Título do capítulo

CAPÍTULO 11 – COORDENAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA NOS SISTEMAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE SOBRE OS INSTRUMENTOS MOBILIZADOS

Autores(as)

Elaine Cristina Licio

DOI

<http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap11>

Título do livro

COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS

Organizadores(as)

Luciana Jaccoud

Volume

-

Série

-

Cidade

Brasília

Editora

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ano

2020

Edição

-

ISBN

978-65-5635-005-9

DOI

<http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9>

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/porta/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

COORDENAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA NOS SISTEMAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE SOBRE OS INSTRUMENTOS MOBILIZADOS¹

Elaine Cristina Licio

1 INTRODUÇÃO

Além do impacto imediato sobre a redução da extrema pobreza monetária, em virtude do benefício financeiro, o Programa Bolsa Família (PBF) é reconhecido como um programa capaz de ampliar o acesso do seu público aos direitos sociais, reduzir a respectiva desnutrição e mortalidade infantil (Rasella *et al.*, 2013), além de ampliar a permanência na escola (Brauwer *et al.*, 2010). Para alcançar esses resultados, articula os sistemas descentralizados dessas políticas – Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Nacional de Educação (SNE)² –, condicionando a transferência de renda às famílias pobres ao respectivo acesso à saúde materno infantil e ao ensino básico. Outra articulação importante para o PBF ocorre no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (Suas), responsável tanto pela execução local das ações de cadastramento necessárias à operacionalização da transferência de renda, quanto pela oferta do serviço de acompanhamento familiar destinado às famílias em situação de descumprimento de alguma das condicionalidades.

É sobre a interface do PBF com as políticas de saúde, educação e assistência social que trata este texto, abordando as dimensões intergovernamental e intersetorial das estratégias de coordenação adotadas. A atuação conjunta de diferentes atores com objetivos comuns – seja na perspectiva da intersetorialidade, seja na perspectiva das relações intergovernamentais – tem sido defendida como forma de integrar ações que buscam resolver problemas complexos, minimizar sobreposições e lacunas e alcançar a eficiência, a eficácia e a efetividade das políticas públicas

1. Uma primeira versão deste trabalho foi desenvolvida enquanto pesquisadora visitante no Centro de Estudos da Metrópole, dos Centros de Pesquisa, Inovação e Difusão da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (CEM/CEPID/Fapesp), sob orientação da professora doutora Renata Bichir. Este capítulo consiste em uma atualização do Texto para Discussão nº 2.451, *Coordenação do Programa Bolsa Família nos Sistemas de Políticas Públicas*, disponível em: <<https://bit.ly/2Ne9jft>>.

2. Embora previsto pela Emenda Constitucional (EC) nº 59/2009, o SNE ainda não foi regulamentado. Contudo, para fins deste texto, é assim que nos referimos ao conjunto de sistemas (federal, distrital, estaduais e municipais) que conduzem a política de educação no Brasil.

(Moreno, 2007; Alexander, 1993). E é sob esse pressuposto que o desenho do PBF se assenta: articular atores de diferentes níveis de governo e políticas sociais que atuam sobre as muitas dimensões da pobreza. Cada uma dessas políticas possui trajetória e arranjos federativos próprios e mobiliza diferentes instrumentos de coordenação, para garantir o acesso desse público aos respectivos serviços.

Ainda que possua uma interface importante com os sistemas descentralizados dessas três políticas, o PBF não está formalmente inserido em nenhum deles, em que pese, no caso da assistência social, a relação com o programa ser mais orgânica (Colin, Fernandes e Gonelli, 2013; Bichir, 2016). Tais sistemas operam políticas nacionais universais, que materializam direitos sociais e se estruturam sob a lógica do cofinanciamento, da atribuição de responsabilidades específicas a cada nível de governo, da definição de regras nacionais para execução local e – no caso de saúde e assistência social – da participação dos três entes no seu processo decisório. Nesse modelo, os entes subnacionais possuem maiores possibilidades de exercer sua autonomia e contribuir para a concepção e a operacionalização da política. Já o PBF não pode, na prática, ser exigido como direito – ainda que tenha ampla cobertura –, sendo executado a partir de estimativas baseadas no censo populacional e sujeito a limites orçamentários. Sua operação é centralizada à medida que o benefício federal é pago diretamente à família, sem intermediações substantivas dos governos subnacionais – que também não participam do processo decisório sobre seu desenho e sua cobertura (Arretche, 2012; Franzese e Abrucio, 2013). Vale registrar ainda que, conquanto os estados não possuam um papel de destaque na gestão do programa (Fenwick, 2009), os municípios figuram como seus principais executores, tanto das ações de cadastramento quanto da oferta dos serviços objeto das condicionalidades.

Mesmo que o PBF não constitua um direito em si, como os serviços ofertados pelas políticas por ele articuladas, sua cobertura é igualmente expressiva. Ademais, a operação do programa também difere da operação dos sistemas de políticas públicas. Para que, enquanto programa centralizado, consiga influenciar a oferta dos serviços providos pelo nível municipal, é necessário que o PBF se insira como objeto dessas políticas e construa um olhar diferenciado sobre seu público-alvo no acompanhamento da frequência escolar, da vacinação, do pré-natal e da nutrição maternoinfantil, bem como na oferta do serviço de acompanhamento familiar. Nesse sentido, torna-se relevante analisar o esforço do governo federal – por intermédio do então Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)³ e da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), responsável pelo PBF – para mobilizar ações de coordenação federativa e intersetorial e fazer com que, além do benefício, os serviços municipais das três políticas – coordenadas pelo

3. Atualmente denominado Ministério da Cidadania.

Ministério da Saúde (MS), pelo Ministério da Educação (MEC) e pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) do MDS – cheguem às famílias do PBF em todo o país.

Compreender como a dimensão das condicionalidades do Bolsa Família tem articulado a oferta do benefício com a garantia de acesso aos direitos sociais básicos permite o aprendizado sobre os esforços de coordenação entre os sistemas de saúde, educação e assistência social nas três esferas de governo. Embora este estudo aborde aspectos da intersetorialidade promovida no processo de coordenação a partir da Senarc, nosso foco está nas ações de coordenação realizadas pelos sistemas descentralizados das políticas de saúde, educação e assistência social, para garantir atendimento do público do PBF na oferta de seus serviços. A análise se baseia em levantamento bibliográfico, pesquisas, dados sobre o acompanhamento de condicionalidades e documentos relativos ao PBF, atas das comissões intergestores tripartite (CITs), do SUS e do Suas, bem como em entrevistas com burocratas de médio escalão do governo federal que atuam no PBF e nas demais políticas articuladas. O recorte temporal engloba a trajetória do programa desde sua criação, em 2003, até 2016.

O texto é composto de cinco seções, incluindo-se esta introdução. Na segunda seção, abordamos a coordenação federativa e intersetorial de políticas de combate à pobreza, com destaque para os instrumentos comumente utilizados para este fim. Na terceira seção, apresentamos o desenho e a concepção das condicionalidades do Bolsa Família, os instrumentos e as estruturas de coordenação adotadas, bem como os principais resultados do acesso das famílias aos serviços abrangidos nesse processo. Na quarta seção, analisamos instrumentos mobilizados no interior de cada sistema, assim como as respectivas mudanças no seu funcionamento para atender a esse público. Por fim, apresentamos as principais considerações finais do estudo.

2 COORDENAÇÃO FEDERATIVA E INTERSETORIAL PARA ENFRENTAMENTO DA POBREZA

O enfrentamento de problemas complexos – causados por múltiplas dimensões, como a pobreza, que abrange outras carências além da insuficiência de renda – pressupõe uma atuação integrada entre os setores de políticas públicas que oferecem meios para sua superação (Cunill-Grau, 2016). No entanto, para além da necessidade do tratamento intersetorial que as políticas relacionadas ao tema da pobreza devam passar, destacamos a argumentação de Moreno (2007) de que é necessário incluir a perspectiva intergovernamental no seu enfrentamento. O autor defende a atividade de coordenação das ações dos atores envolvidos como meio para lidar com essa dupla perspectiva (intersetorial e intergovernamental), a qual atribui caráter determinante da viabilidade das políticas que enfrentem

questões complexas, sobretudo em sistemas federativos, nos quais o processo de implementação se compõe de relações intergovernamentais entre entes com diferentes responsabilidades, interesses e capacidades de produção de políticas públicas.

A questão da coordenação adquire, portanto, maior relevância quando, no desenvolvimento das ações, além de acomodar ações de diferentes políticas, intervéem um maior número de atores pertencentes a diferentes âmbitos jurisdicionais com palpáveis diferenças em sua capacidade de gestão. Moreno (2007) pontua ainda que a coordenação, por si só, não resolve a falta de compartilhamento de interesses, a incompatibilidade de objetivos ou a inexistência de capacidades ou de recursos, mas pode contribuir para uma forma de governar mais eficiente, mediante a apropriada relação entre os distintos elementos necessários à produção de determinado resultado. Assim, a coordenação seria uma variável que explicaria, em boa parte, a existência de trajetórias e resultados diferenciados na gestão de diversas políticas sociais. De fato, como veremos mais adiante, os resultados do acompanhamento do acesso dos beneficiários do PBF aos serviços são bem diferentes para cada política articulada.

O estudo de Alexander (1993) traz subsídios para se pensar a coordenação de políticas que envolvem a interação entre atores de diferentes setores e níveis de governo. O autor trata da teoria e da prática da coordenação interorganizacional como necessárias quando se planejam ações e decisões que envolvem múltiplos atores não hierarquicamente subordinados, definindo a coordenação como atividade deliberada, realizada por uma organização ou um sistema interorganizacional, com o objetivo de “concertar” as decisões e as ações de suas organizações constituintes. Esse movimento pressupõe a definição de estratégias (de coordenação), compreendidas como uma ampla gama de comportamentos e relacionamentos que podem variar do geral e abstrato – como a cooperação, a barganha, a negociação e a competição – ao concreto e específico – a exemplo do controle por meio de leis, mandatos e contratos.

Não raramente, as pessoas em situação de pobreza residem e transitam em áreas de pouco adensamento dos serviços públicos e possuem maior dificuldade de acesso a estes por desinformação ou até por restrições de mobilidade (ausência ou alto custo do transporte público, residência em local de difícil acesso etc.). O Bolsa Família busca justamente integrar a oferta de serviços universais de saúde, educação e assistência social, com foco especial no seu público-alvo, considerando as respectivas dificuldades estruturais para acessar estes serviços por meio da oferta regular. Essas políticas são operadas de maneira independente, sendo formuladas e cofinanciadas pelos três níveis de governo, mas executadas pelos municípios, a partir de pactos, protocolos, ações de capacitação, sistemas de informação e procedimentos definidos nacionalmente, e contam com uma concepção minimamente comum quanto ao propósito das condicionalidades em relação aos seus objetivos setoriais.

Além de pagar os benefícios por meio da Caixa Econômica Federal (Caixa), boa parte da responsabilidade da Senarc, responsável pela gestão do PBF, consiste na coordenação intersetorial e intergovernamental para que os municípios mantenham a execução das atividades de cadastramento, oferta de serviços, em larga escala, e monitoramento do acesso do público do PBF a estes mesmos serviços. Nestes termos, a gestão do programa conforma um sistema interorganizacional composto por diversos atores, cujas decisões e ações devem passar por um processo de ajuste mútuo para alcançarem os objetivos do programa no enfrentamento da pobreza.

Dado que cada ator tem função específica nesse processo de gestão das condicionalidades, a estratégia de coordenação que a ampara deve ser a de cooperação, para alcançar uma maior efetividade dos seus resultados. Cabe registrar, todavia, que não é necessariamente por altruísmo que atores de diferentes setores e níveis de governo aceitam articular suas iniciativas e cooperar em prol de um objetivo comum. Essa motivação, via de regra, decorre de incentivos como a determinação legal ou a percepção de que as ações coordenadas trarão ganhos individuais maiores do que as ações isoladas. Além disso, essa coordenação não surge espontaneamente. Ela só funciona se estiver sob responsabilidade de um ator com capacidade, legitimidade, motivações e instrumentos adequados para conduzi-la.

Para Licio (2012), embora a necessidade de integração de diversos setores e níveis de governo esteja, desde o início, presente no espírito da norma que criou o PBF em 2003, a preocupação efetiva com esses atores só passou a ser objeto mais específico de intervenção federal, sob o aspecto intergovernamental, a partir de 2005, com o detalhamento das responsabilidades de estados e municípios quanto ao funcionamento do programa e à destinação de recursos federais para apoio à sua gestão descentralizada. Sob o aspecto intersetorial, as estratégias de coordenação com foco na oferta dos serviços aos beneficiários começaram a ser desenvolvidas naquele ano, a partir da estruturação dos processos de acompanhamento das condicionalidades no âmbito do PBF e, posteriormente, no interior de cada sistema articulado. Em ambos os casos, as medidas adotadas no sentido de aproveitar as estruturas em funcionamento das políticas de saúde, educação e assistência social responderam à necessidade de viabilizar rapidamente a expansão nacional do programa, que tinha como meta alcançar 11,1 milhões das famílias até 2006 (Licio, 2012).

