

CAPÍTULO 5

“O Bolsa Família tem ajudado muito a gente”: usos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família

*Pedro Nascimento
Márcia Alexandrino Lima*

O enunciado que dá título a esse capítulo pode parecer corriqueiro se o associarmos a uma pessoa que é beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). São muitas as fontes que têm difundido os efeitos de transformação da vida de milhares de participantes desse programa de transferência de renda condicionada do Governo Federal. O próprio governo tem sido um dos principais divulgadores dos impactos positivos na vida dos “mais de 20 milhões de brasileiros que saíram da extrema pobreza”. O entusiasmo com que esses resultados têm sido percebidos, pelo Estado, por analistas e pela população em geral, é facilmente identificado nas falas e experiências das pessoas beneficiárias.

No entanto, a sentença do título chegou-nos inicialmente por uma das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de uma das unidades de saúde onde a pesquisa que dá base a esse texto foi desenvolvida. Esta afirmação, feita em um de nossos primeiros contatos em campo, foi frequentemente repetida por outras agentes de saúde, bem como por outros profissionais dos serviços de atenção básica à saúde. A percepção é que, pelo fato de receberem “o Bolsa Família”, essas pessoas, particularmente as mulheres, estariam “atendendo” mais prontamente às exigências de, por exemplo, realização de exames preventivos, vacinação e pesagem das crianças. “Falou em Bolsa Família, todo mundo se mexe” – uma afirmação recorrente.

Este capítulo está focado no contexto de produção desses enunciados, seus efeitos práticos e as classificações que eles geram. Para compreender a forma como tem se dado a gestão das condicionalidades da saúde nesse cenário específico, em um primeiro momento, apresentaremos as motivações da pesquisa e seu contexto etnográfico: o município de Rio Tinto, no litoral norte da Paraíba¹. Na sequência, apresentaremos em linhas gerais o PBF; a lógica envolvida na exigência das condicionalidades e, particularmente, a forma como as condicionalidades da saúde são apresentadas. Destacaremos, a

1 Além dessa pesquisa específica realizada na Paraíba, o primeiro autor atuou como consultor do então Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em pesquisa etnográfica entre novembro de 2014 e abril de 2015, em outras quatro localidades: Belo Horizonte/MG; Garopaba/SC; Ceilândia/DF; Belém/PA. Embora não aborde diretamente os resultados dessa consultoria neste texto, essa experiência reafirma algumas das questões observadas em Rio Tinto, e indica que os achados aqui apresentados não se restringem a essa localidade.

partir da análise de materiais técnicos destinados aos profissionais de saúde, as expectativas de atuação desses profissionais e a forma como essa expectativa de ação se cruza com concepções mais amplas do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em um terceiro momento, a partir de relatos etnográficos, discutiremos a forma de gestão dessas condicionalidades, do ponto de vista de profissionais e de algumas das mulheres titulares do PBF.

Retomaremos a discussão sobre as exigências de condicionalidades, da forma como tem sido considerada por críticos que veem nessa modalidade uma expressão da biopolítica, assim como a reflexão feita por pesquisadoras feministas sobre a reificação de lugares de gênero na efetivação dessas políticas. Nessa direção, a análise aqui empreendida dialoga com o campo de estudos sobre políticas de Estado, os modos de governo e as práticas de poder em que o Estado é produzido em relações específicas e a racionalidade estatal e as moralidades se mesclam na prática cotidiana (cf. SOUZA LIMA, MACEDO, CASTRO, 2008; SCHUCH, 2009; FONSECA, SCALCO, 2015; FERGUSON, GUPTA, 2002; CASTILHO, SOUZA LIMA, TEIXEIRA, 2014). Nesse diálogo, o entendimento das formas contemporâneas de governo das populações é central (FOUCAULT, 1988, 2005, 2008a, 2008b; ROSE, MILLER, 1992; RABINOW, ROSE, 2006; FASSIN, 2009). Essa abordagem se cruza com outras áreas de interesse da antropologia, como gênero e família (TRAD, 2010; SARTI, 2010; SCOTT, 2011), a partir de uma preocupação acerca da forma como as políticas públicas precisam ser compreendidas como sendo cruzadas e orientadas por olhares marcados pelo gênero (FONSECA, 2012; DAL'IGNA, KLEIN, MEYER, 2014), assim como de um entendimento particular do que é a família (FONSECA, 2015) e como esta tem sido instrumentalizada historicamente em práticas de poder (DONZELOT, 1986). Ao relacionar esses campos, pretendemos contribuir para o debate sobre como o Programa Bolsa Família pode ser visto com um dos exemplos acerca dos modos pelos quais as tecnologias de governo contemporâneas continuam a instrumentalizar categorias tradicionais para o alcance de objetivos pactuados globalmente com base em noções como direitos humanos e desenvolvimento (MOLYNEUX, 2006; MOLYNEUX; THOMSON, 2011).

Pesquisando a articulação entre família, saúde e políticas públicas

O interesse em pesquisar a relação entre serviços de saúde e as condicionalidades do Programa Bolsa Família surgiu durante a realização de outra pesquisa, em Maceió, Alagoas, sobre serviços voltados à saúde reprodutiva na rede pública de saúde. Em pesquisas anteriores, sempre foi possível identificar a preocupação das agentes comunitárias de saúde em anotarem em seus formulários o peso e a altura das crianças. No entanto,

naquele momento, em 2011, a pergunta “Já levou seu filho pra pesar?” era muito mais recorrente, e invariavelmente uma das primeiras a serem feitas. Ao perguntar a uma das agentes de saúde sobre essa ênfase, ela comentou a preocupação das mulheres de que se não fizessem isso poderiam “perder o Bolsa Família”.

Aquela pesquisa em Maceió continuou focada na busca por compreender como estava organizada a rede de atenção à saúde, de modo a garantir ou não meio de contracepção às mulheres atendidas. Ali se aprofundou o interesse na relação entre as visões correntes sobre os pobres, por parte dos profissionais de saúde. Os discursos controlistas, a percepção dos pobres como aqueles que não se cuidam e, assim, são responsáveis por suas condições de vida, se explicitavam ali. (NASCIMENTO; MELO, 2014).

Foi a partir daí que se aprofundou o interesse pelo acompanhamento feito pelos serviços de saúde das famílias beneficiárias do PBF, fazendo parte de um conjunto crescente de pesquisas sobre esse Programa no Brasil (ver SILVA, 2007; PIRES, REGO, 2013; REGO, PINZANI, 2014; PIRES, JARDIM, 2014, entre outros). De que forma é feito esse acompanhamento? Esses serviços estariam identificando (ou criando) algum novo tipo de distinção entre aquelas famílias? Essas perguntas, certamente, estavam relacionadas a uma inquietação pessoal diante das muitas questões frequentemente veiculadas pela mídia e em comentários feitos por diferentes sujeitos sobre os (maus) usos do Bolsa Família, dentre eles a consideração de que mulheres estariam tendo mais filhos para se beneficiar do programa.

Procurando uma via de investigação para estas inquietações e curiosidades, buscamos informações sobre o Programa Bolsa Família (PBF), desde já com interesse nas chamadas condicionalidades, particularmente aquelas na área da saúde. Chamou-nos atenção, naquele momento, um conjunto de matérias veiculadas na imprensa que reproduziam conteúdo do *site* do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), de agosto de 2012, como o título: “Bolsa Família registra maior acompanhamento de saúde desde 2005”. A matéria informava:

No acompanhamento por região, o destaque é o Nordeste, que monitorou 76,09% das famílias inscritas, superando os 74% da vigência anterior. Nos estados, Roraima aparece em primeiro lugar no número de famílias acompanhadas, com 84,9% das cadastradas. Em seguida vêm o Rio Grande do Norte, com 79,8%, e a Paraíba, com 79,3%.²

² Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2012/agosto/bolsa-familia-registra-maior-acompanhamento-de-saude-desde-2005>>.

