi incipiente.

É comum também a percepção de que o acompanhamento das condicionalidades não implicou em alterações no processo de trabalho das equipes do PMF e tampouco ampliou o acesso da população aos serviços de saúde ou a qualidade dos serviços prestados. Ao contrário, parece consensual entre os profissionais entrevistados a avaliação de que a responsabilidade pelo acompanhamento das condicionalidades representou um aumento do volume de trabalho de uma equipe já sobrecarregada com sua rotina de trabalho.

Também as famílias beneficiárias participantes do grupo focal mencionam que as condicionalidades da saúde não representaram um aumento da frequência à escola ou à unidade de saúde, na medida em que tais ações já eram desempenhadas anteriormente. Cabe aqui relativizar o fato de que o aceite de tais famílias para participação nos grupos focais representa já um diferencial dessas famílias em relação aos demais beneficiários do PBF, o que pode interferir nas avaliações desse segmento sobre o programa.

De qualquer forma, as famílias participantes dos grupos focais revelaram uma visão bastante positiva sobre as condicionalidades do PBF, concebendo como importante e necessária a cobrança de contrapartidas aos benefícios de programas sociais e não uma punição ou sobrecarga. Destacam sobretudo a percepção de que criança na escola é uma obrigação moral e educativa das famílias para com seus membros.

O acompanhamento das condicionalidades constitui um dos processos centrais para o desenvolvimento de ações intersetoriais no âmbito do PBF. Nesse sentido, o IGD representa um importante mecanismo de incentivo ao processo de implementação da intersetorialidade e integração entre os setores, na medida em que o repasse dos recursos financeiros aos municípios está condicionado ao cumprimento das condicionalidades pelas distintas secretarias municipais. Portanto, o recurso é repassado ao Fundo Municipal de Assistência Social, mas esse repasse depende do acompanhamento das condicionalidades pelos setores de saúde e educação. Para que o IGD favoreça uma articulação mais orgânica entre os setores, é necessário ainda que as definições de prioridades de uso desse recurso sejam pactuadas em espaços institucionais intersetoriais.

Em 2012, Niterói possuía um IGD de 0,73, abaixo da meta pactuada para o estado do Rio de Janeiro. O Comitê Gestor Intersetorial seria, ao menos em tese, o espaço potencial para a pactuação, gestão e planejamento em torno do IGD. No

entanto, com as mudanças organizacionais do programa no município e a reformulação do Comitê Gestor, agora sem representação da SMAS – órgão gestor do Fundo Municipal de Assistência Social—isso parece não estar ocorrendo.

A oferta de programas complementares

O desenho do Programa Bolsa Família prevê um conjunto de programas complementares, a serem desenvolvidos por diferentes setores e níveis governamentais. Trata-se de programas situados no campo da geração de emprego e renda, formação profissional, micro-crédito, dentre outros, entendidos como importantes mecanismos para a construção das chamadas portas de saída do PBF, ou seja, para superação da situação de pobreza e promoção da emancipação humana.

Análises de experiências concretas de implantação do PBF demonstram que são incipientes as iniciativas de desenvolvimento dos programas complementares. Quando existentes, essas iniciativas são, em geral, vinculadas a outros programas federais, como o PLANSEQ.

Niterói não difere dessa tendência nacional. Informações documentais e das entrevistas com gestores, profissionais e famílias beneficiárias revelaram que a inexistência de programas complementares no município, com exceção única daqueles vinculados ao PLANSEQ.

De acordo com gestores do NBF, existe a perspectiva de oferecimento, por parte da gestão municipal, de cursos de formação e capacitação de mão de obra, em que os beneficiários do PBF teriam prioridade. Para tanto, existe um projeto de levantamento do perfil das necessidades do município nessa direção bem como de sua vocação econômica, com destaque para os ramos de construção civil e construção naval.

Os profissionais de saúde entrevistados desconhecem qualquer iniciativa relativa aos programas complementares enquanto os profissionais dos CRAS destacaram cursos e oficinas voltados à geração de renda, em geral de artesanato, promovidas pela rede sócio-assistencial conveniada à SMAS, mas sem qualquer articulação com o PBF.

