

Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil

Hayda Alves¹ e Sarah Escorel²

Como citar

Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):429–36.

RESUMO

Objetivo. Compreender as repercussões do Programa Bolsa Família (PBF) e analisar seus efeitos nos processos de inclusão e exclusão social vividos pelas famílias pobres no Brasil, em especial sua potencialidade para enfrentar iniquidades em saúde.

Métodos. A investigação de abordagem qualitativa empregou a metodologia de estudo de caso com utilização das técnicas de observação participante, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com famílias beneficiárias e ex-beneficiárias do PBF, além de gestores municipais. O estudo foi conduzido em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro, com elevado índice de exclusão social e cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família (ESF). A abordagem dos processos de inclusão e exclusão social em suas dimensões econômica, social, política e cultural foi utilizada para orientar a coleta e análise dos dados.

Resultados. O programa favoreceu a inclusão social das famílias pobres, especialmente nas dimensões econômica e social, apesar de não promover as mudanças reivindicadas pelos beneficiários na esfera do trabalho. Os efeitos na dimensão política foram limitados pelo funcionamento inadequado das instâncias de participação social. Os entrevistados destacaram os efeitos positivos da ESF relacionados ao usufruto do direito à saúde, em particular a ampliação do acesso e utilização de serviços de saúde de atenção primária. No entanto, esses efeitos mostraram-se desvinculados do PBF.

Conclusões. O trabalho aponta efeitos, limites e desafios do PBF para modificar os determinantes sociais produtores de iniquidades da saúde, a fim de que se alterem, de modo mais permanente, as dinâmicas de exclusão/inclusão social de famílias vivendo em situação de pobreza.

Palavras-chave

Pobreza; equidade em saúde; saúde da família; política social; Brasil.

A abordagem da determinação social do processo saúde-doença envolve desvelar como a estrutura socioeconômica incide na produção de saúde e também analisar a interferência das diferentes políticas de proteção social no enfrentamento desse processo (1). Entender a

saúde no sentido amplo e como recurso para a vida digna tem sido um dos fundamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a sua criação. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, estabeleceu uma definição ampliada de saúde, que foi incorporada nas bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde como campo intersetorial requer a interação entre diferentes políticas públicas para gerar uma gama de efeitos capazes de transformar as expressões da

questão social contemporânea, como os processos de exclusão social produtores de iniquidades em saúde (2). Essas iniquidades podem ser alteradas por intervenções vinculadas a políticas universalizantes (3) orientadas ao enfrentamento dos determinantes sociais que resultam em desigualdades em saúde desnecessárias, evitáveis e injustas (4).

A despeito da importância das políticas universalizantes para a proteção social e o combate às iniquidades, verifica-se, a partir de 1990, na América

¹ Universidade Federal Fluminense, Instituto de Humanidades e Saúde, Departamento Interdisciplinar, Rio das Ostras (RJ), Brasil. Correspondência: haydaenf@gmail.com, halves@puro.uff.br

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Latina, a expansão de políticas focalizadas, resultantes da enunciação da questão social como pobreza, por influência do receituário neoliberal imposto por agências internacionais, condicionante da renegociação da dívida externa (5). No marco dessas intervenções, foram desenvolvidos, no continente latino-americano, programas de transferência de renda condicionada, como o Programa Bolsa Família (PBF), no Brasil.

Criado em 2003, o PBF é o maior programa latino-americano de transferência de renda condicionada. Em 2013, beneficiou mais de 13,7 milhões de famílias com renda mensal *per capita* até R\$ 140,00 reais (US\$ 70,00), com os objetivos de: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial saúde e educação; estimular a emancipação sustentada das famílias; e promover a intersectorialidade das ações sociais do poder público. A inscrição no PBF ocorre mediante o registro das famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), operacionalizado pelos municípios e processado no âmbito federal (6, 7).

As famílias com rendimento mensal entre R\$ 70,00 e R\$ 140,00 *per capita* e com crianças ou adolescentes de até 17 anos, dependendo do número e da idade dos filhos, podem receber entre R\$ 32,00 e R\$ 236,00 (aproximadamente US\$ 16 e US\$ 118). As famílias com renda mensal *per capita* de até R\$ 70,00 recebem o benefício básico de R\$ 70,00, além dos repasses variáveis vinculados ao número e idade dos seus integrantes, totalizando entre R\$ 70,00 e R\$ 306,00 (aproximadamente US\$ 35 e US\$ 153) (6).

A manutenção do benefício está condicionada ao cumprimento de contrapartidas: vacinação atualizada das crianças; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de 7 anos; acompanhamento das mulheres entre 14 e 44 anos e de gestantes e nutrizes. Crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos devem apresentar frequência escolar mensal mínima. Menores de 15 anos em situação de risco ou retirados do trabalho infantil devem frequentar serviços socioeducativos (6). A concessão dos benefícios tem caráter temporário, segundo o limite da renda familiar *per capita* e a idade dos dependentes, e não gera direito adquirido, sendo a elegibilidade das famílias obrigatoriamente revista a cada 2 anos (7).