O pressuposto, enfim, por trás da coordenação do PBF é que múltiplos atores, de distintos setores (saúde, educação e assistência social) e níveis de governo (União, estados e municípios), compartilhem o objetivo de enfrentamento da pobreza, por meio de ações voltadas às vulnerabilidades das famílias nessa condição. Para tanto, são definidos instrumentos de coordenação no âmbito dos três sistemas de políticas sociais responsáveis pelos serviços abrangidos no processo das condicionalidades. Dependendo de como está, de fato, organizado no nível municipal, a ideia é que o acompanhamento dos serviços relativos às condicionalidades do PBF funcione

como detector de pessoas em situação de pobreza eventualmente não alcançadas pelos serviços sociais universais e, conseqüentemente, permita que o poder público garanta a integralidade da sua oferta.

2.1 Instrumentos de coordenação para promover a implementação local de políticas nacionais

A dimensão federativa da implementação de políticas nacionais no Brasil tem como cenário as lacunas nas definições constitucionais acerca das competências de cada nível de governo, tendo em vista que a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) prevê a cooperação federativa tanto na oferta das políticas sociais universais quanto no enfrentamento da pobreza (art. 23, II, V e X). Nesse sentido, Franzese e Abrucio (2013) avaliam que a CF/1988 criou um modelo de distribuição de competências que, apesar de propor compartilhamento de responsabilidades, não indica quais formas devem ser utilizadas para levar essa cooperação a efeito. Ou seja, não definiu claramente qual função cabe a cada esfera de governo na promoção de políticas públicas, criando para o federalismo brasileiro problemas de responsabilização e superposição de ações, com impactos decorrentes tanto da autonomia dos entes federativos – capazes de sustentar opções próprias de políticas públicas – quanto da sua interdependência – o que provoca dilemas de decisão conjunta ou uma “paralisia decisória”, tendo em vista as oportunidades de veto que os atores possuem ao longo do processo de formulação e implementação.

Marta Arretche (2012), por sua vez, argumenta que a União até conta com recursos institucionais para coordenar as ações dos governos subnacionais em torno dos objetivos nacionais comuns. No entanto, para obter cooperação e alcançar maior efetividade de uma política nacional, a autora avalia ser necessário que a União incorpore os interesses dos governos subnacionais e mobilize incentivos e outros mecanismos para que implementem determinado programa nacional. No caso do PBF, a necessária cooperação federativa para enfrentamento da pobreza implica mobilizar mecanismos de coordenação, que buscam promover mudanças na oferta das políticas de saúde, educação e assistência social, com um direcionamento mais efetivo à parcela mais desfavorecida da população.

Entendemos como *instrumentos de coordenação* os distintos dispositivos operacionais identificados por Alexander (1993), voltados à viabilização das relações entre os níveis de governo, agências e políticas públicas, que buscam implementar projetos comuns. Dois dos tipos destacados pelo autor se aplicam ao caso analisado: *i) as estruturas de coordenação*, redes informais, grupos de trabalho, instâncias decisórias constituídas para promover e organizar relações intergovernamentais horizontais e verticais, órgãos específicos de coordenação; e *ii) as ferramentas de coordenação*, reuniões e comunicações informais; planejamento conjunto; e aprovação e controle de planos de intervenção, contratos, estatutos e regulamentações. Enquanto as “estruturas”

caracterizam o *tipo de relação e espaços de interação* entre os atores na condução de suas ações, as “ferramentas” constituem os *meios acordados entre esses atores* sobre a forma mais adequada para se alcançarem objetivos comuns – sob o aspecto da intersetorialidade – ou implementar uma política – sob o aspecto intergovernamental. Ambos podem variar em graus de autonomia – mais limitados ou com grande poder de persuasão – e formalização, podendo, inclusive, serem informais. Aliás, sob esse aspecto, cabe pontuar que, dado o rico conjunto de ações informais e percepções dos agentes públicos envolvidos nas relações entre burocracias de diferentes níveis de governo, os instrumentos informais de coordenação podem ser tão ou mais importantes que os formais.

Nuria Cunill-Grau (2016) e Franzese e Abrucio (2013) tratam de aspectos dos sistemas de políticas públicas que podem ser interpretados como estruturas de coordenação. A primeira autora aponta a necessidade de construção de arranjos comuns de governança; espaços ou instâncias em que os setores envolvidos possam, pelo menos, expressar seus interesses e resolver suas diferenças ou conflitos. No caso em que estas ações dependam de níveis locais de governo, recomenda a autora, cabe destinar canais bidirecionais (dispositivos de governança comum entre níveis de governo) que permitam a pactuação entre os entes, favorecendo a abordagem integral dos problemas. Embora não considere que a mera existência dessas instâncias garanta a integração, ela avalia que a cooperação alcançada por meio do diálogo se mostraria mais eficaz que a alcançada por meio da autoridade. Franzese e Abrucio (2013) também reconhecem a importância das instâncias de articulação de atores. Avaliam que as CITs – que reúnem representantes dos três níveis de governo – constituem importante legado institucional da política de saúde para o funcionamento da Federação brasileira. Essa inovação do SUS, durante a década de 1990, trouxe uma nova forma de negociação intergovernamental, replicada posteriormente pela política de assistência social. Para os autores, estes espaços de negociação constituem arenas de pactuação e disputa política, em que cada ente vai utilizar os recursos de que dispõe para obter os melhores resultados para si. Para tanto, o governo federal costuma utilizar seu poder de emissão de regulamentos gerais e de financiamento, enquanto os governos subnacionais – em especial, os municípios – contam com seu poder de implementação (execução) das políticas sociais.

O trabalho de Vazquez (2014), por sua vez, se aproxima do conceito das ferramentas destacadas por Alexander (1993), como forma de influenciar interesses e induzir comportamentos dos entes subnacionais sob o aspecto financeiro. Nesse sentido, identifica os diferentes instrumentos utilizados pela União para promover a expansão dos serviços de educação e saúde, a partir da segunda metade da década de 1990, no sentido da universalização da oferta. Sua análise considerou o conjunto de regras e incentivos que visaram estabelecer padrões nacionais de atuação dos municípios brasileiros na execução local da política, tendo identificado três principais instrumentos financeiros utilizados desde então: *i*) a vinculação de receitas e a imposição de limites

mínimos de gasto por nível de governo;⁴ *ii*) a constituição de fundos específicos para o financiamento da política (arts. 60 e 74 da CF/1988); e *iii*) as transferências condicionadas à oferta de programas – reguladas em leis ordinárias e portarias ministeriais.

No caso em tela, o autor considera que a vinculação de receitas e a imposição de limites mínimos de gasto por nível de governo miraram o direcionamento dos recursos descentralizados para as políticas definidas como prioritárias. Já a exigência de contrapartidas para o recebimento de repasses federais, por meio de regras associadas à oferta da política, conferiu caráter automático e contínuo aos repasses no caso de cumprimento das exigências. Com esses instrumentos, o governo central esperava que as condições impostas para os repasses afetassem as decisões alocativas e restringissem a autonomia orçamentária dos municípios. Em seu conjunto, tais instrumentos buscaram refletir o esforço local para alcance de objetivos nacionais em áreas definidas constitucionalmente como de competência compartilhada. No fim das contas, o autor avalia que estes instrumentos foram capazes de efetivamente reduzir as desigualdades nos recursos disponíveis e nas condições de oferta dos serviços de saúde e educação pelos estados e municípios (Vazquez, 2014).

Sandra Gomes (2010) traz novos elementos ao debate, apontando outros subsídios conceituais relevantes para o esclarecimento da *performance* na execução descentralizada de políticas públicas. Além do desenho institucional da política – que abrange as ferramentas levantadas por Alexander (1993) – e, mais precisamente, do aspecto fiscal, tratado por Vazquez (2014), a autora destaca a importância da capacidade administrativa – em termos de pessoal, estrutura e procedimentos administrativos eficientes – e do papel da liderança política, dado o poder de convencimento dos dirigentes públicos para conduzirem reformas e garantirem apoio de atores-chave, para conferir legitimidade a determinadas ações. As contribuições de Gomes (2010) permitem situar o contexto em que se desenvolveram os processos de acompanhamento das condicionalidades do PBF. A prioridade política conferida ao programa pelos presidentes da República desde sua criação (Lula, entre 2003 e 2010, e Dilma, a partir de 2011) explica, em boa parte, a importância que o tema assumiu no âmbito dos serviços de educação, saúde e assistência social, o que facilitou a articulação intersetorial promovida pelo MDS com os sistemas de saúde e educação, sobretudo no nível federal. Ademais, Ambrozio e Andrade (2016) consideram que tão ou mais importante que o engajamento presidencial foi o envolvimento da burocracia de médio escalão para a construção da intersetorialidade no Executivo federal, por meio daqueles implicados no programa e suas condicionalidades.⁵

4. De 15% das receitas municipais e 12% das receitas estaduais para a saúde (art. 77 da CF/1988) e de 25% das receitas estaduais e municipais para a educação (art. 212 da CF/1988).

5. Os autores pontuam que a relação entre especialistas em políticas públicas e gestão governamental (carreira horizontal do governo federal) representou importante teia intersetorial na construção da concepção e dos instrumentos relacionados ao processo das condicionalidades.

Já a questão da capacidade administrativa para oferta dos serviços pode ser compreendida a partir do nível de institucionalização dessas políticas, partindo do pressuposto de que quanto maior o amadurecimento dos instrumentos de coordenação federativa que induziram a expansão nacional dos respectivos serviços no sentido da universalização, maior a capacidade do sistema em operar a oferta e o monitoramento do acesso do público do PBF. A nosso ver, esse aspecto favoreceu as políticas de saúde e educação em detrimento da assistência social. As duas primeiras consolidaram arranjos federativos enquanto políticas públicas e estruturaram sua oferta muitos anos antes do Suas, criado apenas em 2005 (Jaccoud, Licio e Leandro, 2017).

As reflexões de Alexander (1993), e demais autores referenciados, informam a matriz conceitual desta análise sobre como os sistemas das três políticas articuladas pelo PBF se estruturaram em termos de coordenação federativa e como isso afetou o funcionamento da política quanto ao público em situação de pobreza. Adotaremos a terminologia das estruturas de coordenação como formas organizacionais que visam transformar relações não coordenadas em sistemas integrados, tais como as instâncias de coordenação intergovernamental e intersetorial e as redes de gestores envolvidos nos processos das condicionalidades (Franzese e Abrucio, 2013; Cunill-Grau, 2016). As ferramentas de coordenação, por sua vez, serão concebidas como elementos da ação organizacional que ativam a coordenação, fornecendo subsídios (sistemas de informação), limites e possibilidades (regulamentos, pactos e contratos) para atuação dos entes, bem como incentivos institucionais ou financeiros (Vazquez, 2014) capazes de influenciar os interesses dos entes subnacionais na implementação de políticas nacionais (Arretche, 2012).

3 CONCEPÇÃO, INSTRUMENTOS E RESULTADOS DAS CONDICIONALIDADES

De acordo com o desenho do PBF, todas as famílias beneficiárias devem ser acompanhadas pelas áreas de saúde e educação, bem como pela assistência social no âmbito das condicionalidades, em uma perspectiva de reforçar o acesso a essas políticas universais. Na educação, crianças e adolescentes devem ter a frequência escolar verificada bimestralmente.⁶ Na saúde, crianças de 0 a 6 anos devem ter o calendário vacinal, o peso e a altura acompanhados, bem como as gestantes devem fazer o pré-natal. Cabe à assistência social, por sua vez, priorizar os beneficiários em situação de descumprimento das condicionalidades de saúde ou educação nos serviços de acompanhamento familiar, obrigatórios no caso das famílias com suspensão do benefício por esse motivo.

A concepção das condicionalidades como reforço do acesso a direitos, e não como instrumento de punição das famílias, não estava clara no desenho inicial do programa, nem para o MDS e muito menos para seus parceiros. Conforme apurou

6. De modo a alcançar, no mínimo, 85% para crianças entre 6 e 15 anos e 75% para adolescentes de 16 e 17 anos.

Licio (2012), essa concepção foi elaborada progressivamente, junto com políticas articuladas, de modo a conferir um sentido mais construtivo e integrador. Agatte e Antunes (2014) explicam que, originalmente, as condicionalidades buscavam induzir o comportamento das famílias, por meio da associação entre o benefício e as decisões quanto à manutenção de seus integrantes na escola e ao acesso à saúde, trazendo um aspecto punitivo ao descumprimento. Posteriormente, introduziu-se a compreensão de que as condicionalidades funcionariam como indicativo de vulnerabilidade social, impondo ao poder público a responsabilidade de garantir que os serviços chegassem até as famílias em situação de pobreza e que estas tivessem condições de acessá-los. Nessa nova perspectiva, o acompanhamento das condicionalidades reorienta a atuação do poder público para a promoção da inclusão dessas famílias, devendo identificar os motivos do descumprimento, de modo a subsidiar a implementação de ações de acompanhamento daquelas em situação de maior vulnerabilidade (Agatte e Antunes, 2014).

O processo de amadurecimento conjunto dos propósitos em torno das condicionalidades foi, inclusive, o mote da criação de uma estrutura de coordenação específica – nos termos de Alexander (1993) –, de forma a alinhar as expectativas e as possibilidades de cada um dos atores diretamente interessados. O Fórum Intersetorial e Intergovernamental de Gestão das Condicionalidades esteve ativo entre 2007 e 2011.⁷ Segundo Cunha e Câmara (2008), esta instância – integrada por representantes do MDS, do MEC, do MS e das entidades de representação de estados e municípios nas três áreas⁸ – foi criada a partir da constatação da insuficiência da negociação intergovernamental no âmbito de cada política setorial, para construção de consensos intersetoriais no PBF.