Já as famílias beneficiárias demonstraram interesse pela participação em cursos e outros eventos voltados à geração de emprego e renda, mas relataram desconhecer a existência de iniciativas desse tipo. Além da pouca divulgação, a distância de alguns CRAS em relação ao local de moradia das famílias beneficiárias e a precariedade no funcionamento desses equipamentos foram obstáculos importantes apontados pelas famílias participantes dos grupos focais.

Considerações Finais

A intersectorialidade tem adquirido centralidade crescente nos debates acadêmicos e nos programas governamentais brasileiros nos anos recentes, premida tanto pelo reconhecimento da necessidade de superar a histórica fragmentação que marca a trajetória das intervenções públicas na área social, dotando-lhes de maior efetividade e justiça social, quanto pelas exigências de maximização dos gastos públicos em contexto de restrição econômica, de forma a obter ganhos de eficiência nas políticas sociais. Ao mesmo tempo, a complexidade que reveste as diferentes expressões da questão social e as também complexas respostas que vêm sendo produzidas pela dinâmica de interação entre diferentes atores sociais — governamentais ou da sociedade civil — tensionam as tradicionais políticas setoriais, apontando para a necessidade de um esforço integrado, cooperativo e coordenado entre os distintos setores e níveis governamentais, instituições não governamentais e também a sociedade civil.

Apesar dos consensos discursivos em torno do termo intersectorialidade, são muitos os dissensos práticos, como aponta Andrade (2006), o que permite reconhecer que os desafios postos ao processo de construção de ações intersectoriais são inúmeros.

Como apresentado ao longo desse relatório, estudos sobre experiências concretas de implementação de intersectorialidade apontam para caminhos distintos de construção de políticas, programas e intervenções sociais integradas. De um lado, situam-se iniciativas pontuais, isoladas e descontínuas, de abrangência limitada a pequenos territórios, quase sempre decorrentes de esforços de profissionais que atuam na execução e prestação direta de serviços à população. De outro lado, verificam-se esforços de planejamento integrado de políticas sociais, na perspectiva de construção de um novo paradigma para a gestão das cidades, com tentativas de conferir uma nova institucionalidade às intervenções. Todas as experiências analisadas na literatura apontam o caráter processual da intersectorialidade e os obstáculos e limites — de várias ordens — enfrentados na sua construção.

Do ponto de vista analítico, um desafio central é justamente construir um quadro teórico-metodológico capaz de acompanhar a dinâmica de implementação das ações em sua processualidade, buscando examinar os atores sociais, interesses, ideias, instituições, limites e possibilidades e de que forma eles interferem nesse processo. Nessa direção, uma perspectiva analítica promissora é a que considera que o êxito ou o fracasso das ações e programas sociais vai depender diretamente do contexto no qual são implementados, e de seus atores chaves

(stakeholders). As intervenções públicas seriam desenvolvidas em arenas complexas de interação e negociação entre esses atores, incluindo o pesquisador, que determinariam a sua funcionalidade. Tal perspectiva tira o foco de análise dos resultados dos programas e o direciona para os stakeholders e os processos de negociação que os envolve (PAWSON e TILLEY, 2007).

O estudo aqui realizado voltou-se ao exame do processo de implementação das ações intersetoriais dirigidas a famílias pobres do município de Niterói – RJ, a partir da experiência dos programas Bolsa Família e Médico de Família, buscando identificar inovações na intervenção governamental em nível local. Nessa direção, foram construídas três grandes dimensões de análise dos resultados: a. política, enfatizando a dinâmica de interesse, resistências e conflitos que gravita em torno das intervenções analisadas; b. técnico-organizacional, ressaltando-se as estratégias desenvolvidas no nível local, bem como os desafios que concorrem para moldar os níveis de cooperação e conflito entre os setores e c. as experiências das famílias beneficiárias em termos de acesso e utilização dos serviços sociais.

Assim, é importante observar que o desenho do PBF, do PMF e do SUAS, além da indução promovida pelo governo federal para a implantação tanto do PBF quanto do SUAS favoreceram, ao menos no momento inicial de implantação dessas políticas no município de Niterói – a construção de um esforço integrado e cooperativo de articulação entre os setores de saúde, educação e assistência social.