O que esses números poderiam significar em termos do desenvolvimento dos serviços de saúde? Como se chegava a esses dados? O que colocava o Estado da Paraíba nesse lugar de destaque? Nesse momento, não existia clareza sobre como se dava esse acompanhamento por parte da saúde, e o significado das condicionalidades. No entanto, ocorriam imagens de um mutirão de profissionais para identificar as famílias faltosas no melhor estilo “A polícia das famílias”.

Os caminhos da pesquisa: situando Rio Tinto, Paraíba

O município de Rio Tinto está situado na microrregião do Litoral Norte do Estado da Paraíba, com uma população de 22.976 habitantes, distando 54 km da capital, João Pessoa. O território do município contempla as áreas da Terra Indígena Potiguar (Monte-Mór). A economia local é baseada na monocultura da cana-de-açúcar, que é fornecida para usinas situadas nas circunvizinhanças do município (Miriri, Monte Alegre e Japungu), presentes de forma marcante na paisagem e na vida dos moradores da região. Além do trabalho nos canaviais, os trabalhadores locais investem na agricultura familiar, produzindo milho, feijão, macaxeira, inhame e batata doce, bem como na atividade da pesca pelos ribeirinhos.

O município surgiu historicamente a partir do estabelecimento da Companhia de Tecido de Rio Tinto (CTRT), fundada por um teuto-sueco, Herman Theodor Ludgren, naturalizado brasileiro, com atividades econômicas estabelecidas inicialmente em Pernambuco, na década de 1920. Após a aquisição de terras de proprietários de engenhos locais, como também de terras habitadas por índios Potiguaras e cobertas por Mata Atlântica, foi instalada a fábrica têxtil cuja produção se iniciou em 1924 (GÓES, 1963; FERNANDES, 1971; PALITOT, 2008; SOUSA, 2013;).

Em fins da década de 1960, em decorrência da crise econômica e da modernização da indústria têxtil, a fábrica passa por instabilidades, realizando demissão em massa de trabalhadores em 1970. Em 1975, as terras dos Lundgren foram vendidas ou arrendadas para o cultivo da cana-de-açúcar, por ocasião da criação do Programa Nacional do Alcool (Proalcool), destruindo parte da reserva de Mata Atlântica da região.

Para a história local, é em torno dessa atividade fabril que trabalhadores se fixaram e deram origem à cidade, emancipada em 1956 (Lei Estadual nº 1622 de 6 de dezembro de 1956). Igualmente, a paisagem local é fortemente marcada pela presença dos canaviais. De todos os sítios (como são nomeadas as localidades rurais pesquisadas) é possível avistar a plantação de cana de açúcar, sendo as ruas, em muitos casos, margeadas pela área da usina. Ao longo da pesquisa, foi recorrente a associação feita pelos moradores entre uma fase antes e depois da chegada das usinas. Há uma referência positiva à

chegada de serviços e equipamentos de saúde e educação e os empregos provindos das usinas. Ao mesmo tempo, há certa nostalgia de um tempo em que ali “era tudo mato”, sem a pressão das usinas. Referem-se a um tempo sem desmatamento, queimadas e sem a poluição do mangue e dos rios que banham a região, o que levou à diminuição dos recursos pesqueiros e ao surgimento de doenças relacionadas a essa poluição.

A pesquisa nas unidades de saúde

Após os contatos iniciais com a Secretaria de Saúde do município, em outubro de 2013, nos foi sugerido conhecermos “um PSF” instalado na zona rural³. Na unidade onde a pesquisa teve início, nos primeiros contatos com a equipe de saúde, chamou-nos atenção a forma como se referiam a um desses locais especificamente⁴. Embora à primeira vista nos parecesse haver pouca distinção entre as diferentes áreas rurais, aquele emergia sempre como um “local problemático” – na fala de todos os profissionais com os quais lidamos.

Quando falamos para a coordenadora da atenção básica do nosso interesse em pesquisar a relação com o Bolsa Família, ela repetiu algumas das compreensões que ouviríamos de todos os profissionais com quem falamos: a pobreza e o alto número de filhos das mulheres. Disse que o número de gravidezes é alto e lamentou que a laqueadura só possa ser feita depois dos 25 anos de idade⁵. Do mesmo modo, na conversa com a enfermeira da USF, perguntamos se havia alguma diferença entre as localidades onde ela atuava, em termos das condições econômicas e sociais. Ela disse que aquele era o mais pobre; além de mais pobre, seria o mais problemático, em sua visão, reunindo todo o tipo de mazelas: muita pobreza, violência, drogas; “até prostituição tem”, ela disse com alguma perplexidade e contrariedade. Perguntamos se achava que existia alguma explicação para os problemas listados, e ela respondeu com uma franqueza desconcertante: “É porque é onde tem mais pobreza mesmo”. Embora mais presentes nessa comunidade, mantivemos contato com sujeitos de outras três localidades na zona rural e um bairro na área urbana do município.

³ Optamos por omitir o nome das Unidades de Saúde onde a pesquisa se desenvolveu principalmente, bem como os nomes dos/as profissionais envolvidos/as e moradores/as das localidades pesquisadas.

⁴ Rio Tinto possui nove Unidades da Saúde da Família (USF), sendo três na zona rural e seis na zona urbana. Segundo informações disponibilizadas pela Secretaria de Assistência Social na vigência de dezembro de 2013 foram acompanhadas 2.434 famílias com características para acompanhamento (86,62%) de um total de 2.810 famílias ficaram sem ser acompanhadas. Desse total foram acompanhadas: 18 gestantes, 18 gestantes com pré-natal em dia, 1.317 crianças, 1.258 crianças com vacinação em dia, 1.311 crianças com dados nutricionais.

⁵ Em 1996 foi sancionada a Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996). Com a implantação dessa lei, para a realização da laqueadura pelo SUS são necessários: ter no mínimo 2 filhos vivos e no mínimo 25 anos de idade.

Além de acompanharmos a dinâmica de atendimentos nas unidades de saúde, interagindo com as pessoas na sala da espera, foram feitas muitas incursões pela área, na companhia das agentes comunitárias de saúde e também desacompanhados, para contato com os/as moradores/as. Na sede do município, mantivemos contato também com profissionais da Secretaria de Assistência Social, incluindo a equipe de cadastro do Programa Bolsa Família no município e profissionais do Centro de Referência em Assistência Social (Cras). No tópico a seguir, traremos alguns elementos para caracterizar o PBF e passaremos a abordar de modo mais direto a relação entre esse programa e os serviços de saúde, destacando o que são as condicionalidades, particularmente, as condicionalidades na saúde; as responsabilidades dos profissionais de saúde nessa questão; os mecanismos para o seu monitoramento.

Programa Bolsa Família: breve histórico e caracterização

O Programa Bolsa Família, criado em 2003, durante o governo Lula, pode ser considerado como um desdobramento de políticas que tiveram início, no Brasil, nos anos 1990. Em um primeiro momento, pode ser destacado o Projeto de Lei do Senador Eduardo Suplicy, de 1991, que tinha por objetivo criar o Programa de Renda Mínima. Posteriormente, experiências pioneiras foram implantadas nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto, Belo Horizonte e no Distrito Federal (MAGALHAES; BURLANDY; SENNA, 2007: 1419). A partir dessas experiências e da criação do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) foram criadas condições para uma expansão do programa em nível nacional. Antes da criação do PBF, houve iniciativas federais no Governo de Fernando Henrique Cardoso, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) e o Programa Bolsa Escola.