De fato, sua contribuição mais relevante foi a construção do entendimento comum sobre a definição, os fundamentos e os objetivos das condicionalidades do PBF no âmbito das três políticas. Todavia, segundo Licio (2012), esse fórum não conseguiu avançar na discussão de aspectos mais operacionais das condicionalidades, de modo que a ausência de regularidade das reuniões – bem como os constrangimentos por parte dos representantes das políticas articuladas, que se sentiam “cobrados” pelo PBF – foi aos poucos desmobilizando os atores.⁹

Para além das condicionalidades, a gestão do PBF como um todo é tratada em duas outras estruturas de coordenação. Na primeira, a CIT/Suas, a inserção do tema do PBF é superficial e ocorre no sentido mais de informar e tirar dúvidas do que

7. As primeiras reuniões do fórum ocorreram a partir de 2007, em caráter informal, sendo oficializado por meio da Portaria Interministerial MDS/MEC/MS nº 2, de 16 de setembro de 2009.

8. Na assistência social: Colegiado Nacional de Gestores da Assistência Social (Congemas) e Fórum dos Secretários Estaduais de Assistência Social (Fonseas). Na saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na educação: União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime) e Conselho Nacional de Secretários de Educação (Consed).

9. Embora não tenha sido formalmente extinto, a última reunião do fórum ocorreu em 2011.

de pactuar aspectos relevantes do seu desenho (Licio, 2012). A outra estrutura, de caráter informal, consiste na rede de gestores¹⁰ municipais e estaduais responsáveis pelo programa nos três níveis de governo, a qual é mobilizada periodicamente por meio de capacitações, informes eletrônicos semanais,¹¹ encontros temáticos e outras formas de comunicação, com o objetivo de atualizá-los sobre as novidades na sua gestão, tirar dúvidas e receber *feedbacks* sobre a implementação local das diretrizes nacionais. Essas ações informais de mobilização integram o rol de ferramentas de coordenação do PBF, aspecto que exploramos a seguir.

3.1 Ferramentas de coordenação mobilizadas pelo PBF

Para efetivar a dimensão das condicionalidades, a coordenação do PBF teve de operar para além da relação com os ministérios responsáveis pelos serviços envolvidos e adentrar seus sistemas descentralizados de oferta. Resgatamos aqui os instrumentos adotados para fazer convergir a ação local para o alcance das metas nacionais do programa no interior de cada política. Nesse sentido, para além da estrutura de coordenação representada pelo Fórum Intersetorial e Intergovernamental de Gestão das Condicionalidades, e da eventual abordagem do PBF pela CIT/Suas, identificamos quatro ferramentas de coordenação mobilizadas pelo MDS para articular a oferta dos serviços de saúde, educação e assistência social ao público do programa; quais sejam, o Plano Plurianual (PPA), o Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único), o Índice de Gestão Descentralizada (IGD-PBF) e o Sistema de Condicionalidades (Sicon).

A gestão das condicionalidades é contemplada nos objetivos, nas metas, nos indicadores e nas ações previstos em uma das principais ferramentas de planejamento federal – o Plano Plurianual do governo federal (PPA 2016-2019).¹² Os indicadores de acompanhamento do acesso das famílias assistidas pelo PBF aos serviços de educação e assistência social compõem tanto o programa do PPA dedicado ao PBF¹³ quanto os programas setoriais responsáveis por estes serviços.¹⁴ O acompanhamento das condicionalidades de saúde aparece no programa do PBF¹⁵ e em

10. Embora a rede funcione informalmente, os gestores do PBF são oficialmente indicados pelos prefeitos/governadores por ocasião da assinatura do termo de adesão ao programa. Um dos compromissos assumidos pelos entes federados é de justamente manter os dados desse gestor atualizados para fins de comunicação sobre a gestão do PBF.

11. O MDS disponibiliza, periodicamente, a gestores e técnicos do PBF, informe eletrônico com as principais novidades do programa desde 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2FuYkMV>>.

12. Instrumento de planejamento governamental que define diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada, com o propósito de viabilizar a implementação e a gestão das políticas públicas (art. 2º da Lei nº 13.249/2016).

13. Programa: 2019 – Inclusão social por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da articulação de políticas sociais – objetivo 374.

14. Programa: 2080 – Educação de qualidade para todos – objetivo 1007; e Programa: 2037 – Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) – Objetivo 370. Embora o PBF esteja no PPA federal desde 2004, a discriminação das ações relativas ao acompanhamento das condicionalidades no âmbito dos programas setoriais é uma novidade do PPA mais recente (2016-2019).

15. No qual o MS é apontado como responsável pela consecução de uma das metas do objetivo 374.

outro relativo ao tema da segurança alimentar.¹⁶ Embora a inclusão da gestão das condicionalidades nos programas setoriais do PPA não produza efeitos imediatos em termos de coordenação intergovernamental, alguns entrevistados – da saúde e do MDS – a consideram importante para legitimar suas ações, visto que garante ao PBF um espaço na agenda de prioridades das políticas articuladas.

A segunda ferramenta consiste no Cadastro Único, instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, criado para dar suporte à gestão do PBF, mas que hoje é usado por dezenas de outras iniciativas dos três níveis de governo. O Cadastro Único estruturou-se a partir da descentralização de sua execução, mediante adesão formal de estados e municípios, que assumiram compromissos específicos para sua implementação (Direito *et al.*, 2016). Sua principal relevância na gestão das condicionalidades consiste no fornecimento das informações relativas à escola e à unidade de saúde frequentadas pelos membros das famílias do PBF.

Uma terceira ferramenta consiste no IGD-PBF, criado, em 2006, como meio de promoção da articulação federativa e intersetorial na gestão local do programa, na forma de um incentivo financeiro. Seu objetivo é promover a cooperação dos entes na implementação das diretrizes nacionais do programa (Lício, 2012). Orientado pela contratualização de resultados, este indicador mensura e remunera o desempenho municipal e estadual nas atividades de cadastramento e acompanhamento das condicionalidades. Em vez de transferir recursos antes da execução de tarefas específicas – tal como a modalidade convencional tradicionalmente utilizada em programas intergovernamentais –, o repasse do IGD-PBF é feito do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) aos respectivos fundos estaduais e municipais, após o alcance de resultados previamente definidos. Tais recursos devem ser aplicados em quaisquer atividades de gestão do PBF – seja em caráter de custeio ou investimento, seja nas áreas de saúde, educação ou assistência social. A engenhosidade por trás do incentivo financeiro consiste na necessidade de sintonia da atuação da assistência social – responsável pelas atividades de cadastramento e acompanhamento familiar – com as áreas de saúde e educação – encarregadas do acompanhamento das condicionalidades – no nível local. Exemplo disso é o fato de que a localização das famílias do PBF no público-alvo para acompanhamento das condicionalidades da saúde e educação depende da qualidade do cadastramento realizado pela assistência social. Dessa forma, o IGD-PBF assegura que o ente federativo tenha um padrão de desempenho mínimo desejável, com ações contempladas no campo das três políticas articuladas (Cireno, 2016).

Outra ferramenta fundamental na coordenação do PBF é o Sistema de Condicionais, desenvolvido e mantido pelo MDS, responsável pela alimentação das informações sobre o acompanhamento das condicionalidades, também utilizadas

16. Programa: 2069 – Segurança alimentar e nutricional – objetivo 615, sob responsabilidade do MDS.

para cálculo do IGD-PBF. Criado em 2008, o Sicon integra as informações do PBF e das três políticas articuladas, mediante a interoperabilidade entre os respectivos sistemas de informação (Cadastro Único, Sistema Presença de Acompanhamento da Frequência Escolar do PBF e Sistema de Gestão do PBF na Saúde, respectivamente). Essa ferramenta não só identifica as famílias a serem acompanhadas, mas também recebe de volta e consolida os resultados desse acompanhamento, de modo a mensurar a cobertura dos serviços para o público atendido pelo PBF.¹⁷

O Sicon disponibiliza informações individualizadas e territorializadas, inclusive a respeito dos motivos do descumprimento das condicionalidades, constituindo importante instrumento de trabalho para os gestores municipais das três políticas, em especial na área de assistência social, que, conforme veremos mais adiante, não possui sistema de informação próprio para acompanhar a oferta do serviço de acompanhamento familiar ao público do PBF. Nele, os gestores podem realizar consultas sobre o histórico de condicionalidades das famílias, obter relatórios e listas de famílias em situação de descumprimento, registrar decisões sobre os recursos dos beneficiários que discordarem dos efeitos decorrentes do descumprimento, acompanhar famílias nessa situação e, inclusive, suspender os efeitos do descumprimento sobre seus benefícios.

É enfim, a partir das ferramentas de coordenação mobilizadas pelo PBF na forma de planejamento (PPA), sistemas de informação (Cadastro Único e Sicon) e incentivo financeiro para apoio à gestão descentralizada (IGD-PBF) – algumas mais efetivas que outras –, que a dimensão das condicionalidades demanda que o público do PBF seja considerado prioritário no âmbito dos serviços envolvidos, bem como tenha seu respectivo atendimento registrado de forma individualizada.

3.2 Resultados do acompanhamento das famílias do PBF nos serviços de saúde, educação e assistência social

Analisar de que maneira os sistemas descentralizados da saúde, educação e assistência social estão se estruturando, do ponto de vista federativo, para responder aos desafios impostos pela agenda do PBF e como isso se reflete em mudanças no seu funcionamento quanto ao público do programa implica ainda conhecer seus respectivos resultados na gestão das condicionalidades.

17. Resumidamente, a partir das informações das famílias que constam no Cadastro Único e do sistema de pagamentos do Bolsa Família, o Sicon gera o público com perfil para acompanhamento das condicionalidades. Em seguida, o MDS envia para o MEC e para o MS as listas com o respectivo público a ser acompanhado, os quais, por sua vez disponibilizam as informações aos municípios. Este envio ocorre por meio de sistemas de informação criados especificamente para este fim. Com base nestas listas, organizadas territorialmente, os municípios realizam o acompanhamento e coletam os resultados da frequência escolar e do atendimento em saúde, bem como os registram nos respectivos sistemas, que, por fim, devolvem as informações ao Sicon. De posse dessas informações, esse sistema processa a repercussão das informações sobre o descumprimento das condicionalidades no pagamento do benefício do PBF (advertência, bloqueio, suspensão ou cancelamento do benefício), gerando, por sua vez, o público-alvo para acompanhamento socioassistencial.

Para identificar o resultado da cobertura dos serviços direcionados ao público do PBF, adotamos como indicador o número de crianças/adolescentes/famílias que os municípios informaram haver sido efetivamente acompanhado nos sistemas de informações pertinentes.¹⁸ O gráfico 1 mostra diferentes resultados da oferta e do acompanhamento dos serviços que integram o processo das condicionalidades (frequência escolar de crianças de 6 a 17 anos na educação; acompanhamento nutricional de gestantes, nutrizes e crianças até 6 anos e vacinação infantil, na saúde; e acompanhamento familiar socioassistencial, na assistência social). O melhor desempenho é o da área de educação, que alcança entre 80% e 90% do seu público-alvo, seguida pela saúde, que tem alcançado cerca de 75% das famílias do PBF. A *performance* mais tímida, e cuja mensuração começou mais recentemente, é a da assistência social, com menos de 20% da sua meta de oferta/acompanhamento.

GRÁFICO 1

Evolução do acompanhamento da oferta e acesso do público do PBF pelos serviços de educação, saúde e assistência social (2005-2016)

(Em %)

Fonte: Senarc/MDS.

Elaboração da autora.

Obs.: As informações da área de educação e assistência social correspondem ao mês de novembro de cada ano. No caso da saúde, os dados são sempre do segundo semestre de cada ano.

18. Vale lembrar que esses resultados das condicionalidades compõem o indicador sintético do IGD-PBF, juntamente com o resultado na gestão do Cadastro Único (atualização cadastral). Pelo fato de reunir informações além das condicionalidades, preferimos não usar, na análise, o indicador sintético do IGD, mas desmembrar os indicadores de condicionalidades, de forma a obter um olhar particular sobre o fenômeno.

Esses resultados revelam diferentes níveis de apropriação das incumbências colocadas pelo PBF às políticas universais quanto ao público em situação de pobreza e, em certa medida, refletem não só diferentes níveis de organização prévia da respectiva oferta, mas também a cronologia do esforço de estruturação da articulação intersetorial do PBF. Conforme veremos adiante, até 2010, este esforço ficou concentrado na área de educação, tendo posteriormente focado a área de saúde (2011-2012) e, apenas em 2013, priorizado o serviço de acompanhamento familiar da assistência social.