Em Niterói, o contexto de implantação inicial do PBF e do SUAS encontrou ainda um ambiente favorável à intersectorialidade, considerando tanto o aprendizado institucional com as experiências prévias de ações intersetoriais existentes — marcadas pelo localismo e descontinuidade — quanto o protagonismo de atores-chave comprometidos com essa integração e que ocupavam cargos estratégicos na gestão municipal.

Nessa direção, a implantação do Comitê Gestor Intersetorial representou importante avanço na institucionalidade de um espaço de planejamento e discussão conjunta entre os três setores envolvidos no PBF – saúde, educação e assistência social, constituindo-se também em arena de negociação e concertação dos diferentes interesses.

Para além dessa instância de âmbito municipal, o Comitê Gestor Intersetorial estimulou a organização de comissões intersetoriais de âmbito local, constituídas por representantes das instituições dos três setores presentes no nível local. Essas comissões incentivaram o desenvolvimento de ações intersetoriais em seu territórios.

Essa experiência foi, contudo, desmantelada após as eleições municipais de 2008. A coordenação do PBF foi retirada da SMAS para vincular-se diretamente ao gabinete do prefeito, com repercussões no processo que vinha sendo desenvolvido. O mais imediato foi o esvaziamento do Comitê Gestor Intersetorial e a perda de sua capacidade de coordenar as ações intersetoriais vinculadas ao PBF. A transferência de vinculação institucional do PBF também implicou no afastamento da SMAS de qualquer ação mais ampliada e planejada em torno do PBF, embora os CRAS efetuem cadastramento de beneficiários e a SMAS seja a responsável pela gestão do Fundo Municipal de Assistência Social, para onde são encaminhados os recursos do IGD.

Ainda que a existência de arenas intersetoriais da abrangência do Comitê Gestor e das comissões intersetoriais seja fundamental para impulsionar o desenvolvimento de políticas integradas, garantindo ainda a coordenação deste processo, é importante examinar as estratégias desenvolvidas no nível local para a construção da intersectorialidade.

Sob esse aspecto, um ponto de destaque é a definição de um território de intervenção comum aos diferentes setores, na medida em que cada secretaria possuía uma lógica estruturada prévia de organização espacial de regionalização e distribuição de seus equipamentos. Após ampla negociação, a definição seguiu os critérios do setor saúde, sendo adotada a divisão territorial das policlínicas regionais. Os demais setores tiveram que se adaptar a essa nova estruturação, o que foi fonte de tensões com a área de educação.

Na área da assistência social, o pouco número de CRAS existentes e sua baixa capilaridade no território municipal, além de seu precário funcionamento, contribuem para a falta de articulação com os demais setores. Os esforços recentes da SMAS têm se voltada para a implantação do SUAS, muito embora, é bom lembrar, o PBF integra o desenho do sistema, no nível de Proteção Básica, cabendo ainda à SMAS um conjunto de ações de acompanhamento das condicionalidades da assistência social.

Já no setor saúde, o acompanhamento das condicionalidades é percebido pelos profissionais como uma imposição dos níveis hierarquicamente superiores da gestão municipal e uma sobrecarga ao já intenso volume de trabalho das equipes básicas e da supervisão de Serviço Social. Ainda que o PBF seja visto como uma possibilidade de ampliação de acesso a outros equipamentos sociais – demanda bastante recorrente entre os profissionais do PMF – essa promessa não vem sendo cumprida.

No tocante a esse ponto, cabe salientar que a falta de informações sobre o Programa Bolsa Família, até mesmo sobre o cadastro dos beneficiários, constitui obstáculo importante à construção da intersectorialidade no município e limita o próprio acompanhamento das condicionalidades.

A trajetória das famílias beneficiárias aponta dificuldades de acesso a uma rede mais ampla de serviços sociais, processo esse não impactado pela implantação do PBF. O acesso e utilização das redes de saúde e educação já faziam parte da rotina das famílias antes mesmo do PBF, enquanto que o acesso aos demais serviços sociais e aos programas complementares permaneceu o mesmo. Desse modo, o maior ganho do PBF tem se limitado —embora de forma não desprezível— ao aumento do poder de consumo das famílias beneficiárias proporcionado pelo benefício monetário e a precariedade de serviços sociais acaba por não potencializar o uso desse benefício.