O PBF pode ser entendido como uma unificação de alguns programas anteriores como o Bolsa Escola, Auxílio Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. Essa unificação tinha por objetivo aumentar o valor das transferências e melhorar o gerenciamento e a efetividade do gasto social (SILVA, 2007). O PBF é um programa de transferência de renda condicionada que tem por alvo famílias que vivem na pobreza e extrema pobreza em todo o país (BRASIL, 2004). A partir de 2011, o PBF passou a integrar o Plano Brasil Sem Miséria, que visava articular o Bolsa Família com outras ações para a superação da pobreza, baseando-se nos princípios de garantia de renda básica para o alívio imediato da pobreza; inclusão produtiva e acesso a serviços públicos (particularmente saúde e educação), o que faz com que sua concepção se aproxime dos modelos de programas introduzidos na América Latina. (HEVIA DE LA JARA, 2011, p. 340).

A seleção das famílias para o Bolsa Família é feita com base nas informações registradas pelo município no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O CadÚnico é um instrumento de coleta e gestão de dados que tem como objetivo identificar todas as famílias de baixa renda existentes no Brasil. Com base nesses dados, o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS – anteriormente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas para receber o benefício. No entanto, o cadastramento não implica a entrada imediata das famílias no Programa e o recebimento do benefício.

Cabe reforçar que o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, como o próprio nome sugere, é muito mais amplo que o PBF, embora permaneça, no nível popular, uma redução de um a outro. O CadÚnico é entendido pelo Governo Federal como sendo a “porta de entrada” para diversos serviços e programas. A existência do Cadastro visa contribuir, por exemplo, para a identificação das famílias em situação de maior vulnerabilidade. Além disso, o acesso a outras políticas públicas voltadas à inclusão produtiva, como o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) ou o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), só é possível para aquelas pessoas inseridas no CadÚnico. Essas são políticas que têm sido criadas para enfrentar o fato de que, embora os participantes do PBF que estão inseridos no mercado de trabalho apresentem nível de atividade, ocupação e jornada bastante similares aos dos não beneficiários, sua participação no mercado de trabalho ocorre em “bases mais precárias, com taxas mais elevadas de desemprego e de trabalho sem remuneração”. (JACCOUD, 2013, p. 298).

O Bolsa Família tem gestão descentralizada. Em nível federal, o MDS é o responsável pelo Programa, e a Caixa Econômica Federal é o agente que executa os pagamentos. Já Estados, municípios e o Distrito Federal têm atribuições específicas de implementação local do Programa e acompanhamento das condicionalidades. O pagamento é feito às famílias selecionadas através de um cartão de saque, o Cartão Bolsa Família, emitido pela Caixa Econômica Federal (daqui em diante designada por Caixa) que notifica as pessoas, via correspondência enviada pelos Correios, para que retirem o cartão em uma unidade da Caixa (BRASIL, 2004)⁶.

⁶ O PBF destina-se a dois tipos de famílias, definidas como “pobres e extremamente pobres” com base na renda per capita mensal da residência. (BRASIL, 2004). A definição de “família extremamente pobre” inclui aquelas com renda per capita mensal de até R\$ 77. “Família pobre” refere-se àquelas com renda per capita de R\$ 77 a R\$ 154. O valor do benefício é calculado caso a caso e é considerado o número de crianças, adolescentes, mulheres grávidas e nutrízes na residência. Assim, todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 77 mensais estão habilitadas a receber o benefício. As famílias com renda por pessoa entre R\$ 77,01 e R\$ 154 mensais podem receber desde que tenham em sua composição crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. A concessão do benefício depende de quantas famílias já foram atendidas no município, em relação à estimativa de famílias pobres feita para essa localidade,

Condicionalidades: princípios e mecanismos de operacionalização

O fato de o Bolsa Família ser um programa de transferência de renda condicionada implica que as famílias beneficiárias devem atender certos compromissos (condicionalidades), cujo descumprimento pode resultar em advertência, suspensão ou bloqueio da renda recebida. Por exemplo, as famílias que têm filhos até cinco anos de idade devem mantê-los na escola e fazer o acompanhamento de saúde, incluindo vacinação. Da mesma forma, mulheres gestantes ou que estejam amamentando devem fazer acompanhamento no serviço comunitário de saúde.

A referência às condicionalidades é apresentada já quando são anunciados os eixos principais do PBF, e o entendimento oficial de sua exigência é que, enquanto a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza, as condicionalidades “reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade”⁷.

O enunciado de que as condicionalidades “reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social” é central para a análise desenvolvida nessa pesquisa. Desse ponto de vista, as condicionalidades são entendidas, ao mesmo tempo, como uma responsabilidade do Estado de garantia de acesso a esses serviços, e uma “contrapartida” ou “compromisso” da população beneficiária. A compreensão é de que:

As Condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Bolsa Família quanto pelo poder público para ampliar o acesso dessas famílias a seus direitos sociais básicos. Por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. Por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, *site*).

De acordo com essa compreensão, cabe ao poder público “fazer o acompanhamento gerencial para identificar os motivos do não cumprimento das condicionalidades. A partir daí, são implementadas ações de

além da disponibilidade orçamentária do governo federal. Atualmente o valor pago por família varia entre R\$35 e R\$336, com um valor médio de R\$167. De acordo com dados do MDS, no primeiro semestre de 2016, cerca de 14 milhões de famílias tiveram sua renda complementada pelo Bolsa Família – cerca de 50 milhões de pessoas ou 1/4 da população brasileira.

⁷ Fonte disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>

acompanhamento das famílias em descumprimento, consideradas em situação de maior vulnerabilidade social” (MDS site). Nessa mesma direção, o documento *Orientações para o acompanhamento das ações do Programa Bolsa Família* da Controladoria Geral da União reafirma a compreensão de que o acompanhamento das condicionalidades tem em vista promover e ampliar o acesso das famílias aos serviços básicos como saúde, educação e assistência social. Informa que “além de ser um dever, cumprir as condicionalidades é um direito das famílias”. (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2012, p. 32)

Com base em uma lógica que considera os beneficiários como indivíduos que tomam decisões racionais, como se tivessem por meta maximizar benefícios a partir do mesmo ponto de vista dos idealizadores da política, o MDS orienta como deveria ser o encaminhamento para que o benefício não chegue a ser “bloqueado, suspenso ou até mesmo cancelado”, em caso de descumprimento das condicionalidades:

A família que encontra dificuldades em cumprir as condicionalidades deve, além de buscar orientações com o gestor municipal do Bolsa Família, procurar o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (Creas) ou a equipe de assistência social do município. O objetivo é auxiliar a família a superar as dificuldades enfrentadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A expectativa de oferta de serviços universais é um dos pilares do Sistema Brasileiro de Proteção Social, junto com a garantia de renda. Esse eixo refere-se a um conjunto de serviços que objetivam garantir patamares de bem-estar, cuidados e aquisições, fora do mercado: “Opera ainda com a responsabilização coletiva de riscos individuais – em especial na saúde, mas também na assistência social e na educação”. (JACCOUD, 2013, p. 296). É largamente reconhecido que a criação do PBF ampliou e reforçou o sistema de garantia de renda. Por outro lado, o entendimento oficial é que o PBF se integra ao eixo da oferta de serviços universais por meio das condicionalidades em educação e saúde.

A compreensão que opera na exigência das condicionalidades é de que estas são importantes para o alcance do objetivo maior do PBF, qual seja, “o rompimento do ciclo geracional da pobreza, que condena pobres à inércia na ascensão social por gerações. Para garantir seu benefício mensal, espera-se que as famílias passem a fazer uso dos serviços de educação e saúde”. (PIRES; JARDIM, 2014, p. 101). As condicionalidades referem-se, especialmente, à presença escolar (frequência mínima de 85%) e monitoramento da saúde, o que inclui vacinação das crianças e acompanhamento do estado nutricional.

Igualmente, mulheres grávidas e nutrizes devem cumprir uma frequência mínima aos serviços de atenção básica à saúde.