Vale registrar nosso entendimento de que os instrumentos de coordenação federativa por trás dos processos conformadores de tais resultados são apenas parte do seu conjunto de determinantes, sendo também influenciados pelas capacidades estatais do nível municipal e pelo respectivo arranjo institucional para oferta e monitoramento do serviço. Nesse sentido, Bichir, Canato e Stephanelli (2017) avaliam que, dada a necessidade de interpretação e negociação dos implementadores, a dimensão cognitiva seria essencial na análise, pois, sem compartilhamento de valores e ideias sobre problemas e soluções, seria difícil interferir na gestão local com instrumentos federais apenas. Ou seja, embora melhores resultados sugiram que a coordenação do PBF nos sistemas esteja produzindo maior integração entre as políticas, essa correlação não é tão direta, porque depende de como estão organizadas as relações intergovernamentais e as capacidades institucionais da gestão municipal.

Nessa linha, Araújo *et al.* (2015) ponderam que diferenças entre os municípios – como a acentuada assimetria de recursos por habitante, bem como o fato de a descentralização fiscal favorecer municípios menores e de a demanda por políticas públicas se concentrar nos grandes centros urbanos – devem ser consideradas para compreender o papel definidor da gestão municipal no êxito das políticas públicas. Estes autores avaliam que, embora a implementação inicial do programa em uma estrutura de gestão previamente existente – no âmbito da saúde e da educação – e construída simultaneamente, no caso da assistência social –, o tenha viabilizado rapidamente, existiria uma incompatibilidade entre o caráter focalizado do programa e a universalidade “pressuposta” das políticas por ele articuladas, uma vez que, na prática, o que ocorre é uma insuficiência desses serviços, resultando no atendimento a apenas parte da população. Na verdade, ainda que desde o início o PBF tenha deixado clara sua perspectiva em relação à equidade, em decorrência da expressiva cobertura do programa, os autores verificaram, num primeiro momento, uma espécie de “choque” de princípios e mesmo de logísticas para separar o público do PBF do público mais amplo. Essa focalização na universalidade estabeleceria, *a priori*, uma seletividade em relação ao público mais vulnerável, o que implicaria a existência de territórios com maior concentração de famílias beneficiárias do PBF que outras. Por sua vez, a maior necessidade de atendimento deveria ser acompanhada da ampliação da rede nessas localidades, na medida em que a articulação com o PBF pressiona o aumento de atendimentos.

Com base nos dados disponíveis para o período 2005-2012, os autores avaliam que as ações de saúde e educação não alcançaram o mesmo ritmo de expansão do PBF no atendimento ao seu público. Argumentam que fragilidades da rede de serviços nos bolsões de pobreza, com maior incidência do público do PBF, teriam implicações diretas no seu desempenho, especialmente em áreas urbanas com baixa capacidade gerencial municipal, em virtude do número insuficiente de unidades de atendimento e da incompatibilidade da distribuição espacial dos serviços. As principais causas desses entraves – ainda mais graves na política de assistência social, que começou a se estruturar enquanto tal apenas em 2005 – seriam a insuficiência de recursos humanos (quantitativa e qualitativamente), recursos financeiros e institucionais (Araújo *et al.*, 2015).

Ainda que reconheçamos a existência de limites da indução federal em contextos de baixa capacidade estatal local, em especial quanto à adequação de diretrizes nacionais aos diversos contextos territoriais, consideramos que instrumentos de coordenação nacionalmente implementados influenciam interesses municipais e são essenciais para a estruturação dos procedimentos de oferta e acompanhamento dos serviços no território, podendo, no caso em tela, promover o princípio da equidade na oferta das políticas universais, a partir de mudanças na forma como a política se relaciona com o público mais pobre. Dado que não faremos uma análise do processo de implementação municipal do PBF¹⁹ – o que demandaria ainda discutir as capacidades estatais –, os resultados nacionais do acompanhamento das condicionalidades servirão como baliza para verificar suas eventuais associações com momentos de maior ou menor mobilização dos instrumentos de coordenação analisados.

4 COORDENAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA NOS SISTEMAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Franzese e Abrucio (2013) argumentam que a interação entre políticas sociais e federalismo, no período pós-CF/1988, construiu importante inovação federativa, conhecida como “sistemas de políticas públicas”. Essa estrutura – que funciona atualmente nas áreas de saúde e assistência social, e constitucionalmente prevista para a educação – teria sido responsável pela configuração de um federalismo cada vez mais cooperativo no Brasil.

Para os autores, o fato de a universalização das políticas sociais ter entrado na agenda num contexto de crise fiscal do Estado – que apontava para a necessária redução do seu escopo – foi decisivo para se adotar o caminho da descentralização, a partir de meados da década de 1990. Fomentado pelo mote da redemocratização, o resultado foi a transferência não apenas de recursos vinculados a programas, mas também de grande parte da gestão das políticas sociais para o nível municipal, mais próximo dos cidadãos e, portanto, mais “permeável”

19. O que já foi feito por outros estudos, como Bichir (2011) e Ambrósio e Andrade (2016).

às suas demandas. Esse processo teria produzido uma nova burocracia local e novas clientelas de serviços, que, ao longo do tempo, fortaleceram o município no contexto federativo (Franzese e Abrucio, 2013).

O PBF se valeu desse movimento de fortalecimento do ente municipal enquanto executor de políticas nacionais para estruturar suas ações, obtendo rápida expansão da sua dimensão de transferência de renda, com base no legado das experiências federais setoriais que já haviam conferido aos municípios o papel de cadastramento dos beneficiários. A partir de 2005, se aliou ao Suas, então nascente, adotando o gestor municipal desse sistema como ator responsável pelas ações de cadastramento necessárias à concessão e à manutenção dos benefícios (Licio, 2012). Todavia, diferentemente da perspectiva da transferência de renda – que alcançou sua meta de famílias já em 2006 –, o desempenho dos municípios no campo das condicionalidades não foi tão imediato. Na verdade, este impacto foi e ainda é bem heterogêneo entre as políticas articuladas.

Identificamos duas principais variáveis que, em princípio, favoreceram a necessidade de coordenação nacional do PBF, em vez de se optar por uma estrutura federal própria e desconcentrada para sua execução: *i*) a dependência da União em relação ao poder de implementação dos municípios para cadastramento e gestão das condicionalidades; e *ii*) a intersectorialidade decorrente do caráter multidimensional da pobreza. Na prática da oferta dos serviços sociais no Brasil, a interação entre os componentes federativo e intersectorial do programa se materializa em diversos procedimentos conduzidos pela SNAS, pelo MEC e pelo MS, os quais precisam sensibilizar, pactuar e mobilizar seus sistemas de políticas públicas para dar conta de suas responsabilidades para com o PBF.

Cada sistema de política articulado pelo PBF apresenta, assim, diferentes níveis de institucionalização e legados da sua relação com as iniciativas de transferência de renda, os quais, por sua vez, influenciaram a definição de instrumentos de coordenação e a adequação dos processos de oferta dos serviços objeto das condicionalidades.

4.1 O PBF e a educação

A ideia de associação da transferência de renda com a política de educação tem sua origem nos debates dos economistas José Márcio Camargo (1993) e Cristovam Buarque (1994), como forma mais efetiva de enfrentamento da pobreza que o imposto de renda de negativo – então defendido pelo senador Suplicy (Licio, 2012). Foi, inclusive, com este viés que a transferência de renda condicionada surgiu nos municípios brasileiros e se disseminou pelos governos subnacionais, sobretudo na segunda metade da década de 1990 (Coelho, 2009). Também foi associada à educação que surgiram as primeiras experiências federais de transferência de renda condicionada mais abrangentes, no segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso.²⁰

20. Programa de Garantia de Renda Mínima, vinculado à educação (Lei nº 9.533/1997), e Programa Bolsa Escola Federal (Lei nº 10.219/2001).

Tal como nos programas anteriores, no Bolsa Família a articulação com a educação se dá por meio da associação dos benefícios à frequência escolar. Todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária. Já os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Quando a criança ou o adolescente não alcança o percentual mínimo exigido, o poder público deve indicar o motivo²¹ para tanto, de forma a subsidiar o acompanhamento das vulnerabilidades dessas famílias. Na visão do MEC, a condicionalidade de educação visa estimular a permanência e a progressão escolar, por meio do acompanhamento individual dos motivos da baixa frequência do aluno beneficiário em vulnerabilidade, além de sua superação, com vistas a garantir a conclusão do ensino fundamental e a continuidade dos estudos no ensino médio (Brasil, 2010).

A faixa etária dos alunos de 6 a 15 anos corresponde ao ensino fundamental, enquanto a faixa de 16 e 17 anos concerne ao ensino médio. Em novembro de 2016, havia 12,9 milhões de crianças entre 6 e 15 anos e 3,1 milhões de jovens entre 16 e 17 anos com perfil de acompanhamento da frequência escolar no PBF. A oferta dos serviços correspondentes à condicionalidade da educação é de responsabilidade dos municípios (ensino fundamental) e dos estados (ensino fundamental e médio). Há variações na proporção de oferta de vagas estaduais e municipais para cada nível de ensino, de forma que, em alguns estados, o ensino fundamental é mais municipalizado do que em outros. Mas, de forma geral, os municípios ofertam os primeiros anos (1º ao 5º ano) e os estados disponibilizam os anos finais do ensino fundamental (6º ao 9º ano).

A área responsável pelo acompanhamento da frequência escolar no MEC é a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi), a qual, em uma antiga configuração, foi responsável pelo Programa Bolsa Escola Federal, que deu origem ao PBF. Portanto, o arranjo institucional do acompanhamento das condicionalidades do MEC não está situado na Secretaria de Educação Básica, responsável pelo apoio da União às redes estaduais e municipais de ensino fundamental e médio, o que sugere uma aderência superficial do tema em relação à agenda mais orgânica desses níveis de ensino. Esse também

21. Desde a vigência da Portaria nº 321/2008, do Gabinete do Ministro (GM) do MDS, ficou definido que os motivos de baixa frequência podem ou não gerar repercussão no pagamento dos benefícios do PBF. No primeiro caso, estão as situações de vulnerabilidade e risco no âmbito das relações familiares e sociais, tais como situação de rua, trabalho infantil, gravidez precoce, violência, abuso sexual, abandono escolar, negligência dos pais etc. Entre os que não geram efeitos sobre o benefício, estão situações de doença do aluno, óbito na família, fatores que impedem o deslocamento à escola, situação coletiva que impede a escola de receber seus alunos e discriminação no ambiente escolar. Alguns motivos também revelam a situação "sem vínculo escolar", a qual pode indicar lacuna de oferta do serviço no território. Em todos os casos, a escola é responsável por articular com as demais políticas a oferta de serviços voltados à superação da vulnerabilidade encontrada. Lista atualizada dos motivos está no *link* disponível em: <<https://bit.ly/2DwGaHZ>>.

é o entendimento de Michele Sá e Silva (2010), que apontou em sua pesquisa a ausência de uma articulação mais consistente no sentido de usar os instrumentos do PBF para ampliar a qualidade do sistema educacional.

4.1.1 Instrumentos de coordenação mobilizados

Embora não atue diretamente na oferta do ensino básico, a função supletiva e redistributiva da União faz que o MEC possa induzir determinadas prioridades, mediante programas e transferências condicionadas de recursos, sobretudo aos municípios. Essa é uma das ferramentas utilizadas para promover a oferta da educação básica ao público do PBF analisadas neste tópico.

O acompanhamento da frequência escolar dos beneficiários do PBF é uma das responsabilidades de estados e municípios contempladas por iniciativas de assistência técnica e financeira por parte da União, integrante do termo de compromisso do Plano de Ações Articuladas (PAR).²² O PAR promove o diagnóstico e o planejamento de política educacional do ente federado, sendo concebido para estruturar e gerenciar suas metas estratégicas. É com base nesse planejamento que a União financia ações estaduais e municipais relacionadas ao acompanhamento da frequência escolar das famílias do PBF, tais como o apoio para a realização de capacitações de profissionais envolvidos e a disponibilização de computadores para registro das informações relativas ao acompanhamento. Todavia, apuramos no MEC que são poucos os entes federativos que utilizam recursos do PAR para este fim, sendo seu uso mais comum por parte de governos estaduais. Os motivos para tanto seriam as dificuldades dos entes de menor porte em cumprir os procedimentos e as formalidades (diagnóstico e prestação de contas) para acessar tais recursos.²³

O acompanhamento da frequência escolar também foi contemplado entre as estratégias para universalização do acesso à educação básica e para elevação da escolaridade da população no Plano Nacional de Educação (PNE)²⁴ – uma das principais ferramentas de coordenação federativa da área, discutida amplamente pelos três níveis de governo e pela sociedade.

Ressalte-se que, diferentemente do Suas e do SUS, que possuem uma única instância de pactuação federativa (CIT), a educação conta com diversas estruturas de coordenação intergovernamental, na forma de comitês intergovernamentais

22. Estratégia iniciada pelo Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação (Decreto nº 6.094/2007), com base no Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE).

23. Informações fornecidas em entrevista com responsável pelo tema do acompanhamento da frequência escolar das famílias do PBF no MEC, em março de 2018.