As condicionalidades do PBF vinculadas ao setor saúde são operacionalizadas

nos serviços de atenção primária, oferecida por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual constitui o eixo estruturante da oferta de serviços no SUS (8). Em 2013, a ESF alcançou 95% dos municípios e cobriu 54% da população (9). Portanto, objetiva-se associar a ESF e o PBF para a reversão de processos de exclusão social vividos por famílias em situação de pobreza e para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

Este artigo apresenta os resultados de um estudo de caso que utiliza a abordagem dos processos de inclusão e exclusão social em suas múltiplas dimensões (social, econômica, cultural e política) para examinar as transformações operadas pelo PBF na realidade social das famílias assistidas e suas repercussões nos determinantes sociais da saúde produtores de iniquidades.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa de abordagem qualitativa utilizou o método de estudo de caso (10) e as técnicas de observação participante, pesquisa documental, análise de dados secundários e entrevistas semiestruturadas com famílias beneficiárias e ex-beneficiárias do PBF, além de gestores municipais. O estudo de caso foi conduzido de setembro de 2011 a junho de 2012, em Silva Jardim, no estado do Rio de Janeiro (RJ). O município tem 21 mil habitantes e foi escolhido por apresentar o pior índice de exclusão social (IES) (11) entre as localidades com 100% de cobertura da ESF no estado. O IES é constituído por três dimensões, subdivididas em componentes: i) vida digna: composta pelos índices de pobreza (17%), emprego (17%) e desigualdade (17%); ii) reconhecimento: alfabetização (5,7%) e escolaridade (11,3%); iii) vulnerabilidade juvenil: presença juvenil (17%) e violência (15%) (11). Esse indicador varia de zero (pior situação possível) a 1. Em 2004, o IES de Silva Jardim era de 0,44.

O cenário de pesquisa também foi estudado a partir das informações contidas no Relatório Analítico do Sistema de Benefícios ao Cidadão (SIBEC). Foi realizada análise descritiva das informações disponíveis sobre os beneficiários do PBF de Silva Jardim em dezembro de 2011 (sexo, idade, valores e tipos de benefícios, tempo de recebimento e situação de domicílio), utilizando o software Epi Info 2008 versão 3.5.1. Essa análise, somada aos dados demo-

gráficos e sociais do município disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possibilitou ampliar a compreensão do campo de investigação.

O PBF foi implantado em Silva Jardim em 2003 e expandido em 2008. Em dezembro de 2011, existiam 2 322 titulares do PBF e 3 658 dependentes (1,6 dependente por titular). Foram selecionadas para o estudo duas áreas rurais (totalizando 2 316 habitantes e 690 famílias, sendo 270 beneficiárias do PBF) e duas urbanas (totalizando 5 407 habitantes e 1 545 famílias, sendo 801 beneficiárias) que apresentavam os piores indicadores de vulnerabilidade social (maior percentual de menores de 15 anos não alfabetizados e maior percentual de domicílios sem abastecimento de água e esgotamento sanitário via rede geral) segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (Siab/MS). Com a mediação dos agentes comunitários de saúde, foram localizadas e entrevistadas 31 famílias em suas residências. Os interlocutores foram os titulares e ex-titulares dos benefícios, em famílias ligadas ao PBF por no mínimo 1 ano. As entrevistas foram realizadas por uma das autoras (HA) mediante o consentimento informado dos entrevistados, gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. A fase das entrevistas com as famílias foi encerrada por “saturação teórica”, ou seja, quando os casos adicionais não produziram novas informações (12). As informações obtidas nas entrevistas foram sistematizadas nas dimensões social, política, cultural e econômica dos processos de exclusão e inclusão social. Também foram sistematizadas conforme as intersecções com os determinantes sociais geradores de iniquidades em saúde (13). Essas dimensões (13, 14) também orientaram a análise das repercussões do PBF no cotidiano dos entrevistados (tabela 1).

Os depoimentos dos entrevistados foram interpretados como unidades de significação e sentido (15), possibilitando a construção de categorias empíricas agrupadas segundo as dimensões dos processos de exclusão e inclusão social (13, 14).