Atualmente, as condicionalidades na área da educação são verificadas bimensalmente e as da saúde, duas vezes ao ano. Como dito anteriormente, o não cumprimento das condicionalidades pode implicar em que as famílias sejam advertidas e em que tenham seus benefícios suspensos ou bloqueados. A portaria que instituiu o PBF afirma que nenhuma família deixará de receber o benefício sem antes ter o acompanhamento do Estado – isso visaria a não caracterizar as condicionalidades como punição. No entanto esse é um processo complexo, onde estão envolvidos mecanismos de cadastramento e atualização cadastral (que deve ser feito a cada dois anos), nem sempre claramente percebidos pelas pessoas que recebem o benefício, como será discutido adiante.

Na pactuação da gestão descentralizada do PBF, cabe às coordenações municipais do Programa Bolsa Família o monitoramento das condicionalidades. A Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006 delibera sobre a gestão do Bolsa Família e do Cadastro Único e cria o Índice de Gestão Descentralizada do PBF (IGD). É com base nesse índice que se avalia a qualidade da gestão local do PBF e do CadÚnico e são definidos os recursos que serão repassados aos entes federados. Entre as atribuições locais que são avaliadas, estão a qualidade das informações disponíveis no Cadastro e sua atualização, bem como as informações das condicionalidades da área de educação e saúde. As informações sobre presença escolar são fornecidas ao MDS pelas direções das escolas. Por sua vez, cabe ao serviço de atenção básica à saúde o envio das informações para as secretarias municipais de saúde que, por sua vez, informam o MDS por meio de um sistema particular, o Programa Bolsa Família na Saúde (bolsafamilia.datasus.gov.br/). Nesse aspecto o monitoramento das condicionalidades na saúde implica uma relação estreita entre a Assistência Social, que implementa o Bolsa Família, e o Sistema Único de Saúde.

Este sofisticado sistema de informações não impede, por sua vez, que haja problemas na comunicação entre beneficiários e potenciais beneficiários, por um lado, e as diversas instâncias estatais, por outro. Este problema se agrava à medida que entendemos que a população alvo desse programa é exatamente aquela mais excluída social e economicamente e que, muitas vezes, não dispõe dos instrumentos para atender a todas as demandas por atualização cadastral e informação de dados sobre condicionalidades, por exemplo.

As condicionalidades na saúde: expectativas de articulação entre o SUS e o PBF

As condicionalidades do PBF envolvem três áreas principais – a educação, a assistência social e a saúde, como vimos acima. As condicionalidades de saúde abarcam ações voltadas para mulheres grávidas e que estejam amamentando, assim como para responsáveis por crianças de até sete anos de idade. Mulheres grávidas e lactantes deverão: inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas; participar em atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto. Para os responsáveis por crianças menores de sete anos, as condicionalidades implicam cumprir o calendário de vacinação e levar as crianças ao posto de saúde, com o cartão de saúde da criança, para acompanhamento do seu desenvolvimento físico, entre outras ações, conforme o calendário estipulado pelo Ministério da Saúde.

As informações sobre saúde são registradas semestralmente no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) sob a responsabilidade dos profissionais de saúde. Dessa forma, além do Sisvan, nas etapas de acompanhamento das ações na saúde, a Estratégia de Saúde da Família tem papel central. Essas atribuições estão definidas na Portaria Interministerial nº 2.509 (MS/MDS) que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF, onde o papel das secretarias municipais de saúde é definido. (BRASIL, 2004). O Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde, em sua 3ª edição apresenta de forma mais detalhada os compromissos dos beneficiários com o Programa Bolsa Família; reafirma que o SUS é responsável pelo acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias e explicita os pressupostos na base dessas exigências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ainda ao se referir ao acompanhamento, no *site* da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde)⁸, é possível perceber mais elementos sobre os significados das condicionalidades. Afirma-se que o acompanhamento da saúde dos beneficiários “vai além do simples registro de informações nos Mapas de Acompanhamento e transmissão de dados pelo Sistema de Gestão do PBF na Saúde”. A ideia é que a assistência às crianças, gestantes e nutrízes beneficiárias “permite identificar situações de risco à saúde, possibilitando atuar e auxiliar na busca de alternativas para sua constante melhoria”.

Nessa definição, nota-se de quem são as responsabilidades por esse acompanhamento:

⁸ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>>.

As equipes de Saúde da Família, **em especial o Agente Comunitário de Saúde (ACS)**, têm papel central na **promoção à Saúde da Criança e à Saúde da Mulher como um todo**. Os ACS estimulam e orientam as nutrizes e famílias sobre o valor do aleitamento materno exclusivo; promovem o acompanhamento do pré-natal das gestantes; acompanham o crescimento e desenvolvimento infantis, identificando rapidamente aquelas com desnutrição, e também excesso de peso e, orientam toda a família sobre a importância da promoção da alimentação e nutrição adequadas para a saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 5, grifo nosso)

Ao destacar as “contribuições importantes dos ACS para o PBF na saúde”, nas quais “o ACS também tem um papel fundamental”, o documento destaca que essas compreendem “a orientação às famílias beneficiárias sobre diversos aspectos de saúde e registro no Mapa de Acompanhamento das informações das condicionalidades da saúde juntamente com a equipe de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Da observação dessas atribuições, podemos destacar algumas questões. Uma delas, citada explicitamente no texto da cartilha de orientação aos profissionais, é a ênfase colocada na responsabilidade das ACS. Embora seja uma atribuição que já faz parte das demandas do PSF, sua articulação com um novo programa chama atenção. Os mapas de acompanhamento vêm se juntar a um conjunto vasto de outros registros já sob a responsabilidade das ACS. Essa expectativa de que essas profissionais ocupam uma posição estratégica, intermediária, nas relações entre os serviços de saúde e a “comunidade” já foi discutida por outros pesquisadores (SCOTT, 2001; VICTORA, KNAUTH, OLIVEIRA, 2008) e foi apontado o que há de idealização nela, além da efetiva possibilidade de ocupar igualmente “dois lugares” – “parte da equipe de saúde” e “parte da comunidade”.

Essa relação entre ser da equipe de saúde e da comunidade é marcada no discurso de uma das agentes de saúde que, em conversa conosco, comentou que em certos dias chagava em casa “arrasada”, porque certas atribuições estariam longe do seu alcance como profissional. Ela enfatizava que, muitas vezes, mesmo não estando em horário de trabalho, exercia a função de agente, por estar ligada diretamente à unidade de saúde: “Às vezes estou em casa e as pessoas chegam me chamando para perguntar alguma coisa do posto. Olhe, temos de ser médica, enfermeira, psicóloga e assistente social. Nos deparamos com muitas coisas”. Outra ACS nos falou que há um número mensal de visitas a serem realizadas por cada uma delas a cada família, porém, elas acabam indo além do estabelecido, em virtude das necessidades que vão surgindo ao longo do mês. Segundo ela, às vezes acontece dessas visitas serem realizadas em apenas uma semana, porque

podem surgir inesperadamente, por exemplo, exames ou receitas médicas para entregar.

Dessa forma, nas atribuições indicadas nos manuais oficiais e na prática do serviço das agentes de saúde, percebemos que se continua a esperar dessas profissionais o resultado principal da busca e acompanhamento das famílias. Da forma como é exposto no texto da cartilha em análise, além dessa expectativa, chama atenção o fato de que se recorre ao idioma de satisfação profissional como elemento para justificar seu investimento no trabalho: “O acompanhamento é uma tarefa muito gratificante para o agente, pois, é o momento em que se observam os resultados das ações de toda a equipe de saúde sobre a sua comunidade”. Em que pese o reconhecimento de que as agentes de saúde relatam uma relação de preocupação com as famílias que trabalham e demonstram interesse nas atividades que desenvolvem, os relatos de precarização das condições de trabalho são constantes, e apontam para os limites da definição de atribuições com base no idioma da satisfação do profissional com os resultados obtidos.