24. Mais precisamente na meta 8, estratégia 8.5, conforme anexo da Lei nº 13.005/2014. Embora o texto legal se refira a “segmentos populacionais considerados” e não mencione expressamente o público do PBF, entende-se que este está incluído, tendo em vista a estruturação nacional de procedimentos de monitoramento da sua frequência escolar.

temáticos com atribuições específicas.²⁵ O PBF não é tratado sistematicamente em nenhuma dessas estruturas, mas isso não quer dizer que não haja nenhum tipo de articulação federativa para o acompanhamento da frequência escolar. Durante os períodos (bimestrais) de apuração da frequência escolar, por exemplo, o MEC mobiliza eventualmente os fóruns federativos horizontais (Consed e Undime), para reforçar a importância e obter respaldo das secretarias de educação quanto ao papel dos operadores locais nesse processo (Brasil, 2010). Assim, embora a negociação deste tema não ocorra nos espaços formais, ela é tratada informalmente com os atores envolvidos em sua execução, ainda que isso não ocorra de maneira sistemática.

Do ponto de vista operacional, o MEC conta ainda com um sistema de informação dedicado ao acompanhamento da frequência escolar dos alunos beneficiários do PBF, denominado Sistema Presença de Acompanhamento da Frequência Escolar do PBF, operado em plataforma *web* e alimentado pelos operadores estaduais e municipais que atuam neste processo, o qual detalharemos a seguir.

4.1.2 Modificações no processo de oferta do serviço e monitoramento do público do PBF

A regulamentação do processo de acompanhamento da condicionalidade de educação teve início com a Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3.789/2004. Até 2006, a coleta de informação sobre a frequência escolar dos beneficiários do PBF era realizada por um sistema gerido pela Caixa, que figurava como agente operador responsável não apenas pelos pagamentos dos benefícios, mas também pelo acompanhamento dessa condicionalidade. O MEC acompanhava os resultados, mas não interferia no processo e não tinha parceria direta com os municípios, uma vez que os operadores da frequência escolar eram credenciados diretamente pela Caixa. Além disso, o sistema não funcionava em tempo real, visto que as informações da frequência escolar eram coletadas por meio de material impresso e mídias digitais encaminhadas diretamente ao banco (Brasil, 2010).

Com o advento do Sistema Presença, em 2006, o MEC demandou a designação dos responsáveis pelo acompanhamento da frequência por parte dos secretários estaduais e municipais de Educação, denominados operadores ou coordenadores da frequência escolar, bem como o estabelecimento e a incorporação da rotina e das etapas do processo de acompanhamento da frequência escolar pelos atores diretamente envolvidos. Esta rede de mais de 55 mil operadores dos três níveis de governo é mobilizada pelo MEC, por meio de encontros, capacitações e informativos eletrônicos (Brasil, 2010). O acompanhamento da frequência escolar é realizado

25. São eles: Comissão Intergovernamental do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb); Comitê Estratégico do PAR; Fórum Permanente de Acompanhamento da Atualização Progressiva do Valor do Piso Salarial; e outra, criada mais recentemente pela Portaria MEC nº 619/2015, denominada Instância Permanente de Negociação Federativa. Tais estruturas de coordenação da política e educação são tratadas mais detidamente no capítulo 10, de Lício e Pontes, neste volume, que analisa o Sistema Nacional de Educação.

bimestralmente em todos os municípios, conforme calendário pactuado entre MEC e MDS, e executado por equipe dirigida pelo operador municipal máster encarregado de coletar informações das escolas e operar o Sistema Presença. Equipes vinculadas às secretarias estaduais de Educação são dirigidas por um coordenador e apoiam o acompanhamento da frequência nos municípios do seu território.

Vale destacar que, quando os diretores não estão habilitados como operadores do Sistema Presença, as escolas estaduais devem informar ao município a frequência escolar dos alunos do PBF. Esse aspecto é identificado por Licio (2012) como um complicador, na medida em que tais escolas não têm relação de subordinação com as secretarias municipais de Educação, o que demanda uma atuação estadual mais intensa para facilitar esse fluxo de informações. Há ainda outras ações para melhorar os níveis de acompanhamento da educação, como o bloqueio dos benefícios dos alunos não localizados²⁶ no acompanhamento da frequência escolar pelo MDS, no sentido de incentivá-los a atualizar as informações cadastrais para desbloqueio do benefício (*op. cit.*).

Com base no gráfico 1, verificamos que, desde 2008, quando se consolidaram a implantação do Sistema Presença e sua dinâmica de funcionamento, ocorreu uma pequena oscilação mais ou menos constante no percentual de alunos de 6 a 15 anos acompanhados, que, nos últimos anos, tem ficado na faixa de 90%. No caso dos jovens de 16 e 17 anos, cujo acompanhamento começou em 2009, o indicador tem girado em torno de 80%. Embora baixo em termos percentuais, o número de alunos que não puderam ser acompanhados – pouco mais de um milhão em novembro de 2016²⁷ – ainda é significativo. Boa parte consiste em alunos não localizados.²⁸ Esse desafio demanda esforço em verificar se estes alunos estão tendo acesso à escola, bem como atualizar os sistemas (Cadastro Único e Sistema Presença) com os dados para a localização dessas famílias.²⁹

Diferentes razões parecem explicar esse relativo bom desempenho na educação. Araújo *et al.* (2015) consideram que a área de educação foi a que mais se beneficiou da relação entre burocratas de médio escalão, no nível federal, na construção da concepção e dos instrumentos relacionados ao processo das condicionalidades. Ademais, talvez pelo legado do Bolsa Escola, esse indicador já estava em um patamar considerável (80%) quando começou a ser monitorado, em 2006.

26. Não localizados são os alunos para os quais o poder público implementou ações de busca, mas não conseguiu encontrá-los com base nos registros de que dispunha. Para estes, além da ausência de informação da frequência, não há a informação da escola em que o beneficiário estuda. Vale registrar que a ação de bloqueio de benefícios é temporária e permite o saque posterior à regularização das informações do estabelecimento escolar em que a criança está matriculada.

27. Mais precisamente, 739,6 mil alunos de 6 a 15 anos e 525 mil entre 16 e 17 anos.

28. Em novembro de 2016, apurou-se que 469 milhões de alunos de 6 a 15 anos e 362,9 mil entre 16 e 17 anos não possuíam informação sobre vínculo escolar – essa situação é definida como *não localizados*.

29. Para tanto, promove-se o cruzamento periódico do Sistema Presença com o Censo Escolar, por meio do código de identificação dos alunos, com posterior acionamento dos gestores municipais para sua busca ativa.

A implementação das condicionalidades do PBF foi posterior ao movimento mais intenso de universalização da política de educação,³⁰ e, portanto, assumiu um caráter supletivo, de modo a evidenciar falhas desse processo. Assim, não houve necessidade de esforço maior de criação de capacidades locais para oferta, como ocorre em relação aos serviços socioassistenciais, cuja configuração é bem mais recente. O registro da frequência escolar em sala de aula já é, desde muito tempo, prática inserida na ministração das aulas. O que os novos processos de acompanhamento do público do PBF modificaram foi a qualificação dessa informação, mediante a identificação do motivo da ausência do aluno e o respectivo registro individualizado no Sistema Presença.

O MEC tem, inequivocamente, estruturado processos nacionais para acompanhamento da frequência escolar dos beneficiários do PBF. Se, de um lado, os incentivos financeiros advindos do PAR – mediante a disponibilização de recursos para implementação de ações de capacitação de profissionais estaduais e municipais e aquisição de computadores – não têm sido amplamente aproveitados pelos entes federados, por limitações na forma de operacionalização do recurso, de outro, a inclusão do tema no PNE (2014) – com vigência até 2024 – contribui para que o tema permaneça na agenda da política e dificulte retrocessos no médio e longo prazo.

Se antes não havia uma preocupação diferenciada com esse público na política de educação, há hoje um monitoramento que reflete seu atendimento pelos respectivos sistemas municipais e estaduais, tanto pelo registro da frequência escolar quanto pela identificação dos respectivos motivos de ausência (Licio, 2012). Destaca-se a configuração de uma nova burocracia, nos três níveis de governo, que atua mediante procedimentos e sistemas de informação específicos e promove intenso fluxo de informação sobre o público do PBF. Assim, a novidade do PBF quanto à educação foi a introdução de processos que permitiram uma sensibilidade e um monitoramento específico quanto ao acesso à escola por parte do público mais vulnerável. Faz-se necessário, no entanto, inserir o tema das vulnerabilidades educacionais na agenda da política de educação básica, de forma a serem consideradas no aperfeiçoamento da oferta regular desses níveis de ensino (Silva, 2010).

30. As reformas implementadas na década de 1990, com a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), em 1996, e do Fundeb, em 2006, permitiram a ampla universalização do acesso à educação (Vazquez, 2014), de modo que, em 2013, 98,4% das crianças de 6 a 14 anos e 84,7% daquelas entre 15 e 17 anos estavam na escola (Brasil, 2014).

4.2 O PBF e a saúde

A relação entre a transferência de renda e a política de saúde remete ao Programa Bolsa Alimentação, implementado pelo governo federal em 2001, no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. No caso do PBF, ela se dá por meio das condicionalidades, de maneira que as famílias beneficiárias assumem o compromisso de promover a vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até 6 anos. As gestantes ou nutrizes (lactantes) devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e do bebê. Dessa forma, para além da questão da alimentação e da nutrição infantil, que já eram o foco do Bolsa Alimentação, no PBF a articulação da transferência de renda com a saúde abrangeu serviços de imunização infantil e saúde da gestante/nutriz.

No desenho federativo do SUS, a execução dos serviços de atenção básica, que abrangem as condicionalidades do PBF, é de responsabilidade dos municípios. A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), situada na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, inicialmente responsável pelo Bolsa Alimentação, manteve a atribuição quanto ao PBF. A regulamentação desse processo se deu com a Portaria Interministerial MDS/MS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.

4.2.1 Instrumentos de coordenação mobilizados

O acompanhamento da agenda de saúde do PBF foi incluído na prioridade de “fortalecimento da atenção básica” do “Pacto pela Vida”,³¹ que vigorou até 2011, sinalizando seu compromisso no rol de prioridades da política de saúde. Nesse ano, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB),³² que incluiu o indicador relacionado à agenda de saúde do PBF como diferencial no repasse de recursos aos entes federados. Tal como o IGD-PBF, o PMAQ-AB funciona como instrumento de contratualização de resultados e incentivo financeiro. Ademais, condiciona o recebimento dos recursos federais à alimentação do Sistema Bolsa Família na Saúde (SBFS) e adota a cobertura do público do PBF como um dos critérios de estratificação dos municípios para o processo de certificação das equipes de atenção básica (Brasil, 2012).

O Contrato Organizativo de Ação Pública do SUS (Coap)³³ – que sucedeu o Pacto pela Vida como instrumento de contratualização das metas nacionais da política, mediante o compromisso de gestão compartilhada das ações e serviços na Região de Saúde – também trouxe o acompanhamento das condicionalidades do PBF como uma das prioridades. Nessa ferramenta, o governo federal pactuou a

31. Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008; Portaria GM/MS nº 48, de 12 de janeiro de 2009; e Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009.

32. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011.

33. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

meta nacional de 73% de acompanhamento das famílias do PBF,³⁴ a ser alcançada por meio da sua regionalização pelos estados e municípios, que as definem individualmente no âmbito das respectivas comissões intergestores bipartite (CIBs) e registram no sistema informatizado de Pactuação Interfederativa de Indicadores (Sispacto) do MS, o qual contém as diretrizes, os objetivos, as metas e os indicadores vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS (Resolução CIT/SUS nº 5/2013).

Todavia, a inclusão do tema nessas ferramentas de coordenação não significa que este seja objeto de acompanhamento sistemático na pauta da principal estrutura de coordenação do SUS (CIT). Ao analisar as atas da CIT, Licio (2012) apurou que foram raras as menções às condicionalidades do PBF no período 2003-2010. Em caráter complementar, examinamos tais atas no período 2011-2016 e verificamos que as menções ao programa também foram raras, o que mostra a dificuldade em se inserir o tema no âmbito da principal instância intergovernamental de pactuação federativa do SUS. Apenas em 2008, esse assunto foi mais recorrente, em virtude das discussões sobre sua inserção no Pacto pela Vida – conforme atas da quarta e da sétima reunião da CIT/SUS de 2010 (Licio, 2012). As demais abordagens sobre as condicionalidades de saúde do PBF foram pontuais, por meio de informes sobre a necessidade de se mobilizarem estados e municípios para ampliar os resultados do acompanhamento da agenda da saúde – conforme atas da primeira reunião, em 2012, e da décima reunião da CIT/SUS, de 2013.³⁵ Mobilizações nesse sentido também são promovidas pela CGAN/SAS/MS, no Conasems e no Conass.

Tal como o MEC, o MS conta com um sistema de informação dedicado ao acompanhamento da agenda da saúde das famílias beneficiárias do PBF, denominado Sistema Bolsa Família na Saúde, em plataforma *web* e alimentado pelos operadores estaduais e municipais que atuam neste processo. Dados da apuração estão disponíveis no SBFS a partir do primeiro semestre de 2005.

4.2.2 Modificações no processo de oferta do serviço e monitoramento do público do PBF

No Bolsa Alimentação, as famílias cadastradas eram assistidas por equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por uma unidade básica de saúde (UBS). O registro das informações do acompanhamento era semestral, de forma individualizada no Sistema de Vigilância

34. Diretriz 1: garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde (Brasil, 2014). Indicador 18: cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

35. A discussão das minúcias do Coap na CIT/SUS ocorreu no espaço da Câmara Técnica, de modo que a proposta de diretrizes e indicadores, inclusive os que incluem o PBF, veio pronta para pactuação em plenária.