Essa forma de examinar os acontecimentos investiga, em cada dimensão, a formação, fragilização ou ruptura de vínculos sociais e suas consequências no cotidiano e nas trajetórias de vida (13,

TABELA 1. Dimensões dos processos de inclusão e exclusão social

Dimensão	Características
Social	Nesta dimensão, as relações proximais de apoio e solidariedade (amizade, parentesco, familiar, clã, vizinhança, comunitária) que geram um sentido de pertencimento aos sistemas sociais são fortalecidas ou fragilizadas.
Política	Constituída pela dinâmica de poder nas relações que geram padrões desiguais, tanto de direitos formais estabelecidos na legislação como das condições em que esses direitos são exercidos — incluindo acesso a água potável, saneamento, moradia, transporte, eletricidade e serviços como atenção à saúde, educação e proteção social. Nesta dimensão, há uma distribuição desigual das oportunidades de participar da vida pública, de expressar desejos e interesses, de que os interesses sejam considerados e de ter acesso aos serviços.
Cultural	Constituída pela amplitude dentro da qual os diversos valores, normas e formas de vida são aceitos e respeitados. Em um extremo desta dimensão, a diversidade é aceita em toda a sua riqueza; no outro, verificam-se situações extremas de estigma e discriminação.
Econômica	Constituída pelo acesso e distribuição dos recursos materiais necessários para sustentar a vida (rendimentos, emprego, habitação, terra, condições de trabalho, meios de vida).

Fonte: Baseado em Escorel (14) e Popay et al. (13).

14), constituindo, ao mesmo tempo, um referencial teórico e uma metodologia de interpretação dos resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

RESULTADOS

Os dados do SIBEC acerca dos beneficiários do PBF em Silva Jardim indicaram que a titularidade era majoritariamente feminina, não sendo verificadas diferenças entre os sexos na proporção de titulares que recebiam o benefício básico de R\$ 70,00 (87%). Entre os titulares homens, 45% ganhavam menos de R\$ 100,00, o que ocorria com 26% das mulheres. Valores mais elevados eram recebidos por 50% das famílias de titularidade feminina e 26% de titularidade masculina. Entre as famílias de zona rural, 17% recebiam o benefício há mais de 6 e até 8 anos, o que ocorria com 10% das residentes em zona urbana. As principais características dos titulares do PBF no município e dos entrevistados encontram-se nas tabelas 2 e 3, respectivamente.

Repercussões do PBF nas dimensões dos processos de inclusão e exclusão social: análise das entrevistas

As repercussões do PBF segundo as dimensões dos processos de exclusão e inclusão social estão resumidas na tabela 4. As famílias entrevistadas caracterizavam-se por diversas vulnerabilidades nos âmbitos do trabalho e da educação, algumas intensas. Relatavam

processos de fragilização dos vínculos, porém nenhum depoimento indicou, nem tampouco foi observada, desvinculação completa em qualquer dimensão que marcasse a existência de um estado de exclusão social. Observaram-se repercussões do PBF na diminuição de vulnerabilidades em todas as dimensões analisadas (tabela 4), em particular na econômica e na social.

Entre os principais resultados, destacam-se os efeitos imediatos do PBF relacionados à transferência direta de renda, em particular no aumento do consumo. As narrativas evidenciaram diferentes sentidos adquiridos pelo PBF no enfrentamento de vulnerabilidades econômicas e como apoio à renda de famílias com inserções ocupacionais precárias. O benefício era associado ao “dinheirinho certo” complementar ao trabalho — um trabalho que gerava renda insuficiente para suprir as necessidades básicas das famílias, além de frequentemente ser informal, desprotegido e transitório.

“Eu vejo assim, eu trabalho e eu preciso, imagina quem não trabalha! [...] O trabalho que a gente tem não supre tudo. E essa é uma rendazinha que entra para ajudar [...] porque às vezes meu pagamento não cai em tal dia e recebo o Bolsa Família em uma certa data, daí eu já não espero para receber eu vou lá e já cubro [a dívida] com o Bolsa Família.” (Entrevista 5)

“É que aqui também tem outra dificuldade, encontrar serviço. Com esse dinheirinho, eu pago uma prestação, é um negócio de colégio [...] Então se naquele mês me faltar, já fica eu devendo lá, entendeu? Essas coisas assim de casa tudo sou eu que compro, entendeu?”

TABELA 2. Caracterização dos titulares do Programa Bolsa Família e dos benefícios recebidos, Silva Jardim, estado do Rio de Janeiro, Brasil, dezembro de 2011

Variável	% ^a
Sexo	
Feminino	90,1
Masculino	9,9
Situação do domicílio	
Rural	26,3
Urbano	73,2
Não identificado	0,5
Idade (anos)	
17 a 19	0,2
20 a 29	21,9
30 a 39	37,1
40 a 49	23,6
50 a 59	12,3
60 a 64	3,1
≥ 65	1,8
Renda per capita (R\$)	
≥ 70,00	87,6
> 70,00 até 140,00	12,4
Valor do benefício (R\$)	
32,00 a 38,00	4,8
64,00 a 96,00	22,8
102,00 a 134,00	52,5
140,00 a 166,00	13,2
172,00 a 198,00	5,1
204,00 a 268,00	1,6
Benefício básico	87,6
Benefício composto (básico + variável)	12,4
Benefício variável vinculado a	
Gestantes	0,4
Nutrizes	0,1
Crianças de 0 a 6 anos	31,6
Crianças e adolescentes de 7 a 15 anos	64,3
Jovens de 16 a 17 anos	3,6
Tempo de recebimento (anos)	
< 1	11,5
1 a 3	64,9
4 a 6	17,4
7 a 8	6,1

Fonte: Sistema de Benefícios ao Cidadão (16).
^a n = 2 322 famílias beneficiárias.