Diante desse quadro, é possível concluir que apesar da previsão da intersectorialidade no desenho do PBF, fatores como descontinuidade administrativa, desconhecimento do programa pelos profissionais, frágil controle social, falta de transparência na sua condução e interferências partidárias configuram alguns dos obstáculos à construção da intersectorialidade no município de Niterói, com repercussões nas intervenções públicas direcionadas às famílias pobres.

Referências

- ANDRADE, L.O.M. de. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BEHRING, E.R. e BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*: São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL, MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família*. Brasília: MDS, 2010. Disponível www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidade/acompanhamento.
- BRONZO, C. e VEIGA, L. *Intersectorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática*. Serviço Social & Sociedade 92. pp. 5-21, 2007.
- BURLANDY, L. *Comunidade solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2003.

_____. *Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional*. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (6). pp.1441-1451, 2007.

CARVALHO, M.C.B. *A priorização da família na agenda da política social*. In KALOUSTIAN, SM. (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo-Cortez; Brasília: UNICEF, 1994.

DRAIBE, S.M. *O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas*. Cadernos de Pesquisa 32. Campinas: Nepp-Unicamp, 1998.

ERBAS, D.S. *Uma análise da intersetorialidade no cumprimento das condicionalidades da saúde do Programa Médico de Família a partir das interfaces com o Programa Médico de Família de Niterói*. Dissertação de mestrado em Política Social. Niterói: ESS/ UFF, outubro de 2010.

FERREIRA, M.N. *Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos serviços de saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos – RJ*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2009.

JUNQUEIRA, L.A.P. *Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal*. Revista de Administração Pública 32(2), 1998.

LAVINAS, L. *Proteção social sem compulsórios*. Teoria & Debate 55, pp.12-18, 2004.

LOBATO, LVC. *Dilemas da institucionalização de políticas sociais em 20 anos de constituição*. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

MAGALHÃES, R. et al. *A implementação do Programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias*. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (6). pp.1513-1524, 2007.

MAGALHÃES, R. e BODSTEIN, R. *Avaliação de iniciativas e programas interseoriais em saúde: desafios e aprendizados*. Ciência & Saúde Coletiva 14 (3). pp. 861-868, 2009.

MONNERAT, G.L. et al. *Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família*. Ciência & Saúde Coletiva 12 (6). pp. 1453-1462, 2007.

_____. e SOUZA, R.G. *Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos*. Ser Social 12 (26). pp. 200-220, 2009.

PAWSON R, TILLEY N. A. *history of evaluation in 28 ½ pages*. In: Realistic Evaluation. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications; pp.1-29, 2007.

PEREIRA, P.A.P. *Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar*. In: MIOTO, R.C.T., MATOS, M.C., LEAL, M.C. (orgs). Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. *A assistência social prevista na Constituição e a operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS*. Revista Ser Social, no. 20, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI/ SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Relatório Anual de Gestão*. Niterói: SMAS, 2005.

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

SILVA, P.L.B. et al. *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários*. Relatório Final. Campinas: Núcleo de Avaliação de Políticas Públicas (NEPP)/ UNICAMP. Ex. mimeo, 1999.

SILVA JR., A.G. e OLIVEIRA, G.S. *Participação popular e políticas de saúde em Niterói/ RJ (1970-1992)*. Niterói: UFF/ PMN, 1993.

SILVEIRA, J.R.S. *O SUAS em Niterói: uma análise da implementação da Política Nacional de Assistência no município*. Monografia de conclusão de curso de graduação em Serviço Social. Niterói: ESS/ UFF, 2008.

SOUZA, F.O. *Sistema Único de Assistência Social: avaliação da rede de proteção básica no município de Niterói – RJ*. Dissertação de mestrado em Política Social. Niterói: ESS/ UFF, 2011.

SPOSATI, A. *O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social*. Serviço Social e Sociedade 87, 2006.

VIANA, A.L.D. *Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas*. Revista de Administração Pública, 1998.