Alimentar e Nutricional (Sisvan).³⁶ Desse modo, foi preciso apenas algumas adequações para estender este processo de acompanhamento às demais condicionalidades de saúde do PBF – vacinação, pré-natal e pós-parto (Brasil, 2011a). Embora os temas da imunização e da saúde da gestante/nutriz extrapolem as competências da CGAN/SAS/MS, esta permaneceu como responsável pelo processo, talvez por uma questão de herança institucional – como no caso do Bolsa Escola.

Tal como na educação, na saúde o processo das condicionalidades do PBF se baseia em articulação nacional, com procedimentos padronizados e sistema de informação capilarizado, bem como atividades permanentes de capacitação e mobilização.³⁷ Além de registrar o acompanhamento da agenda da saúde, as equipes do PACS/ESF/UBS também promovem a busca ativa de novas gestantes beneficiárias do PBF, dado que quanto antes informada a gestação, mais cedo a família receberá os benefícios pertinentes. A partir do registro dos casos em que a família não reside mais no endereço informado, verifica-se uma oportunidade de qualificação das informações cadastrais por parte da equipe de assistência social. No entanto, embora as informações sobre descumprimento das condicionalidades de saúde³⁸ e falta de acompanhamento da oferta dos respectivos serviços estejam disponíveis no SBFS, não encontramos qualquer iniciativa mais estruturada de uso dessa informação para aperfeiçoar o trabalho desenvolvido pela assistência social com as famílias PBF.

Todos os municípios e estados possuem gestores com perfis cadastrados no SBFS, os quais fazem a interface com as equipes do PACS/ESF/UBS responsáveis pelo registro do acompanhamento.³⁹ As coordenações estaduais de alimentação e nutrição se comunicam com as respectivas coordenações municipais – quando houver –, a qual, no município, nem sempre é a responsável pelo acompanhamento da agenda da saúde do PBF ou está articulada ao PACS/ESF/UBS (Brasil, 2011b). Aliás, sobre isso, Licio (2012) verificou que, nos estados e municípios, a alimentação/nutrição não está necessariamente alocada na atenção básica, estando, muitas vezes, ligada à área de saúde da criança, o que cria dificuldades de coordenação.

36. A chave de digitação e localização das famílias e dos indivíduos já era o Número de Identificação Social (NIS), gerado pelo Cadastro Único para cada indivíduo cadastrado.

37. Diferentemente da educação, na qual a responsabilidade de cada tipo de membro da rede intergovernamental mobilizada para acompanhamento da condicionalidade do PBF é previamente definida junto com o respectivo fluxo dos procedimentos padronizados, a rede da saúde é mais ampla, composta por profissionais da atenção básica em geral, sendo mobilizada em eventos, capacitações presenciais e a distância.

38. São consideradas descumprimento da condicionalidade de saúde apenas a falta de vacinação e a ausência de consultas pré-natal. Embora registrado no SBFS, o baixo peso/altura não é considerado para esse fim.

39. A ESF é o modelo de organização da atenção básica que melhor atende às ações com as famílias do PBF (Facchini, 2008 *apud* Brasil, 2011a). A diferença central entre a Estratégia Saúde da Família e o modelo da unidade básica de saúde está na abordagem dos usuários. No primeiro caso, as equipes de saúde oferecem os serviços da atenção básica mediante visita domiciliar, o que aumenta as chances de se localizarem os beneficiários do PBF. No modelo da UBS, o serviço é oferecido nos equipamentos conhecidos como *postos de saúde*, para onde os usuários se dirigem em caso de necessidade, o que pode ser uma dificuldade especial para o público do PBF, dadas as restrições financeiras que podem fazer com que não tenham tempo nem possibilidade de deslocamento para buscar esses serviços.

No segundo semestre de 2016, havia 11,8 milhões de famílias do PBF com perfil para o acompanhamento das condicionalidades de saúde. Verifica-se um avanço expressivo, porém mais lento que na educação, no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Se, em 2005, esse desempenho era incipiente, a reestruturação dos procedimentos adotados à época do Bolsa Alimentação começou a produzir resultados mais significativos a partir de 2008, quando ultrapassou a marca dos 50% (gráfico 1). Somente na segunda vigência de 2012, o acompanhamento conseguiu atingir a meta nacional pactuada nos instrumentos de gestão do SUS (73%), e ainda não se descolou muito desse patamar. Por seu turno, o volume de famílias sem registro de acesso aos serviços, no segundo semestre de 2016, ainda foi expressivo (2,5 milhões). Outras 464 mil não puderam ser acompanhadas, seja por estarem ausentes no momento da visita da equipe responsável, seja por se recusarem a fornecer as informações necessárias para o acompanhamento.

Tal resultado, mais frágil do que na educação, não surpreende, tendo em vista as maiores dificuldades do processo. A abrangência dos serviços envolvidos (nutrição, vacinação, pré-natal e pós-parto) extrapola a atuação da política da alimentação e nutrição, que gerencia o acompanhamento da agenda de saúde do PBF. Ademais, na saúde, o modelo de acompanhamento prevê a visita domiciliar pelo profissional de saúde, mais custosa e também mais complexa, pois a situação de vulnerabilidade do público do Bolsa Família faz que, em boa parte das vezes, residam em habitações temporárias e precárias, de difícil registro no Cadastro Único, que eventualmente fornece endereços inconsistentes para localização do público do PBF por parte dos ACS no território. Na educação, como a criança necessariamente tem de comparecer à escola, esse problema é minimizado.

Licio (2012) identificou ainda outros problemas. É possível encontrar, nos profissionais da saúde, a visão de que a política já é universal, e, portanto, não haveria necessidade de um olhar particularizado sobre o público em situação de pobreza. Ademais, embora alcance 98,2% dos municípios em 2018, a ESF tem cobertura nacional de pouco mais de 64,9% da população,⁴⁰ e, como vimos anteriormente, onde esse modelo de atenção básica é frágil ou inexistente, os índices de acompanhamento são piores, sobretudo em regiões metropolitanas (RMs) e cidades de grande porte (Brasil, 2017a).

Essa questão se torna ainda mais complexa se considerarmos que, muitas vezes, o atendimento primário da saúde é realizado em contextos diferentes dos processos de verificação das condicionalidades, dificultando ainda mais os fluxos de informação. A vacinação das crianças, as consultas e os exames do pré-natal, por exemplo, são realizados em UBS, ao passo que a apuração do cumprimento das condicionalidades é feita, num segundo momento, em domicílio por equipes

40. Disponível em: <<https://bit.ly/2S25ppH>>. Acesso em: 6 abr. 2018.

de saúde da família, ou por meio de chamamento das famílias pela UBS, o que pode não ser efetivo caso as famílias do PBF possuam dificuldade de locomoção ou não consigam ser comunicadas desse procedimento. Os profissionais se queixam do (re)trabalho, argumentando que a mesma informação tem de ser registrada em vários sistemas.⁴¹ Essas percepções são corroboradas em diversos estudos de caso (FEC, 2013; Monnerat e Nogueira, 2011; Brasil, 2012). Espera-se que, com a implantação do e-SUS Atenção Básica⁴² em todos os municípios brasileiros, esse processo seja racionalizado, uma vez que o registro dos atendimentos nos sistemas próprios de cada serviço ofertado já será incorporado ao SBFS, sem necessidade de nova rodada de coleta e registro das informações sobre o acompanhamento das condicionalidades do PBF.

Há que se reconhecer que a política de saúde já operava em bases universais antes do advento do PBF. Nesse sentido, a pesquisa de Vazquez (2014) aponta um crescimento vertiginoso da produção ambulatorial dos sistemas municipais de saúde, a partir de alterações na lógica de financiamento da política, promovidas a partir da segunda metade da década de 1990. Tal como a educação, a saúde já contava com uma razoável estrutura de oferta dos serviços objeto das condicionalidades do PBF. As mudanças introduzidas em razão do programa também não afetaram diretamente sua oferta, que continuaram sendo feitas via PACS/ESF ou UBS. O que se criou foi um procedimento de checagem. Os serviços de acompanhamento nutricional de gestantes, nutrizes e crianças, bem como vacinação, pré-natal e pós-parto, já eram ofertados antes do PBF e monitorados, sem, contudo, promoverem um olhar especial sobre a população de baixa renda. Os novos processos trazidos pelo PBF têm procurado justamente criar uma cultura de priorização das famílias mais vulneráveis (Licio, 2012).

Para Licio (2012), a inclusão das condicionalidades do PBF no Pacto pela Vida e no PMAQ conferiu maior legitimidade ao acompanhamento da agenda de saúde do PBF no âmbito do SUS, o que funcionou como uma “tradução” para os técnicos responsáveis por esse acompanhamento.⁴³ De fato, junto com a inclusão no Sispacto e sua associação a incentivos financeiros, consideramos que a incorporação do tema nas principais ferramentas de coordenação federativa do SUS tem sido importante para manter o PBF na agenda e chamar atenção sobre a oferta dos serviços para os mais pobres. Todavia, todo esse esforço ainda encontra dificuldades inerentes para a organização da oferta e do acompanhamento (diferentes modelos

41. À exceção do SBFS, os sistemas do Datasus foram organizados na perspectiva epidemiológica, com foco nos quantitativos do atendimento, e não em uma lógica individualizada, sobre quem foi efetivamente atendido.

42. O objetivo do e-SUS Atenção Básica é reduzir a carga de trabalho na coleta, na inserção, na gestão e no uso da informação na atenção básica, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais. Informações sobre essa iniciativa estão no *link* disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/apel/esus>>.

43. Se, antes, a atividade era vista como uma demanda externa, depois da sua inclusão no pacto e no PMAQ-AB, ela passou a ser “uma coisa que o SUS decidiu fazer” (Licio, 2012, p. 247).

de atenção básica que produzem resultados distintos no acompanhamento; serviços oferecidos por equipes diferentes, em momentos e espaços diferentes; registro do acompanhamento em momento diferente da oferta dos serviços etc.).

4.3 O PBF e o Suas

Ausente no processo de unificação dos programas de transferência de renda,⁴⁴ a relação da assistência social com o PBF teve início com a alocação de ambas as iniciativas no mesmo ministério (MDS), em 2004. Teresa Cotta (2009) relata as diversas visões de proteção social que influíram na formulação do programa, as quais refletiam, sobretudo, as posições dos programas unificados, baseadas nos paradigmas do desenvolvimento social, da renda básica de cidadania, dos direitos socioassistenciais, da segurança alimentar, da educação, monetarista etc. A autora identifica duas fases do programa no que se refere ao predomínio dessas visões. Entre 2003 e 2004, prevaleceram as visões ligadas ao desenvolvimento humano e à renda básica de cidadania. Já a partir de 2005, predominou o paradigma dos direitos socioassistenciais, que trata a assistência social como protagonista dos processos de emancipação social.

Portanto, embora não tenha sido explicitada na regulamentação do programa, como foi o caso da educação e da saúde, a articulação entre o PBF e o Suas foi possível a partir do seu processo de implementação no âmbito do MDS. De maneira mais específica, ela remete à própria origem do sistema, visto que o programa é citado diversas vezes na Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB-Suas (Resolução CIT nº 130, de 15 de julho de 2005), a qual formalizou a criação do Suas. Diversos autores consideram que a estruturação do Suas tem sido fundamental para assegurar a gestão descentralizada do Cadastro Único e do PBF e o atendimento das famílias nos serviços socioassistenciais (Colin, Fernandes e Gonelli, 2013; Bichir, Oliveira e Canato, 2016). O PBF utilizou capacidades constituídas no âmbito da política de assistência para se desenvolver, por exemplo: expansão dos centros de referência da assistência social (Cras) e sua utilização como postos de cadastramento de potenciais beneficiários; consideração da vulnerabilidade das famílias para além da renda; e discussão sobre a adoção de uma perspectiva integral de atendimento às famílias e sobre a efetividade da chamada “busca ativa”, no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria – PBSM (2011-2014). Da mesma forma, o Cadastro Único e o PBF têm contribuído para a estruturação do Suas, em especial pelo aporte de recursos, por meio do IGD-PBF, e pela garantia da segurança de renda às famílias atendidas.

44. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) e o Agente Jovem, então a cargo da assistência social, foram excluídos da unificação que deu origem ao PBF em 2003, porque possuíam lógicas de operação distintas (operavam mediante convênio com os municípios). Para saber mais sobre os programas de transferência de renda considerados na discussão sobre a unificação, ver Monteiro (2011).

Além de permitir a estruturação da dimensão da transferência de renda, a articulação PBF-Suas foi intensificada pelas estratégias de articulação entre serviços e benefícios, sob a ótica das condicionalidades e de sua perspectiva de interrupção da transmissão intergeracional da pobreza. Os primeiros serviços socioassistenciais que passaram por algum grau de articulação com o PBF foram o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil,⁴⁵ em 2005, e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem),⁴⁶ em 2008. Em ambos os casos, a integração envolveu migração dos beneficiários – com perfil adequado – para o PBF – a partir do seu registro no Cadastro Único – e oferta de serviços. A obrigatoriedade do acompanhamento familiar dos beneficiários em situação de descumprimento de condicionalidades, a partir de 2012, por sua vez, teve impacto nos processos locais de implementação do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), responsável⁴⁷ pelo acompanhamento das famílias do PBF no âmbito da proteção básica, a qual se destina à prevenção de situações de risco pessoal ou social e atua mediante atendimento às famílias, visitas domiciliares, orientações e encaminhamento a outras políticas e ações.