O meu marido mesmo, é só para [o de] comer e o remédio assim, rapidamente acaba.” (Entrevista 20)

Não foram relatados efeitos do PBF relacionados aos programas complementares de inclusão produtiva, considerados como “portas de saída” por meio de capacitação profissional ou ampliação da escolaridade das famílias beneficiárias, porque não haviam sido criados ou não estiveram ao alcance dos entrevistados.

Na dimensão social, o PBF atuava promovendo inclusão ao ampliar a participação das famílias na rede de comércio

TABELA 3. Caracterização dos entrevistados, Silva Jardim, estado do Rio de Janeiro, Brasil, dezembro de 2011 a abril de 2012

Variável	Beneficiários ^a	Ex-beneficiários ^b	Total
Sexo			
Feminino	23	5	28
Masculino	2	1	3
Situação do domicílio			
Rural	11	1	12
Urbano	14	5	19
Idade (anos)			
20 a 29	8	0	8
30 a 39	6	2	8
40 a 49	7	2	9
50 a 59	2	2	4
60 a 64	1	0	1
≥ 65	1	0	1
Renda per capita (R\$)^c			
≤ 70,00	24	0	24
> 70,00 e ≤ 140,00	1	2	3
> 140,00	0	2	2
Renda não informada	0	2	2
Estado civil			
Solteiro	2	1	3
Casado	20	2	22
Separado	3	3	6
Escolaridade (anos de estudo)			
Analfabeto			
≤ 8	2	0	2
> 8 e ≤ 10	16	3	19
> 10 e ≤ 15	4	3	7
> 15	2	0	2
Possui trabalho remunerado			
Sim	5	3	8
Não	20	3	23
Fonte de renda do provedor principal^d			
Trabalho com carteira assinada	7	1	8
Trabalho com rendimentos regulares e sem carteira assinada	6	0	6
Aposentadoria	2	0	2
Seguro desemprego	3	0	3
Benefício de Prestação Continuada	1	1	2
Biscates	4	0	4
Negócio próprio	1	2	3
Apenas Programa Bolsa Família	1	0	1
Nenhuma	0	2	2

^a Vinte e cinco famílias beneficiárias entrevistadas.

^b Seis famílias ex-beneficiárias entrevistadas.

^c Informações sobre renda per capita obtidas no SIBEC (16) para famílias beneficiárias e calculadas a partir dos dados obtidos nas entrevistas para famílias ex-beneficiárias.

^d Entre os entrevistados casados, esta informação referia-se ao chefe de família, geralmente o cônjuge masculino, excetuando-se um caso.

local, possibilitar a aquisição de itens alimentares e de vestuário, material escolar, entre outros, além de viabilizar a compra a crédito de bens duráveis. Dessa forma, fortalecia os laços sociais pela esfera do consumo, de modo a satisfazer algumas necessidades materiais e simbólicas das famílias. Essas necessidades referiam-se à autovalorização do beneficiário como consumidor, como

portador de cartão bancário e/ou como alguém que conseguia pagar suas contas em dia — símbolos de autonomia e respeito. Tais repercussões alçavam as mulheres ao papel de protagonistas da própria vida e de suas próprias decisões, e exemplificam como o PBF promove inclusão na dimensão cultural, ao produzir mudanças positivas no *status* de seus beneficiários.

O dinheiro do Bolsa Família já ajuda na renda [. . .] Minha filha hoje pode andar arrumadinha, ter um saltinho e tudo! Não se sente abaixo das coleguinhas. (Entrevista 23)

Ainda que, para 88% das famílias vinculadas ao programa, o recurso do PBF fosse limitado a menos de um quarto do salário mínimo brasileiro (igual a R\$ 622,00 em dezembro de 2011) (tabela 2), ele possibilitava a equalização de oportunidades de participação na vida social e favorecia o desenvolvimento de funcionamentos (16) valorizados pelas famílias pobres. Apesar da importância desses achados, é necessário considerar que os mesmos podem ter sido maximizados nos relatos em função da homogeneidade precariedade vivida pelo grupo entrevistado, limitante das opções de vida e de projetos de futuro.