Da forma como está exposto, de modo sequenciado, a referência à “saúde da criança” e “saúde da mulher” remete a uma compreensão do domínio “materno-infantil”, cujas limitações e reificação já foram largamente analisadas e criticadas pelo movimento feminista (VILLELA; MONTEIRO, 2006); um enfoque que se tenta superar em termos programáticos e discursivos há bastante tempo.

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada têm sido reconhecidos internacionalmente pela redução da pobreza e pelo seu significado de mais investimento em capital humano. No entanto, as condicionalidades estão envolvidas em um amplo debate no qual não há consenso acerca de sua legitimidade e mesmo eficácia no alcance desses objetivos. Do ponto de vista do governo federal, as condicionalidades se justificam como sendo uma forma de romper o ciclo intergeracional da pobreza, garantindo acesso das famílias a serviços básicos, como vimos. Alguns autores questionam essa orientação ao afirmar que a exigência de condicionalidades é contrária a uma concepção de direitos humanos. Ou seja, se Educação e Saúde são considerados direitos constitucionais, como seria possível exigir contrapartidas dos cidadãos como forma de acesso a esses “direitos”? (ZIMMERMANN, 2010).

Mesmo quando as condicionalidades são entendidas a partir de sua potencialidade para facilitar o acesso dos mais pobres a serviços como saúde e educação, outros desafios se apresentam: estariam os serviços locais de saúde e educação aptos a atender a demanda dessa população? É por essa razão que alguns autores dizem que, em certo sentido, as condicionalidades deveriam ser cobradas do Estado e não das famílias que, por sua condição de

vulnerabilidade, estão afastadas desses direitos básicos (MONNERAT et al., 2007).

Quando o descumprimento de condicionalidades implica bloqueio ou suspensão do repasse do dinheiro, alguns autores também consideram que essa perspectiva punitiva não contribui para o alcance dos objetivos de promoção social do Programa: “[...] Não se pode deixar de considerar as condições que as famílias pobres dispõem para atender as requisições impostas, tendo em vista as dificuldades cotidianas de sobrevivência a que a maioria está exposta” (MONNERAT et al., 2007, p. 1461-1462).

Ainda, de outro ponto de vista, questionam-se os impactos da exigência de condicionalidades, quando são cumpridas, no acesso a serviços públicos de saúde e educação (PIRES; JARDIM, 2014, p. 102). Ao se identificar que, mesmo quando não condicionado, o aumento da renda familiar leva a um aumento do investimento em saúde e educação (HALON et al., 2010), questiona-se se seria possível atingir os mesmos níveis de frequência escolar e acompanhamento médico, por exemplo, sem o recurso às condicionalidades (PIRES; JARDIM, 2014, p. 102). Por fim, poder-se-ia questionar se a obrigatoriedade de condicionalidades, de acordo com a forma como são monitoradas e exigidas, levaria ao reforço do estigma associado aos pobres como sendo negligentes.

As condicionalidades da saúde na percepção da equipe de saúde

Por alguma razão, acreditávamos que, ao tratar da relação entre o Bolsa Família e os serviços de saúde, este fato seria mais imediatamente percebido pelos profissionais de saúde. Nesse ponto, uma das questões que se destaca é que não parecia haver por parte desses profissionais qualquer demanda específica que envolvesse usuários dos serviços de saúde que são beneficiários do PBF. As conversas com a enfermeira, coordenadora do PSF, remetiam sempre à ideia de que as atribuições referentes àquela população são mais amplas e não haveria especificidade em relação aos beneficiários do PBF. Em uma de nossas conversas, a enfermeira nos sugeriu procurarmos a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que, segundo ela, lidaria com questões relacionadas a isto. No entanto, aos poucos, fomos percebendo que essa demanda estava mais claramente colocada para as agentes de saúde, à medida que elas nos falavam sobre os desafios de seu trabalho.

Para a enfermeira, a agente de saúde é uma mediadora importante, pois é quem tem mais contato com as usuárias. Para ela, “as pessoas não querem cuidar de si. Por isso a importância do agente. O agente é que vai de casa em casa, está sempre perguntado se já fez esse exame e se já fez aquele e está em contato direto com as pessoas da comunidade”.

O ponto de partida para acessarmos essas informações foram as questões mais corriqueiras da prática das agentes de saúde⁹. Ao pedirmos para que estas profissionais nos falassem de seu trabalho, emergiram, em um primeiro momento, as resistências das mulheres em frequentar a unidade de saúde e ameaças, por parte dos homens, para que as mulheres não realizassem, por exemplo, exames ginecológicos. Foi nesse contexto de resistência que ouvimos uma fala instigante, que se repetiu em diversas situações, sobre os usos feitos do PBF pelas agentes de saúde: “O Bolsa Família tem ajudado muito a gente”. Uma das agentes de saúde, já em nosso primeiro contato, falou sobre a dimensão da área de cobertura das agentes e dificuldades de acesso. Contou-nos com entusiasmo que “agora o trabalho está muito mais fácil”, pois havia uma área, na fazenda de uma usina, que ela tinha que cobrir antes, mas que as pessoas mudaram para o sítio onde ela mora por imposição da usina, e ela não tem mais que atuar lá. Fala que era muito longe e tinha que ir até lá por sua própria conta.

A outra agente de saúde, que trabalha na área desde que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi instalado no local, também relatou, já no primeiro contato, que entre as mulheres de sua área “existe um tabu; as mulheres de mais de 40 se acham velhas, e já não querem fazer os exames” como o citológico¹⁰ e mamografia. De acordo com seu relato, as jovens têm mais facilidade em receber as ações preventivas em decorrência de serem mais esclarecidas e entenderem a importância de realizar os exames preventivos. Mas isso é fruto dos mais de 16 anos de trabalho realizado desde a implantação da USF. Demonstrando gostar do que faz, afirma que é um trabalho que adquire respeito e é muito gratificante porque consegue ver os frutos do seu trabalho no longo prazo.

Foi ela quem primeiro nos disse que, para as mulheres fazerem os exames, “tem que falar do Bolsa Família. Aí elas fazem”. Falou também de mães que não queriam levar os filhos para vacinar, mas “quando se fala na Bolsa Família elas vão. Sempre funciona, é só falar”. Pouco depois, nos disse em um tom mais alto da voz, rindo: “O Bolsa Família tem ajudado muito a gente. Falou bolsa família, todo mundo se mexe”.

Na sequência de casos, essa agente de saúde nos contou situações em que, à resistência das mulheres, soma-se a resistência dos maridos. Um deles a ameaçou de morte certa vez, com uma faca: “Eu não sabia o que fazer, como reagir. Passando por lá, uma senhora me arrastou para a casa dela, pois ele queria me matar”. Disse que “se for preciso deixar de trabalhar para não entrar nessa casa, eu deixo, minha vida tem prioridade, ele me ameaçava, as pessoas não deixava passar na rua dele, eu estava prejudicando meu trabalho,

⁹Nas USF pesquisadas existe uma predominância de mulheres atuando como ACS.

¹⁰É um exame realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de Papanicolau. Na área da pesquisa é popularmente conhecido como “citológico”.

por causa dele. Quando ele me via e eu via, saía da estrada; ele jogou o carro em cima de mim. Comecei a ficar em pânico desse homem. Falei para a mulher dele que se ela precisa se de mim eu estou à disposição, mas que não ia na casa dela”.

Outra agente de saúde relatou que algumas mulheres de sua área não realizam o citológico por vergonha da enfermeira durante o exame. Para tentar convencê-las, argumenta, para elas, que a enfermeira é uma mulher e não há necessidade de sentir vergonha. E diz: “O exame é feito por uma enfermeira! Mulher como a gente. Eu digo: Mas você não se abre para seu marido. Você não conhecia ele. Elas dizem: Mas é diferente”.