4.3.1 Instrumentos de coordenação mobilizados

Concomitante ao aperfeiçoamento da concepção das condicionalidades do PBF, o Suas passou a reconhecer formalmente os beneficiários do PBF e do Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁴⁸ como prioritários para a oferta dos serviços socioassistenciais. Esse entendimento resultou no Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Suas,⁴⁹ construído em 2009 em conjunto com a Senarc e a SNAS/MDS e pactuado na CIT/Suas, incorporando contribuições de gestores estaduais e municipais. Segundo o protocolo, as famílias em situação de descumprimento de condicionalidades, especialmente aquelas com suspensão dos benefícios, integram o público prioritário para oferta dos serviços.

Além do protocolo, o acompanhamento das famílias em suspensão do benefício por descumprimento das condicionalidades consta ainda em duas outras importantes ferramentas de coordenação federativa do Suas, quais sejam: o Pacto de Aprimoramento da Gestão Estadual e o Pacto de Aprimoramento da Gestão Municipal, ambos firmados com o objetivo de fortalecer esses órgãos para

45. Portaria GM/MDS nº 666/2005.

46. Portaria GM/MDS nº 171/2009.

47. Em casos mais complexos, o público do PBF também é atendido pelos serviços de proteção especial, particularmente pelo Paefi, que atua em situações concretas de violação de direitos.

48. Previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) e na CF/1988, consiste na garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso acima de 65 anos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família.

49. Resolução CIT/Suas nº 7, de 10 de setembro de 2009.

o exercício da gestão do Suas, do PBF e do Cadastro Único. No primeiro caso, destaca-se, desde 2007, o compromisso estadual quanto ao apoio aos municípios para realizar o acompanhamento das famílias do PBF.⁵⁰ Com o advento do pacto municipal, em 2013, esse compromisso também ficou expresso para esses entes (art. 2º, I)⁵¹ como uma das metas para o período 2014-2017.

Assim, o Suas inseriu em seus instrumentos de coordenação federativa metas específicas para o acompanhamento das famílias do PBF pelo Paif, com intenção de alcançar o acompanhamento de 50% das famílias em fase de suspensão de benefícios. Nota-se também que a própria redação da meta deixou claro que o acompanhamento fosse registrado “em sistema de informação”, que, no desenho atual desse processo, corresponde ao Sicon. Lembramos que esse indicador do pacto municipal constitui incentivo financeiro do IGD-PBF, o que, embora não afete sua mensuração, pode acrescentar 5% no valor recebido mensalmente pelo município.

Contrariando a característica centralizadora do PBF, cuja formulação é exclusiva do governo federal, a inclusão do tema das condicionalidades nos instrumentos mencionados (Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do Suas e pactos de aprimoramento da gestão estadual e municipal) fez que sua implementação fosse objeto de pactuação na CIT/⁷ Suas, estrutura de coordenação que busca promover e organizar relações intergovernamentais verticais. Esta é uma exceção importante no âmbito da coordenação federativa do PBF – haja vista que, diferentemente dos serviços sociassistenciais que são pactuados na CIT, as ações do programa são, via de regra, decididas unilateralmente (Licio, 2012). Dessa forma, consideramos que a pactuação do acompanhamento familiar dos beneficiários do PBF na CIT sinaliza a relevância do tema para a política de assistência social e abre espaço para a incorporação de modificações sugeridas pelos gestores estaduais e municipais dos serviços.

4.4 Modificações no processo de oferta do serviço e monitoramento do público do PBF

Um marco na estruturação dos serviços socioassistenciais consistiu na sua tipificação pela Resolução CIT nº 109/2009 – que especifica estes serviços segundo os níveis de complexidade: proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade, definidos pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004. Todavia, a origem do serviço de acompanhamento familiar (Paif) é anterior ao próprio Suas, sendo que seu primeiro regulamento data de 2004⁵² (Brasil, 2012).

50. Conforme art. 3º, inciso III, alínea c da Portaria GM/MDS nº 350, de 3 de outubro de 2007. Os pactos de aprimoramento estaduais foram novamente regulamentados pelas resoluções CIT nº 17/2010, nº 16/2013 e nº 2/2017, com a previsão de que os estados apoiem os municípios no alcance das metas fixadas no pacto de aprimoramento da gestão municipal.

51. Resolução CIT/Suas nº 13, de 4 de julho de 2013.

52. Portaria GM/MDS nº 78, de 8 de abril de 2004.

Assim, ainda que a tipificação dos serviços socioassistenciais tenha se efetivado em 2009, o desenvolvimento do Paif se deu já com a perspectiva de que o público do PBF seria privilegiado na oferta do acompanhamento familiar, o que também já estava previsto pela PNAS de 2004. Todavia, a obrigatoriedade desse acompanhamento ocorreu somente com o advento da Portaria GM/MDS nº 251/2012. Dessa forma, não se observaram inicialmente mudanças expressivas para alcançar o público do PBF para além da disponibilização do Sicon em 2009.⁵³ A meta de acompanhamento das famílias do PBF só passou a ser formalmente exigida no pacto de aprimoramento municipal a partir de 2013, o que coincide com o início dos dados divulgados pelo MDS – sistematizados no gráfico 1.

Entretanto, os esforços em torno da articulação entre Senarc e SNAS não têm sido suficientes para alcançar as metas previstas nos pactos. O acompanhamento das famílias em fase de suspensão, em 2016, era baixo: apenas 19% possuem registro de acompanhamento no Sicon – lembrando que a meta de acompanhamento prevista no pacto de aprimoramento municipal é de 50%.⁵⁴ O baixo registro desse acompanhamento pode ser indicativo de problemas na própria universalização do acesso aos serviços, que, embora tenha avançado muito no período recente, ainda encontra obstáculos de diversas ordens, como o subfinanciamento. No âmbito do Suas, os recursos federais destinados aos serviços são residuais em relação aos destinados aos benefícios – em 2010, 93% dos recursos gastos na rubrica da assistência social foram destinados para benefícios do PBF e do BPC (Mesquita, Martins e Cruz, 2012). Essa insuficiência orçamentária, mesmo que eventualmente complementada por recursos estaduais e municipais, se traduz na precária inserção dos equipamentos responsáveis pela oferta dos serviços. De fato, embora a maior parte dos municípios tenha pelo menos um Cras (99%, segundo o Censo Suas 2016), sua capacidade de atendimento (entre 2,5 mil e 5 mil famílias referenciadas, conforme o porte do município) é insuficiente para atender à demanda pelos serviços, sobretudo nas metrópoles com grandes bolsões de pobreza (Brasil, 2017b; Bronzo, 2015).

Tal resultado também pode sinalizar um sub-registro, dadas as dificuldades em relação ao Sicon, que não está integrado aos demais sistemas de informação do Suas. Entrevistados alegam que há casos de sobreposição entre o registro do

53. Em especial, destacamos a possibilidade de que, no Sicon, o gestor municipal suspenda os efeitos do descumprimento sobre o pagamento do benefício, aplicável quando verificada a impossibilidade de a família sob acompanhamento continuar a cumprir as condicionalidades e cuja perda do benefício comprometa os resultados das ações realizadas. O pressuposto por trás desse instrumento é que a continuidade do recebimento do benefício é fundamental para a efetividade do serviço socioassistencial, visto que a renda assegura às famílias condições materiais mínimas enquanto usufruem dos atendimentos prestados pelos profissionais do Suas.

54. O número de famílias em fase de suspensão do benefício por descumprimento de condicionalidades varia conforme o período de apuração, ficando entre 150 e 200 mil famílias a cada ciclo (bimestral para a educação e semestral para a saúde).

acompanhamento familiar no Sicon, no prontuário eletrônico do Suas⁵⁵ e no registro mensal de atendimentos (RMA), dado que os dois últimos também têm como uma das suas finalidades o registro do acompanhamento familiar – mas sem se limitar às famílias do PBF (Brasil, 2013). Licio (2012) apurou, ainda, que existe certa resistência dos profissionais ao uso do Sicon – em especial, assistentes sociais e psicólogos –, tendo em vista questões de sigilo profissional regulamentadas pelas respectivas entidades de classe, não contempladas nas regras de acesso ao sistema.

Diferentemente das políticas de saúde e educação, não foi possível identificar, sob coordenação da SNAS, a existência de uma rede de gestores dos três níveis de governo dedicada à oferta e ao acompanhamento do serviço ao público do PBF – ainda que o tema seja monitorado no conjunto das metas dos pactos de aprimoramento. O mais próximo disso é uma mobilização feita pela Senarc com o gestor do PBF nos períodos de repercussão⁵⁶ das condicionalidades, que ocorre de maneira indireta, dado que, dirigida ao PBF, não alcança necessariamente o gestor do serviço do Paif nos estados e municípios. Essa condição é agravada pela alta rotatividade de profissionais dos Cras e ausência de ações mais estruturadas de capacitação dirigida aos gestores e técnicos responsáveis pelo acompanhamento das famílias do PBF.

Em suma, ainda que a articulação com o Suas tenha avançado no campo da transferência de renda (Licio, 2012), no campo das condicionalidades ela ainda não se efetivou a contento. A inclusão do tema em ferramentas de coordenação federativa do Suas – em especial no protocolo e nos pactos de aprimoramento –, assim como sua discussão no âmbito da CIT – principal estrutura de coordenação da política –, sinaliza a importância do tema na sua agenda mais estratégica. Todavia, a falta de mobilização pela SNAS de uma rede de gestores dos três níveis de governo em torno do acompanhamento da oferta do Paif às famílias do PBF, a precária universalização da oferta do serviço, a baixa apropriação do Sicon pelos profissionais do Cras e a baixa integração do Sicon aos demais sistemas de informação do Suas comprometem os resultados dessa política no âmbito das condicionalidades.

No quadro 1, sintetizamos os instrumentos de coordenação (estruturas e ferramentas) mobilizados de maneira formal ou informal para a gestão das condicionalidades do PBF.

55. Segundo a SNAS, o prontuário eletrônico do Suas ainda possui implementação bem incipiente. Seu uso, na maior parte das vezes, é físico (papel) e fica arquivado no Cras, não necessariamente ao alcance dos técnicos do PBF do local.

56. Os efeitos do descumprimento das condicionalidades são processados bimestralmente, no caso da educação, e semestralmente, no caso da saúde, e vão desde advertência da família, bloqueio, suspensão do benefício, podendo chegar ao cancelamento. O intervalo entre o recebimento da advertência e o cancelamento do benefício é de no mínimo um ano.

QUADRO 1

Instrumentos de coordenação para acompanhamento do acesso do público do PBF aos serviços objeto das condicionalidades

Programa/ política	Estruturas de coordenação		Ferramentas de coordenação	
	Formais	Informais	Formais	Informais
Bolsa Família	Fórum Intersetorial e Intergovernamental de Gestão das Condicionalidades – inoperante desde 2011	Rede de gestores, nos três níveis de governo, conduzida pela Senarc.	- PPA – inclusão do tema em programa próprio (2019). - Cadastro Único (sistema de informação). - Sicon (sistema de informação). - IGD-PBF (contratualização de resultados e incentivo financeiro).	- Mobilizações, encontros, ações de capacitação e disponibilização de informativo eletrônico periódico.
Educação	-	Rede de gestores, nos três níveis de governo, conduzida por área dedicada (CGAIE/Secadi/ MEC).	- PPA – inclusão do tema em programa próprio (2080). - PNE (pacto). - Sistema Presença (sistema de informação). - PAR (transferências condicionadas).	- Mobilizações, encontros e ações de capacitação.
Saúde	Comissão Intergestores Tripartite (SUS)	Rede de gestores, nos três níveis de governo, conduzida por área dedicada (CGAN/SAS/MS).	- Pacto pela Vida (pacto). - Coap (pacto). - SBF (sistema de informação). - PMAQ-AB (contratualização de resultados e incentivo financeiro).	- Mobilizações, encontros e ações de capacitação.
Assistência social	Comissão Intergestores Tripartite (Suas)	Não conta com uma rede de gestores do processo, nem há área específica dedicada a essa agenda na SNAS.	- PPA – inclusão do tema em programa próprio (2037). - Pactos de aprimoramento da gestão estadual e municipal (pacto). - Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Suas (regulamento). - Não possui sistema de informação próprio nem incentivo financeiro específico do Suas para induzir o serviço ¹ para o público do PBF.	-

Elaboração da autora.

Nota: ¹ O sistema disponível para o acompanhamento familiar socioassistencial é o Sicon, gerenciado pela Senarc/MDS. O incentivo financeiro em virtude da operação desse serviço também é de responsabilidade dessa secretaria, mediante o acréscimo de 5% no montante final a ser recebido a título de IGD-PBF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A agenda de condicionalidades do PBF foi colocada de maneira mais enfática para as políticas de saúde e educação a partir de 2006, quando o programa consolidou a expansão nacional da transferência de renda para todos os municípios do país. Desde então, ambas as políticas empreenderam ritmo e dinâmicas próprias de abordagem desse público na oferta e no monitoramento dos seus serviços. A articulação do PBF com a assistência social, por sua vez, extrapolou a dimensão da transferência de renda e ganhou espaço com a definição da lógica protetiva de integração entre serviços e benefícios, a partir de 2009, e, principalmente em 2012, com a obrigatoriedade do acompanhamento socioassistencial das famílias com suspensão de benefícios por descumprimento das condicionalidades.