Vale destacar que, nas famílias entrevistadas, havia uma expectativa de mobilidade social implícita na expressão “ser alguém na vida”, manifesta no desejo de ver os filhos atingirem um grau de instrução educacional mais elevado para conquistar um bom emprego e melhores condições de vida. Os entrevistados afirmavam que a renda do programa, conjugada ao acesso à educação, poderia transformar as trajetórias geracionais de exclusão social.

Meu pai morava em fazenda, entendeu? Trabalhava de enxada. Aquilo não dava para comida das crianças, daí a gente mudava. [. . .] A gente passou uma vida de muita pobreza, muita fome. Agora hoje em dia meus filhos já não têm mais essa pobreza toda, entendeu? [. . .] Na minha época o pai falava: hoje não vai para a escola não porque hoje nós temos que ir pra roça, tem que capinar por que senão vocês vão ficar sem comida. [. . .] eu só tive a quarta série, entendeu? Então eu falo pra elas, se eu tivesse o que vocês têm hoje que pode estudar, tem a ajuda do governo que dá pra vocês estudar, eu hoje era alguém na vida! (Entrevista 23)

Por outro lado, problemas ligados à frequência escolar das crianças e jovens, cujo controle de condicionalidades era considerado mais efetivo que o da saúde, acarretavam temores acerca da suspensão ou cancelamento do benefício. Os entrevistados consideraram ainda ser injusto quando o benefício era integralmente cancelado pelo des-

TABELA 4. Repercussões do Programa Bolsa Família segundo as dimensões dos processos de exclusão e inclusão social

Dimensão ^a	Repercussões do Programa Bolsa Família na vida de famílias beneficiárias e ex-beneficiárias entrevistadas
Econômica	<ul style="list-style-type: none"> • Ameniza a falta e insegurança de rendimentos oriundas da inserção ocupacional precária das famílias, com baixa qualificação educacional e profissional e que vivem em contexto socioeconômico marcado por distintas carências. • Induz efeitos positivos nas condições de vida por meio do uso dos recursos para suprir: (a) necessidades básicas (alimento, materiais escolares, medicamentos, entre outras); (b) pagamento de contas de água e luz; (c) pagamento parcelado de bens duráveis (geladeira, televisão, rádio, etc.); (d) pagamento de cursos de idioma e qualificação profissional. • Possibilita comprar produtos pessoais e alimentares diferentes da cesta básica adquirida ou recebida por meio de doações. • Amplia a participação das famílias nas redes de comércio local. • Fomenta a participação das mulheres no sistema econômico, ao possibilitar a titularidade de cartão e conta bancários. • Representa recurso seguro para mulheres sem renda, excluídas do mercado formal de trabalho e vivendo em contextos de ausência de suporte social ou de equipamentos públicos para cuidar dos filhos. • Assegura a possibilidade de subsistência de famílias pobres e excluídas do trabalho protegido, dependentes anteriormente de doações e/ou favores, ou cuja subsistência implicava submissão a condições de trabalho consideradas indignas e/ou de remuneração muito baixa.
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia a inclusão social pela esfera do consumo, mas também pode estimular o endividamento das famílias pobres. • Representa mecanismo favorável à mobilidade social ascendente geracional e/ou quando o recurso é utilizado para apoiar a educação. • Pode conduzir a situações consideradas injustas de desligamento de jovens do programa, as quais interferem negativamente nos laços familiares e comunitários. • Possibilita promover mudanças em situações domésticas de constrangimento, assédio e violência contra a mulher. • Impulsiona mudanças positivas no <i>status</i> social da(o) beneficiária(o) em função do aumento da participação das famílias na vida econômica e social da comunidade e amplia o sentimento de pertencimento social.
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamento feminino na esfera doméstica. • Não houve relatos de discriminação ligados à condição de beneficiário, embora as famílias buscassem a identidade de trabalhador. • Favorece o sentido moral e de autonomia positivos, especialmente no caso de mulheres, ao auxiliar no pagamento de dívidas do lar ou de gastos com os filhos.
Política	<ul style="list-style-type: none"> • Dificulta práticas clientelistas nas relações socioassistenciais do governo com os usuários, ao estabelecer mecanismos de cadastro (CadÚnico). • Viabiliza, por meio do CadÚnico, a inclusão de famílias pobres em outros benefícios ou subsídios governamentais (Tarifa Social de Energia Elétrica,^b Programa Renda Melhor do governo do estado do Rio de Janeiro). • As condicionalidades da saúde impulsionam o diálogo entre as equipes de Saúde da Família, os beneficiários do programa e a instância gestora local do Programa Bolsa Família, colaborando para o seu cumprimento e, por conseguinte, para a manutenção do benefício, que representa a porta de entrada ao direito à assistência social de famílias pobres, até então alijadas de seu usufruto. • Apresenta limites na expansão da representação dos beneficiários do programa no espaço público e não promove uma cidadania ativa e/ou participativa. • As instâncias de controle social não são efetivas, não foi constituído um comitê gestor do Programa Bolsa Família, nem os beneficiários estão representados nos conselhos municipais de assistência social.