Essas profissionais destacaram que, em alguns casos de recusa da mulher em realizar exames específicos, as usuárias precisam assinar um termo de responsabilidade emitido pela unidade de saúde. Dessa forma, caso a usuária (em algum momento da vida) desenvolva patologias, a equipe de saúde não será responsabilizada. A mesma agente contou que na sua área tem uma mulher com mais de dois anos que não faz o citológico. Relatou com certa indignação que, nos últimos anos na comunidade (na época da pesquisa), foram identificados quatro casos de câncer de colo de útero.

No sítio vizinho, perguntamos às agentes de saúde se identificavam questões semelhantes e uma delas nos disse, fazendo eco àquela representação da primeira localidade como local mais problemático: “Aqui as pessoas são mais abertas, são mais atualizadas.” Disse que algumas se recusam, mas que “é só falar no Bolsa Família e elas enfrentam o medo e a vergonha”. Além da presença das condicionalidades como elemento a pressionar as pessoas a cumprir as metas da saúde, ficamos sabendo de outros recursos, como nos falou uma técnica de enfermagem ao comentar que os homens praticamente não buscam os serviços de saúde: “estando com as vacinas dos filhos em dia os trabalhadores das usinas ganham uma espécie de abono familiar”. Segundo ela, a equipe da unidade de saúde emitiria os comprovantes para serem entregues às usinas.

Essas informações sobre a “ajuda” que o Bolsa Família daria às agentes de saúde criaram o caminho para que aprofundássemos a compreensão da relação entre as políticas de saúde e outras políticas sociais, particularmente o Bolsa Família. A perspectiva de controle de certas práticas profissionais já estava anunciada, no entanto, seria necessário aprofundar em que medida havia especificidades dessa nova demanda colocada para as agentes de saúde. Na sequência, será possível perceber que, embora outros profissionais de saúde sejam mencionados, a centralidade das agentes de saúde no acompanhamento das condicionalidades é inegável. Na prática cotidiana desses profissionais de saúde as condicionalidades ganham características adicionais onde se mesclam normas oficiais com procedimentos locais. Ao longo de toda a pesquisa foi se evidenciando como essas

interpretações locais das condicionalidades reforçavam o poder dos serviços de saúde e do saber biomédico e reafirmavam o lugar das mulheres, particularmente as mulheres pobres, como o alvo dessas ações com base em pressupostos mais amplos sobre os “pobres” a partir de um discurso controlista e higienista, parte de um processo histórico mais amplo, já analisado para contextos diversos (ver, por exemplo, DONZELOT, 1986; COSTA, 1979).

Condicionalidades, Biopolítica e Moralidade Materna

Cláudia, uma “boa mãe”

Nos momentos iniciais da pesquisa, quando ainda estávamos tentando entender os mecanismos de monitoramento das condicionalidades, fui à secretaria de saúde para conversar com o funcionário responsável pelo Sisvan. Enquanto esperava para ser atendido, conheci Cláudia, que me perguntou sobre o rapaz que poderia informá-la sobre “um erro que veio no Bolsa Família; um desconto que apareceu” no pagamento do seu benefício. Eu disse que também estava lá para falar sobre esse assunto, em função de uma pesquisa que estava realizando, e sugeri que ela se informasse na recepção com a funcionária. Depois de ser informada de que precisaria esperar, nos sentamos lado a lado e, enquanto ela me contava com mais detalhes o que ocorrera, mostrou um extrato do saque do benefício do Bolsa Família onde estava escrito em letras grandes:

FAMÍLIA NÃO REALIZOU ACOMPANHAMENTO NA SAÚDE NO SEMESTRE PASSADO PROCURE A EQUIPE DE SAÚDE MAIS PERTO DE SUA CASA CRIANÇAS DEVEM VACINAR PESAR E MEDIR E GESTANTES INICIAR O PRÉ NATAL O QUANTO ANTES MOTIVO ACOMPANHAMENTO SAÚDE

Ela dizia não entender o que havia acontecido, ao mesmo tempo em que deixava entrever que conhecia razoavelmente os meandros do Bolsa Família: “Não pode ter nada a ver com a saúde porque eu recebo dela aqui que já tem sete anos [apontando a filha que a acompanhava]; a saúde só tem que pesar até cinco anos; e meus outros dois meninos também são de maior. Ao invés de a coisa [o dinheiro] aumentar, faz é diminuir”. Falava de forma rápida, com indignação, parecendo impaciente. Ficamos conversando, e eu insistindo sobre as possíveis razões para aquele desconto, já que os filhos não estavam mais em “idade de pesar”. Ela disse que não trabalhava, estava estudando a oitava série, voltou a estudar para ver se conseguia “uma coisa melhor na vida”. Disse que vivia para cuidar das crianças, levar para escola.

Cláudia disse morar em um sítio, distante da área urbana de Rio Tinto, onde não havia USF. Por essa razão, ela teria que se deslocar à unidade de saúde na localidade vizinha. Eu pergunto se a ACS não teria ido a sua casa nesse período, e ela diz que lá não tem agente de saúde, “tá descoberto” há mais de dois anos, a mesma expressão usada pelos profissionais para os casos de uma área sem a cobertura de uma agente comunitária de saúde.

Uma funcionária da secretaria que ouviu parte da conversa, do balcão onde estava, falou para Cláudia que talvez o problema tivesse a ver com “alguma falta” dela, mas Cláudia insistia que seus filhos não estavam nessa faixa etária mais. A funcionária diz que “às vezes é algo com a mulher; não fez o citológico, mesmo o pré-natal. O Sisprenatal pode indicar algo”. Continua dizendo que há casos em que, se a mulher não fizer todas as consultas de pré-natal, isso pode interferir, pois “os sistemas estão todos interligados. A agente de saúde só tem a ver até os cinco anos de idade, depois é a escola; pode ser alguma coisa da mãe”. Cláudia diz que faz os exames em clínicas particulares. A funcionária diz que nesse caso ela tem que ir à sua unidade de saúde e mostrar o exame “pra poder dizer no sistema que foi feito”.

Já estávamos nessa espera há quase uma hora e Cláudia se exaspera, porque tinha uma reunião na escola de sua filha às 14 horas e ela não poderia perder. Cláudia havia me dito que já tinha ido à Secretaria de Assistência Social, mas disseram que ela tinha que ir até a Secretaria de Saúde primeiro. Ela diz que não pode vir à cidade pela manhã porque tem que levar as crianças para escola.

Cláudia tinha 28 anos na época, 2014, e me disse que calculou que ia terminar os estudos lá pelos 32 anos de idade. Não queria fazer o supletivo, mesmo com a insistência das pessoas: “No supletivo não aprende nada. Quero estudar bem pra poder arrumar um emprego melhor”. Disse não querer trabalhar no que tem disponível onde mora e quando pergunto os tipos de trabalho, se existem, ela diz: “Nada, menino; é só o marisco, o mangue, ou então casa dos outros. Eu não quero, não. Receber desaforo pra ganhar pouco; prefiro estudar”.

Quando consegui conversar com o funcionário da Secretaria de Saúde (após Cláudia ter desistido de esperar para não perder seu compromisso com a filha na escola), ele quis demonstrar o funcionamento do sistema a partir do caso de Cláudia. Especulava sobre o que poderia ter acontecido mostrando-me o mapa da segunda vigência de 2013 do sistema “Bolsa Família na Saúde” e levantando algumas hipóteses: “No semestre anterior, a agente da área dela pode tê-la procurado e não ter encontrado”. Depois, ele percebeu que os filhos dela não tinham perfil obrigatório (mais de sete anos) e imaginou outra possibilidade: “Ela pode ter passado um semestre sem ir ao médico”, o que seria uma justificativa para aparecer uma restrição em seu cadastro e ao mesmo tempo o espanta. No entanto, logo depois, consultando seu colega de

trabalho na mesa ao lado, este lhe diz o que Cláudia já havia me dito: a área estava descoberta, ou seja, sem agente de saúde. Ele considera que pode ser isso, aumentando o leque das possibilidades para uma irregularidade em um cadastro.