Indispensável lembrar que os serviços centrais na dimensão das condicionalidades são os da saúde e da educação, estruturantes das condições que impedem a transmissão intergeracional da pobreza. Ademais, ambas as políticas estão entre as mais avançadas em relação ao processo de universalização dos direitos sociais no período pós-constitucional e já possuíam ações estruturadas previamente à gestão das condicionalidades no âmbito dos programas unificados pelo PBF. A assistência social – com menor maturidade institucional como política pública – é a que tem a difícil função de atuar sobre as falhas na oferta e no acesso, bem como no acompanhamento das famílias com atendimento insuficiente dos serviços das outras duas. Talvez por isso seja esta a política que mais enfrente dificuldades para afirmar sua interface ante as condicionalidades do PBF, o que é agravado no contexto de um Suas, que, embora tenha avançado em muitos aspectos, como a especificação normativa dos serviços, ainda enfrenta obstáculos substantivos para sua consolidação.

Embora não seja possível, metodologicamente, explicar o desempenho das condicionalidades a partir dos seus instrumentos de coordenação em âmbito nacional, retomamos o argumento de que estes instrumentos funcionam como condições essenciais para a implementação de políticas que busquem garantir algum nível de uniformidade no contexto de desigualdades característico do federalismo brasileiro. A análise mostra que, mesmo com diferentes legados institucionais, as três políticas, estruturadas na forma de sistemas descentralizados de políticas públicas, têm mobilizado instrumentos próprios, não muito distintos entre si, para acolher o PBF na sua lógica de oferta universal. Os resultados alcançados no processo, no entanto, são bem diferentes, com melhor desempenho para a área de educação (80%-90%), seguido de desempenho apenas satisfatório da saúde (73%-75%) e mais tímido da assistência social (menor que 20%). Sob esse aspecto, também vale ressaltar a dificuldade comum entre as três políticas para melhorar os níveis de acompanhamento, que, embora tenham avançado nos momentos de estruturação dos processos, estão praticamente estagnados nos percentuais atuais (gráfico 1).

Verificamos que as políticas analisadas têm conseguido inserir o PBF nos respectivos instrumentos de coordenação federativa, a partir da inclusão do tema em seus principais pactos, ainda que o programa alcance importância secundária nas respectivas agendas. Nesse sentido, pontuamos que a não concorrência com agendas setoriais prioritárias das políticas articuladas pode ser entendida como uma vantagem sob o ponto de vista de uma estratégia de articulação intersetorial, pois tende a diminuir eventuais pontos de veto. As três políticas também contam com sistemas nacionais de informação e incentivos financeiros, bem como mobilizam gestores dos três níveis de governo em torno desse público – ainda que, no caso da assistência social, a condução da rede de gestores, do sistema de informação

e do incentivo financeiro esteja sob responsabilidade do PBF, e não dos gestores do serviço de acompanhamento familiar. Observa-se, portanto, que muito já se avançou em relação às modificações institucionais necessárias à atenção dos sistemas de políticas públicas quanto ao público mais vulnerável materializado pelo PBF.

Chama atenção, ainda, certa ambiguidade quando analisamos os números absolutos do acompanhamento das famílias do PBF. Embora, em termos percentuais, a assistência social tenha o pior desempenho, em números absolutos, seu passivo a cada período de acompanhamento (inferior a 200 mil famílias) é irrisório se comparado à falta de monitoramento de 832 mil crianças e adolescentes sem registro de vínculo escolar e 2,5 milhões de famílias sem informação sobre agenda de saúde.⁵⁷ Essa ambiguidade parece resultar da interação entre diferentes fatores, como o tipo de intervenção de cada política articulada, os respectivos estágios de maturidade institucional e os recursos efetivamente mobilizados no processo de superação das vulnerabilidades que reproduzem a condição de pobreza. Ressaltamos também que, além de revelar falhas de monitoramento do acesso aos respectivos serviços, esses números podem ser indicativos de lacunas de ofertas adequadas ao público do PBF e, portanto, devem ser tratados com a máxima urgência, visto configurarem fortes indícios de violações de direitos.

Os desafios, portanto, não são poucos. Há muito o que aprimorar nos processos de oferta e acompanhamento dos serviços, tanto no que se refere aos sistemas e fluxos de informação quanto aos modos de estruturação dos serviços e capacidades locais (equipamentos e recursos humanos). No caso da educação, cabe desenvolver estratégias mais eficientes de identificação dos vínculos escolares, de modo a qualificar a informação sobre crianças e adolescentes que não estejam matriculados e frequentando uma escola. Na saúde, há que se avançar em termos de racionalização dos processos de oferta dos serviços ao público do PBF, de modo que a atenção básica – seja via ESF, seja via UBS – possa coletar as informações sobre o acompanhamento na mesma circunstância em que o serviço é ofertado. Já no caso da assistência social, cabe ampliar a cobertura da rede socioassistencial, mobilizar uma rede de gestores dos três níveis de governo dedicados à organização do serviço de acompanhamento das famílias PBF, bem como harmonizar as ações da Senarc e da SNAS quanto ao monitoramento da oferta, fomentar o registro dos acompanhamentos no Sicon e inseri-lo na estrutura do Suasweb.

Há quinze anos, por ocasião da criação do PBF, foi colocado ao nosso sistema de proteção social o desafio de garantir a oferta dos serviços sociais universais para os mais pobres. Se os resultados do acompanhamento das condicionalidades nas políticas analisadas não nos permitem dizer que esse objetivo foi plenamente

57. Dados de novembro de 2016.

alcançado, é mister reconhecer que o PBF provocou mudanças importantes no arranjo institucional das políticas universais, tanto no que se refere à organização da oferta dos serviços para priorizar o atendimento do seu público, quanto no monitoramento do acesso efetivo desse público aos respectivos serviços. Permanece como tarefa incompleta a utilização sistemática dos resultados da gestão das condicionalidades, no sentido de qualificar a definição de fluxos e protocolos intersetoriais sobre como atuar diante das situações encontradas. O uso mais sistematizado das informações sobre os motivos da baixa frequência escolar – não só pela educação, mas também pelas demais políticas que ofertam serviços relacionados às vulnerabilidades identificadas – é um passo fundamental. Todavia, como lembramos anteriormente, é possível que a viabilização desse processo no território onde os serviços são operados dependa mais dos arranjos intersetoriais locais do que das relações entre os níveis de governo.

REFERÊNCIAS

- AGATTE, J. P.; ANTUNES, M. M. Condicionalidade de educação do Programa Bolsa Família: concepção e organização do acompanhamento. **Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate**, Brasília, n. 18, p. 36-49, 2014.
- ALEXANDER, E. R. Interorganizational coordination: theory and practice. **Journal of Planning Literature**, v. 7, n. 4, p. 328, May 1993.
- AMBRÓZIO, L.; ANDRADE, F. P. Intersetorialidade no Programa Bolsa Família: semelhanças e heterogeneidades à luz das atuações dos burocratas de médio escalão federais e municipais. **Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate**, Brasília, n. 26, p. 127-150, 2016.
- ARAÚJO, F. R. *et al.* Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 367-393, abr. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZXXMWj>>. Acesso em: 24 dez. 2018.
- ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; FGV Editora, 2012.
- BICHIR, R. **Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais: o caso do Programa Bolsa Família**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- _____. Novas agendas, novos desafios: reflexões sobre as relações entre transferência de renda e assistência social no Brasil. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, 104. ed., v. 35, n. 1, p. 110-137, mar. 2016.

BICHIR, R.; CANATO, P.; STEPHANELLI, R. Capacidades estatais para a implementação de políticas intersetoriais. *In*: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 9., 2017, Montevideo, Uruguai. **Anais...** Montevideo: Alacip, 2017.

BICHIR, R.; OLIVEIRA, M. C.; CANATO, P. Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersetorial de políticas sociais. **Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate**, Brasília, n. 26, p. 81-102, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Acompanhamento da frequência escolar de crianças e jovens em vulnerabilidade: condicionalidade do Programa Bolsa Família**. Brasília: MEC, 2010. (Relatório executivo).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Informações gerais do acompanhamento das condicionalidades da saúde: documento técnico**. Brasília: MDS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Importância da articulação intersetorial e intergovernamental na gestão de condicionalidades do Programa Bolsa Família**. *In*: SEMINÁRIO REGIONAL DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA. Brasília: MS, 2011b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Pesquisa qualitativa de avaliação sobre as condições de acesso aos serviços de saúde e educação, a partir do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família**. Brasília: MDS, 2012.

_____. **Prontuário Suas: manual de instruções para o registro das informações especificadas (versão preliminar)**. Brasília: MDS, 2013.

_____. **Plano Nacional de Educação: PNE 2014-2024**. Brasília: MEC, 2014.

_____. Cobertura e qualidade nos serviços de proteção social básica. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL, 10., 2017, Brasília. **Anais...** Brasília: MDS, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Evidências, efeitos e impacto do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na saúde e nutrição das famílias beneficiárias**. Brasília: MS, 2017b. (Nota Técnica CGAN/DAB/SAS, [s/n.]).

BRAUW, A. *et al.* **The impact of Bolsa Familia on child, maternal, and household welfare**. Washington: IFPRI, 2010.

BRONZO, C. Sistema de proteção social integral com foco em direitos e suas implicações para a integração entre benefícios e serviços na proteção social não contributiva no Brasil: uma reflexão exploratória. **Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate**, Brasília, n. 26, p. 103-124, 2015.

BUARQUE, C. **A Revolução nas prioridades**: da modernidade técnica à modernidade ética. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

CAMARGO, J. M. Os miseráveis. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 27 mar. 1993.

CIRENO, F. **Federalismo, políticas sociais e sistemas de incentivo**: o caso do Programa Bolsa Família (2006-2014). 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

COELHO, D. B. **Competição política e a difusão de programas de transferência de renda no Brasil**: um estudo empírico com a metodologia de Event History Analysis. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

COLIN, D.; FERNANDES, J.; GONELLI, V. Trajetória de construção da gestão integrada do sistema único de assistência social. *In*: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea; MDS, 2013.

COTTA, T. C. **Visões de proteção social e transferência de renda condicionadas no Brasil e no México**. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

CUNHA, R.; CÂMARA, B. O Programa Bolsa Família como estratégia para redução da pobreza e os processos de cooperação e coordenação intergovernamental para sua implementação. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 14., 2008, Buenos Aires, Argentina. **Anais...** Argentina: Clad, 2008.

CUNILL-GRAU, N. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. *In*: MACEDO, J. M.; XEREZ, F. H. S.; LOFRANO, R. (Orgs.). Intersectorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família. **Cadernos de Estudos**: desenvolvimento social em debate, Brasília, n. 26, abr. 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2KKDOur>>.

DIREITO, D. D. C. *et al.* **O Cadastro Único como instrumento de articulação de políticas sociais**. Brasília: IPC, 2016. (Working Paper, n. 145).

FEC – FUNDAÇÃO EUCLIDES DA CUNHA. **Estudo sobre o desenho, a gestão, a implementação e os fluxos de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no nível municipal**. Brasília: MDS, 2013.

FENWICK, T. B. Avoiding governors: the success of Bolsa Familia. **Latin American Research Review**, v. 44, n. 1, p. 102-131, 2009.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (Orgs.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

GOMES, S. The multi-faceted debate on decentralization and collective welfare. **Brazilian Political Science Review**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 103-128, 2010.

JACCOUD, L.; LICIO, E.; LEANDRO, J. G. Implementação e coordenação de políticas públicas em âmbito federativo: o caso da Política Nacional de Assistência Social. *In*: XIMENES, D. (Org.). **Implementação de políticas públicas**: questões sistêmicas, federativas e intersetoriais. Brasília: Enap, 2017.

LICIO, E. C. **Para além da recentralização**: os caminhos da coordenação federativa do Programa Bolsa Família (2003-2010). 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MESQUITA, A.; MARTINS, R.; CRUZ, T. **Cofinanciamento e responsabilidade federativa na política de assistência social**. Rio de Janeiro: Ipea, 2012. (Texto para Discussão, n. 1724).

MONNERAT, G. L.; NOGUEIRA, J. F. **Programa Bolsa Família e o Sistema Único de Saúde**: desafios da implementação das condicionalidades em um município de grande porte. Brasília: MDS, 2011.

MONTEIRO, I. R. **Integração de políticas sociais**: um estudo de caso sobre o Bolsa Família. 2011. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2011.

MORENO, O. M. C. Transversalidad y coordinación de las políticas de estado en el federalismo. *In*: CONCURSO DEL CLAD SOBRE REFORMA DEL ESTADO Y MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 20., 2007, Caracas, Venezuela. **Anais...** Caracas: Clad, 2007.

RASELLA, D. *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, July 2013.

SILVA, M. S. S. **Conditional cash transfers and education**: united in theory, divorced in policy. 2010. Thesis (Doutoral Degree) – Columbia University, New York, 2010.

VAZQUEZ, D. A. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados**, v. 57, n. 4, p. 969-1005, 2014.