^a As dimensões de análise foram baseadas na abordagem dos processos de inclusão e exclusão social desenvolvida por Popay et al. (13) e Escorel (14).

^b A Tarifa Social de Energia Elétrica regulamentada pela Agência Nacional de Energia Elétrica em 2010 estabelece desconto para a população de baixa renda.

cumprimento das condicionalidades da educação por parte dos jovens, cujo controle pelos pais era mais difícil. Esse tipo de situação fragilizava os vínculos familiares e comunitários, na medida em que o jovem era responsabilizado pelo aprofundamento da pobreza da família.

Na dimensão política, os efeitos do PBF foram limitados por fragilidades no funcionamento das instâncias de participação social do programa. Os de-

poimentos não evidenciaram qualquer incidência do programa na promoção da cidadania ativa nem na expressão das demandas e interesses dos beneficiários na esfera pública. Nessa dimensão, as repercussões do PBF relacionadas concentraram-se na ampliação do acesso e utilização tanto dos serviços de saúde quanto educacionais.

As condicionalidades de saúde são cumpridas por meio dos serviços de atenção básica, que, no cenário de es-

tudo, estavam assegurados a toda a população desde 2002 via ESF, dificultando isolar os efeitos do PBF das estratégias setoriais específicas. A ESF promovia inclusão social por favorecer o acesso aos serviços de atenção básica e oferecer uma assistência territorializada às famílias.

Porque antigamente era difícil você ter acesso [...] Hoje você pode fazer um exame, você pode ser atendida por um médico, enfermeira,

dentista, tudo isso a gente tem ali que é útil para a gente aqui. (Entrevista 7)

O Posto de Saúde é praticamente o único recurso que nós temos aqui no bairro. Tem a maior serventia pra nós daqui. (Entrevista 20)

Os entrevistados valorizaram a mediação realizada pelos agentes comunitários de saúde no encaminhamento das suas demandas às equipes, as visitas domiciliares e as ações desenvolvidas para garantir a continuidade do cuidado.

Eles lá me dão muita atenção. Minha mãe tava ruim com pressão baixa. Aí ela [a agente comunitária de saúde] foi, me pegou e me levou lá para medir pressão. Veio aqui em casa avisar também sobre o teste para ver se tava com glicose alta. Vem ver se tá com diarreia. (Entrevista 18)

Esses trabalhadores também exerciam um papel mediador entre o público-alvo e os gestores locais do programa, viabilizando a comunicação e favorecendo a permanência de beneficiários no PBF através do cumprimento de condições da saúde.

Eles [os agentes comunitários de saúde] te chamam para fazer pesagem [. . .] E sempre quando eles tão sabendo que tem cadastro, alguma coisa assim [. . .] eles vêm na porta da gente avisar, a gente nunca fica sem saber não. (Entrevista 2)

Os entrevistados destacaram também os esforços realizados pela equipe de Saúde da Família para garantir transporte, medicação e assistência nos serviços de média e alta complexidade, apesar dos relatos indicando grandes dificuldades na coordenação de cuidados e na ampliação do acesso à rede regionalizada de atenção secundária, especialmente pediátrica e obstétrica, que não sofria interferência do PBF, exceto se os recursos do benefício fossem utilizados pelas famílias para comprar serviços no subsector privado. Além disso, os usuários queixavam-se do não atendimento de urgências nas Unidades de Saúde da Família e de problemas ligados à falta de médicos nas equipes, que ocorria por dificuldades de fixação do profissional em tempo integral numa localidade de baixo desenvolvimento econômico. Tais problemas também reforçavam as críticas orientadas à fun-

ção de filtro (*gatekeeper*) desempenhada pelos médicos da ESF para a atenção especializada.

DISCUSSÃO

A pesquisa identificou que o trabalho seguro e protegido figura como principal polo de inclusão social reconhecido e almejado pelas famílias — contudo, as dificuldades de inclusão produtiva aliadas às vulnerabilidades na esfera do trabalho não são alteradas pelo PBF. O PBF não reproduz nem é um substituto dos suportes e vínculos gerados nessa dimensão. As famílias beneficiárias continuam em busca da inserção ocupacional, das garantias de proteção social e dos valores simbólicos positivos ligados à definição de trabalhadores. No território pesquisado, tal *status* parece ser uma realidade cada vez mais distante, limitando a identidade dessas famílias à de “pobres de assistência” (17) e fragilizando sua capacidade associativa em torno do trabalho (18), um reconhecido elemento de sociabilidade e de proteção social.