Esse contato com Cláudia colocou diversas questões que se mostrariam centrais ao longo da pesquisa e apareceriam, com ênfases variáveis, para diversas mulheres que conhecemos. Entre outros aspectos, chamou-me atenção o fato de que, desde o início de nosso diálogo, ela me falou que estudava. Essa insistência colaborava para criar a imagem de uma mulher comprometida com seus filhos, que vivia para cuidar deles. Não há nada que me faça desconfiar das razões de Cláudia, apesar da busca por cumplicidade da funcionária na sala de espera quando inquiria Cláudia sobre se ela trabalhava e também seu marido. Parecia pairar o fantasma de que houvesse alguma irregularidade por parte de Cláudia e não um possível “erro do sistema”.

Após a conversa com o funcionário do setor de “processamento de dados”, a minha compreensão sobre os caminhos do acompanhamento das condicionalidades se complexificava. Aquele episódio era sugestivo de algumas das inquietações que deram origem à pesquisa. Por um lado, evidenciavam-se as divergências entre a consideração de obrigatoriedade das condicionalidades e o sentido de compromisso que Cláudia parecia querer produzir. Por outro lado, se parecia inexistir um conhecimento efetivo do que estava sendo interpretado como “um desconto” no benefício de Cláudia e as razões “do sistema”, vários problemas estruturais para o cumprimento da condicionalidade se apresentavam. De todo modo, mesmo quando parecia engajada em defender o que entendia ser um direito seu, era a partir de seus compromissos como mãe que Cláudia justificava “merecer” o benefício.

Anete, uma mulher que “se cuida”

Com o desenvolvimento da pesquisa, identificamos várias outras situações, semelhantes à de Claudia, em que as mulheres não entendiam com clareza as razões para eventuais “cortes” e “bloqueios” dos benefícios. Por outro lado, foi ficando evidente quão disseminada era a noção de que as condicionalidades eram operacionalizadas com base no medo de que as mulheres tinham de perder o benefício. Embora algumas delas não relatassem se sentirem pressionadas a cumprir as condicionalidades, o entendimento mais amplo era de uma cobrança e não a de garantia de um direito.

Conhecemos Anete, 53 anos, moradora do sítio onde a pesquisa teve início, na fila de espera para ser atendida na unidade de saúde. Naquela manhã de setembro de 2014, ela contou os muitos problemas de saúde que enfrentara, sobretudo lamentando-se por não mais poder exercer a profissão

de pescadora, por causa de um erro médico durante uma cirurgia – o médico esquecera gases em seu corpo, o que gerou um processo infeccioso do qual ela ainda se queixava, dizendo sentir muitas dores. Naquele dia, ela ia ser atendida pela enfermeira para um exame de rotina, mas já havia confirmado com a atendente da unidade que na semana seguinte ela retornaria para uma consulta com a nutricionista. Anete falava de modo vivaz, em um tom alto e quase sem pausas, sempre sorridente. Lamentava não poder acompanhar sua irmã nas pescarias e achava que ali onde morava era o melhor lugar onde poderia viver. Combinamos ali de ir até sua casa em outro momento para dar continuidade à conversa.

Quando a encontramos, semanas depois, em sua casa, ela repetiu seu périplo pelos serviços de saúde em Rio Tinto, Mamanguape e João Pessoa com mais detalhes, e relatou também os problemas de saúde de seu marido e de seu filho. Todas essas dificuldades, no entanto, eram narradas sem autopiedade. Mais do que se lamentar, ela reclamava dos episódios em que não recebera atenção médica adequada e, sobretudo, mostrava-se inconformada com o médico que fez sua cirurgia. Em certo momento, ao falar das mulheres que, diferente dela, “não se cuidavam”, ela disse: “Minha irmã diz: ‘tu só vive nos médicos direto, né?’. Mas eu tenho que me tratar!” Quando eu perguntei sobre o acompanhamento que era feito pelos profissionais de saúde para as mulheres que recebiam o Bolsa Família, ela relatou longamente:

Todo ano a gente faz o cadastramento e tem que fazer também o citológico. A gente tem que fazer o citológico pra levar... Tem que se pesar. Ver o peso e a altura da gente tudo... A gente tem que fazer. A agente de saúde, todo mês ela pega o peso da gente e a altura. Aí de seis em seis meses a gente faz o citológico que é pra levar pra lá pro Bolsa Família. Porque quem tem filho assim aí faz citológico e tudo, mas tem que levar e mostrar que o menino tá estudando, tem que levar aquele negócio de estudo e tudo. Aí eu como não tenho nenhum menino estudando aí faz o citológico da gente.

A fala de Anete indicava haver uma regularidade na exigência da realização de exames para as mulheres que estavam fora do perfil prioritário do Bolsa Família – o único filho de Anete já era adulto e ela não estava grávida nem amamentando. Eu perguntei se a enfermeira havia dito que tinha que fazer o exame, o “citológico”, de seis em seis meses e ela disse de forma enfática: “De seis em seis meses”. Continuei perguntando o que poderia ocorrer se não fizesse o exame, e ela disse que ouvira da enfermeira: “Podia perder. Ela disse que podia perder”. De acordo com Anete, não apenas a enfermeira falara isso, mas “muita gente escutou também lá onde a gente faz o cadastramento. Disseram que a gente tinha que fazer.” Ela me conta como

seria a fala dessas pessoas: “Vocês já fizeram o citológico? Não. Pois tem que fazer”. Ela diz que “na Secretaria a gente sempre escuta isso”. Eu pergunto em que secretaria teria ouvido, e ela responde que na Secretaria de Saúde em Rio Tinto: “A gente sempre, sempre escuta isso aí pra fazer o citológico *promode* [por causa de] o Bolsa Família porque se não fizer perde... Aí tá certo, a gente faz”.

O relato de Anete colocava em evidência, sobretudo, como aquelas orientações se distanciavam da norma estabelecida pelo Bolsa Família. Por essa razão, em um primeiro momento, imaginávamos que Anete iria destacar certo incômodo, como se se sentisse pressionada com essas exigências. No entanto, ao menos naquele momento de interação, sua fala indicava que a obrigação de fazer o exame preventivo semestralmente não era apresentada por ela, ao menos na fala para os pesquisadores, como uma coisa negativa. Anete continuou falando:

Mas isso aí é até um negócio que é bom porque tem muita mulher... [pausadamente] que é assim... tem vergonha de ir no posto... fazer um citológico... não sabe como é que tá o seu problema porque a gente tá vendo a gente por fora, mas por dentro a gente não tá vendo, né? Aí tem muitas que não vai porque diz ‘eu não vou porque eu tenho vergonha...’. Nunca foi ao posto pra saber como é que tá pra fazer uma consulta, só vai quando tiver já morrendo se acabando... E isso aí [a realização dos exames] por uma parte é muito bom. É muito bom porque tá ali sabendo como é que a gente tá, né, a gente tá ali acompanhada pelo médico a gente tá vendo como é como não é.

Esta percepção das condicionalidades como algo positivo, do ponto de vista de algumas mulheres, apresentou-se em diferentes momentos e contribuiu para uma problematização das interpretações preliminares dos mecanismos de acompanhamento utilizado pelos profissionais. Embora a crítica aos profissionais tenha se mantido em várias situações, ficava claro que não havia uma polarização inequívoca entre profissionais e a população em geral.