VIANNA, M.L.W. *O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social*. In L.V.C. LOBATO e S. FLEURY (org.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Notas

- 1 Assistente Social, Doutora em Saúde Pública e Professora Associada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: monica.senna@globo.com. Fomento da pesquisa: CNPq e FAPERJ
- 2 O SUAS foi regulamentado em 2005, como estrutura integrante da Política Nacional de Assistência Social e pode ser definido como um novo modelo de gestão para a assistência social em todo território nacional, com partilha de responsabilidades entre os três entes federativos. Tem o objetivo central de consolidar um sistema descentralizado e participativo tal como previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), assentando-se em alguns princípios e diretrizes organizacionais, dos quais se destacam: a. o atendimento conforme a gradação da necessidade por níveis de proteção diferenciados; b. o território como base de organização do sistema, no qual a oferta de serviços procura assentar-se na capilaridade da rede de serviços sociais com localizados em áreas próximas aos cidadãos e/ ou nos territórios com maior incidência de vulnerabilidades sociais; c. o trabalho com famílias como princípio matricial e ordenador das ações a serem desenvolvidas pelo poder público; d. descentralização político-administrativa com gestão compartilhada entre as três esferas governamentais, com definição clara das competências de cada um dos entes federados; e. participação e mobilização da sociedade civil; f. mudanças nos mecanismos de financiamento, com superação da relação convencional com os entes federados, repasse regular e automático de recursos fundo a fundo e co-financiamento das três esferas de governo pautado em pisos de proteção social básica e especial; g. adoção de instrumentos de gestão apoiados por sistemas de informações, monitoramento e avaliação das ações. Para maiores informações, consultar NOB-SUAS (2005) e Sposati (2006).
- 3 Os motivos pelos quais o município de Niterói ganha destaque no cenário nacional da política de assistência social ainda não estão suficientemente analisados. Historicamente, o campo da assistência social no município – a exemplo do padrão dessa política social no Brasil – foi marcado pelo predomínio das associações filantrópicas e de benemerência e intensa fragmentação institucional, inclusive com a existência de duas secretarias municipais diferentes para tratar da área: a Secretaria Nacional de Promoção Social e a Secretaria Municipal de Integração e Cidadania. Em 2003, foi criada a Secretaria Municipal de Assistência Social que passa, então, a assumir – ao menos em tese – o comando único da política de assistência social no município. Somente com a implantação do SUAS é que se percebe um movimento de investimento na criação e desenvolvimento de equipamentos públicos de assistência social, embora os profissionais aí lotados fossem quase que exclusivamente contratados. Apenas em 2008 é que se realiza o primeiro concurso público para provimento de cargos na SMAS (SILVEIRA, 2008; SOUZA, 2011). Questões de ordem político-partidária, tais como o alinhamento do partido político do governo municipal com o federal podem ser a chave para explicar o protagonismo assumido pelo município de Niterói na implantação do SUAS, diante do legado prévio da política municipal de assistência social.
- 4 Para as autoras, a noção de intersetorialidade situa-se num continuum que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais preexistentes (baixa densidade) até uma gestão transversal (alta densidade), configurando formas intermediárias e arranjos organizativos diversos.

- 5 O Projeto Niterói foi implantado em 1982 e pioneiro no desenvolvimento de Ações Integradas de Saúde em nível nacional. Através desse projeto, grupos interinstitucionais envolvendo as secretarias municipal e estadual de saúde, o extinto INAMPS, o Ministério da Saúde, a UFF e comunidades pobres do município desenvolveram ações visando à municipalização dos serviços, à gestão colegiada, à universalização da atenção, ao sistema de referência e contra-referência, à organização das bases de dados, às análises epidemiológicas e ao desenvolvimento de programas comunitários (SILVA JR. e OLIVEIRA, 1993; SENNA, 1995).
- 6 Além disso, o município de Niterói ainda possui uma divisão político-administrativa que não corresponde a nenhuma das áreas definidas para as políticas sociais mencionadas, mas que é referência para a organização das Regiões Administrativas, as quais funcionam como braço descentralizado da prefeitura municipal.

Recebido em junho de 2013, aprovado para publicação em agosto de 2013.