Esse enquadramento identitário reforça a desconfiança de outros segmentos sociais de que o beneficiário do PBF é — por opção — um não trabalhador dependente da assistência pública (19), a despeito de análises que demonstram aumento da taxa de participação no mercado de trabalho desses indivíduos (20). Assim, há que se reconhecer que os vínculos empregatícios e as condições de trabalho das famílias pobres são os elementos que impõem obstáculos ao exercício dos direitos humanos e limitam o usufruto das liberdades substantivas, por restringirem o leque de escolhas, as capacidades e as oportunidades dos indivíduos de se realizarem plenamente no mundo a partir daquilo que consideram valioso ser, ter ou fazer (16, 21). Tal cenário afeta a saúde em diferentes perspectivas (econômica, familiar, psicossocial, etc.), gerando iniquidades (22) que ultrapassam as possibilidades de equacionamento pelo setor saúde, requerendo políticas econômicas e de segurança social capazes de atuar no mundo do trabalho.

Os achados da pesquisa corroboram análises de que o PBF favorece a igualdade de gênero (23), as relações de consumo (23, 24) e a criação de novos circuitos comerciais e dinâmicas sociais comunitárias (18). Por essa via, o

programa atua nas dimensões social e cultural, na medida em que equaliza as relações de poder entre os sexos e possibilita minimizar sentimentos de inferioridade dos integrantes dessas famílias em função de sua posição na estrutura social. Esse aspecto, ainda que de forma indireta e limitada, interfere positivamente nas condições de saúde e sensação de bem-estar.

Entretanto, a política social economicamente orientada que promove a inclusão das famílias no mercado de consumo, sendo, porém desarticulada de outras políticas de proteção social (25) universalizantes e de base constitucional, como seguridade social e educação, compromete, em longo prazo, as possibilidades de o PBF incidir na superação da pobreza geracional e, por conseguinte, promover a inclusão social permanente dessas famílias na cidadania. Ressaltam-se os limites que o incentivo à frequência escolar das crianças e adolescentes encontra na baixa qualidade da escola pública no Brasil.

Se os processos de exclusão social remetem à fragilização de vínculos e a uma gama de situações de não pertencimento social (14), o ingresso no PBF possibilita reverter parcialmente essa trajetória, diminuindo as vulnerabilidades e fortalecendo os laços característicos da inclusão social. Nesse sentido, o programa favorece alcançar um lugar social que as famílias desejam ocupar, no qual não se sentem nem discriminadas, nem desqualificadas pela dependência dos serviços de assistência social (26), podendo até mesmo dispensar o benefício em prol de outros “mais necessitados” quando melhora a sua situação ocupacional e de rendimentos (27).

No âmbito da saúde, embora estudos sobre o PBF indiquem efeitos positivos na promoção da equidade das famílias beneficiárias, como a diminuição da desnutrição infantil, o aumento de consultas pré-natais e a diminuição da mortalidade infantil (24, 28–31), torna-se necessário desenvolver pesquisas para esclarecer até que ponto tais efeitos podem ser atribuídos ao PBF ou resultam da ESF, que por si só pode ser associada ao favorecimento de dinâmicas de inclusão social, especialmente entre os grupos mais vulneráveis (32).

Por fim, vale ressaltar que o presente estudo apresenta as condições de vida e percepções de 31 famílias vinculadas ao PBF, não constituindo uma amostra

representativa dos mais de 13 milhões de beneficiários do programa no Brasil. A intenção da pesquisa não é extrapolar os achados para o conjunto dos beneficiários do programa em âmbito nacional, e sim, por meio da análise em profundidade dos elementos cotidianos comuns na vida dessas famílias, compreender como o PBF interfere nos processos de exclusão e inclusão social e, sobretudo,

nos determinantes sociais da saúde produtores de iniquidades.

Os resultados de estudos de caso permitem ainda elaborar recomendações para políticas setoriais e intersetoriais a serem implementadas na localidade pesquisada, visando à inclusão produtiva das famílias e o fortalecimento de políticas de proteção social e de participação a partir da própria institucionalidade do programa (33). Embora não possibilitem

generalizações, oferecem pistas analíticas, novas perguntas e hipóteses para futuras investigações que, mesmo limitadas territorial e populacionalmente, podem aprofundar o conhecimento sobre as formas pelas quais programas de transferência de renda condicionada, como o PBF, interferem no cotidiano das famílias beneficiárias e modificam (ou não) as desigualdades em saúde da população que vive em situação de pobreza e miséria.

REFERÊNCIAS

1. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html Acessado em abril de 2013.
2. Alves H, Escorel S. Massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação e enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria. *Physis*. 2012;22(1):99-115.
3. The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, Lee JH, Sadana R, eds. Improving equity in health by addressing social determinants. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241503037_eng.pdf Acessado em novembro de 2013.
4. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
5. Ugá VD. A questão social como pobreza: crítica à conceituação neoliberal. Curitiba: Editora Appris; 2011.
6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia Acessado em fevereiro de 2013.
7. Brasil. Lei 10 836/2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm Acessado em abril de 2013.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 648/GM/2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> Acessado em abril de 2013.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php Acessado em abril de 2013.
10. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Pochmann M, Amarin R, orgs. Atlas da exclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2002.
12. Kelly SE. Qualitative interviewing techniques and styles. Em: Bourgeault I, Dingwall R, De Vrie R, editors. Qualitative methods in health research. Londres: Sage; 2010. Pp. 307-326.
13. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston HB, Mathieson J, Rispel L. Social exclusion and health inequalities: definitions, policies and actions. Em: The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, Lee JH, Sadana R, eds. Improving equity in health by addressing social determinants. Geneva: World Health Organization; 2011. Pp. 88-114.
14. Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
15. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
16. Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
17. Ivo ABL. Viver por um fio: pobreza e política social. São Paulo: Annablume; 2008.
18. Favero CA. Políticas públicas e reestruturação de redes de sociabilidades na agricultura familiar. *Cad CRH*. 2011;24(63):609-26.
19. Lavinas L, coord. Medindo o grau de aversão à desigualdade da população brasileira [relatório técnico final]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: http://oglobo.globo.com/arquivos/pais_relatorio_finep_desigualdade.pdf Acessado em novembro de 2013.
20. Medeiros M, Britto T, Soares F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estud CEBRAP*. 2007;79(nov):5-21.
21. Sen A. Por que equidade na saúde. Em: Sen A, Kliksberg B. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. Pp. 73-93.
22. Benach J, Muntaner C. Employment Conditions Network (EMCONET). Employment and working conditions as health determinants. Em: The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, Lee JH, Sadana R, editors. Improving equity in health by addressing social determinants. Geneva: World Health Organization; 2011. Pp. 165-95. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241503037_eng.pdf Acessado em novembro de 2013.
23. Rego WL, Pinzani A. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Editora UNESP; 2013.
24. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Documento síntese. 2008. Disponível em: http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf Acessado em abril de 2013.
25. Kerstenetzky CL. O estado de bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado de bem estar social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
26. Paugam, S. La desqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté. 4ª ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1997.
27. Gaspari E. Brava gente, a brasileira. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/108531-brava-gente-a-brasileira.shtml> Acessado em junho de 2013.
28. Paes-Sousa R, Santos LMP, Miazaki ES. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2011;89(7):496-503.
29. Rasella D, Aquino R, Santos AC, Paes-Souza R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382(9886):57-64.
30. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54-60.
31. Paes-Sousa R, Quiroga J. Programas de transferência de renda e redução da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil, no período de 2004 a 2011. Em: Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Pp. 253-270. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_12_saude_brasil_2010.pdf Acessado em novembro de 2013.

32. Escorel S (coord), Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Castro Maia Senna M. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos—síntese dos principais resultados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_0007_M.pdf. Acessado em novembro de 2013.
33. Alves HJ. Programa Bolsa Família, Saúde da Família e processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ) [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Manuscrito recebido em 1 de abril de 2013. Aceito em versão revisada em 27 de setembro de 2013.

ABSTRACT

Social exclusion and health inequity: a case study based on a cash distribution program (Bolsa Família) in Brazil

Objective. To understand the impact of Bolsa Família (PBF), a federal cash transfer program, and to analyze its effects on social inclusion and exclusion processes experienced by low-income families in Brazil, with a focus on the program's potential to help overcome health inequity.

Methods. This qualitative investigation used a case study methodology including observant participation, review of documents, and semi-structured interviews with current and former PBF beneficiaries, as well as with the program's local managers. The study was conducted in a small city in the state of Rio de Janeiro with a high social exclusion index and 100% coverage by the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*, ESF) program. The economic, political, social, and cultural dimensions of social exclusion and inclusion processes were used to guide data collection and analysis.

Results. The program facilitated social inclusion of low-income families, especially in the economic and social dimensions. Nevertheless, it did not produce the changes desired by the beneficiaries in the work dimension. The effects on the political dimension were limited by the insufficient social engagement of the PBF. The interviewees underscored the positive effects of the ESF, which allowed them to exercise their right to health by granting them wider access to primary health care services. However, these effects appeared to be unrelated to the PBF.

Conclusions. The results reveal effects, limitations, and challenges of the PBF towards modifying the social determinants of health inequity, in order to promote more effective changes in the social exclusion/inclusion dynamics affecting low-income families.

Key words

Poverty; equity in health; family health; social policy; Brazil.