Na mesma localidade onde Anete reside, conversamos com outras mulheres sobre a mesma questão, e outras interpretações vieram à tona. Dona Mocinha, ao ser perguntada sobre a realização do exame citológico, taxativamente respondeu também: “Tem que fazer”. No entanto, na continuação, quisemos saber se ela achava mesmo que a exigência do citológico tinha a ver com o Bolsa Família e ela, como quem desconfia, responde para a pesquisadora: “Mulher, eu acho que não tem nada a ver não, mas eles batem sempre na ferida, fala logo do Bolsa Família.” Perguntamos de onde ela achava que vinha aquela informação, e ela dizia que “veio de lá da

Secretaria”. E continuou: “Porque eu penso assim, que é pra mães se cuidarem, porque elas se cuidando podem cuidar melhor dos filhos”.

Adriana, no Sítio Saco, vizinho ao Sítio Tanques, 29 anos, era enfática ao afirmar que “tem que seguir as regras. Tem que pesar as crianças, medir e não pode faltar a escola”. Disse que a agente de saúde vai pesar e que também não pode deixar de vacinar, além de ela também ter de se pesar, medir e fazer o citológico de seis em seis meses, o que seria uma exigência para todas as mulheres. Também perguntamos se ela achava que essa exigência tinha relação como o Bolsa Família e ela respondeu: “Elas (as ACS) dizem que tem; eu digo que não tem não, que é invenção delas, porque nem todas as mulheres fazem. Elas dizem que se não fizer vai ser cortado o Bolsa Família. Na escola também, se faltar dois dias de aula, corta”. Sobre a escola, Adriana ainda diz com a mesma desconfiança: “Eu acho que tem, porque eles dizem que mandam o acompanhamento todo mês. Eles dizem que mandam, mas eu não sei se é uma ameaça deles”.

Se nos casos de Anete, Mocinha e Adriana percebemos uma fala em consonância com o discurso dos profissionais com os quais conversamos, seja na área da saúde ou da assistência social, é importante dizer que a maior recorrência dessa percepção se deu por parte dos profissionais. São argumentos que apontam para uma compreensão geral acerca das condicionalidades que está de acordo com uma percepção mais geral sobre a população com a qual lidam. No caso, em particular, da exigência do exame citológico, ele está em completo desacordo com o que é propugnado oficialmente, mais em desacordo ainda o acompanhamento de peso e altura. As condicionalidades na saúde, como vimos, se referem a crianças de até sete anos e mulheres grávidas ou que estejam amamentando.

Dessa forma, percebemos que a noção corrente, por parte de profissionais e da população em geral, é que as condicionalidades são formas de pressionar as pessoas que recebem a bolsa a cumprir certas “obrigações”. Nesse sentido, mesmo a noção de contrapartida e compromisso se perde, distanciando-se da ideia de que as condicionalidades serviriam para que os “pobres e extremamente pobres” acessassem direitos básicos como saúde e educação e permitissem a cobrança da garantia desses direitos por parte do Estado. É possível afirmar que, desde o momento do cadastramento e acompanhamento das condicionalidades, está em jogo um processo de definição de lugares com base na compreensão do que é o programa e quem são seus destinatários (MARINS, 2014).

Comentários Finais

É possível identificar na forma de implantação dessa política elementos de controle sobre aspectos da vida das mulheres que podem ser

vistos como parte de um processo mais amplo de consolidação de uma tecnologia política onde, de acordo com Foucault, organizou-se o “poder sobre a vida” a partir das “disciplinas do corpo e as regulações da população”. A noção foucaultiana de biopoder atualizada por Rabinow e Rose (RABINOW; ROSE, 2006) enquanto tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana, nas quais se articulam autoridade, conhecimento e modos de subjetivação mostra-se fundamental para a compreensão dos processos discutidos aqui.

Nessa perspectiva, cada vez mais a atuação do Estado visará ao governo de todas as formas da atividade humana (FOUCAULT, 2008a), e a “arte de governar” irá se preocupar em como “introduzir a economia, quer dizer, a maneira correta de gerenciar indivíduos, bens e riquezas dentro da família” (RABINOW, 1999, p. 39). Essa atenção, de forma articulada, à população, à família e à economia são, segundo Foucault, indicadores de uma nova racionalidade política, característica das sociedades contemporâneas (FOUCAULT, 2008a).

Desde a fala inicial das agentes de saúde, de que o Bolsa Família as estaria ajudando em seu trabalho, foi ficando clara uma hierarquização que se reafirmou com o tempo. No entanto, como vimos, os usos feitos das condicionalidades não dizem respeito apenas à relação entre as mulheres beneficiárias e os profissionais relacionados ao Bolsa Família e à Saúde. Essa hierarquização se amplia num exercício onde as próprias mulheres se diferenciam com base em critérios que indicam o quanto se cumpre ou não as condicionalidades. Ou seja, as condicionalidades permitiriam reconhecer quem eram as mulheres que se cuidavam e quem eram as boas mães, diferenciando-as daquelas que não se cuidam, como parte da aquisição de certas competências para o desenvolvimento do seu “capital humano” (FOUCAULT, 2008b; DAL’IGNA et al., 2014).

Na análise aqui empreendida, a todo o momento são as imagens do que é uma mãe que sabe cuidar de sua família que está em jogo. Das mulheres, espera-se que façam tudo que está sob sua responsabilidade para o bem-estar de sua família, maximizando os resultados que se espera o Bolsa Família possa produzir. Isto é feito com base em uma expectativa que remete à produção do sujeito produzido que, ainda de acordo com Foucault, espera a conversão do indivíduo em um “empresário de si mesmo” (FOUCAULT, 2008b, p. 311). Esse empreendimento visaria ao desenvolvimento do capital humano, assim chamado “na medida em que, justamente, a competência-máquina de que ela é renda não pode ser dissociada do indivíduo humano que é seu portador” (FOUCAULT, 2008b, p. 311-2).

A centralidade da mulher, como alvo principal das ações (SARTI, 2010, p. 95; SCOTT, 2011) e “aliada” (DONZELOT, 1986) está associada também a certa compreensão de família que orienta as políticas governamentais. Nesse

contexto, a mulher é definida a partir de um lugar tradicional de gênero, sendo enxergada e colocada no lugar de mãe e cuidadora. Pesquisas desenvolvidas por outros pesquisadores – sobretudo pesquisadoras - no Brasil têm também apontado como a aplicação das chamadas “políticas de inclusão social” – e não apenas o Bolsa Família – estão comprometidas com certa moralidade e, dessa forma, podem fazer parte de um processo mais amplo de “educação para maternidade” (FONSECA, 2012; MEYER, KLEIN, FERNANDES, 2012; KLEIN, MEYER; BORGES, 2013; PIRES, 2013b; DAL’IGNA, KLEIN, MEYER, 2014). Da mesma forma, internacionalmente, tem se identificado um processo de reforço dos padrões tradicionais de gênero e das expectativas associadas à maternidade (MOLYNEUX, 2006; MOLYNEUX, THOMSON, 2011).

Em todas as etapas da pesquisa notou-se uma compreensão geral sobre as condicionalidades como sendo uma forma de pressionar as pessoas beneficiárias a cumprirem metas estabelecidas pelos serviços de saúde. Entendemos que essa compreensão pode ser percebida como uma forma de monitoramento das práticas dos beneficiários das políticas no campo da saúde, mas também da educação e da assistência social. Uma forma de controle da população que se aproxima de práticas higienistas, na medida em que vêem os pobres como aqueles a quem precisam ser ensinadas práticas corretas de educação de filhos e cuidado com a saúde.

O interesse aqui exposto no monitoramento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família tem a ver centralmente com os possíveis efeitos que a interação cotidiana entre beneficiários, potenciais beneficiários, vizinhos, agentes do Estado pode gerar. As condicionalidades podem, assim, ser vistas como tecnologias de governo onde o componente moral presente no monitoramento das atribuições das famílias tem por base a noção de que aqueles a quem as políticas são destinadas são virtualmente incapazes de cumprir essas demandas. Buscamos construir pistas para compreender como o monitoramento das condicionalidades pode reforçar determinados lugares de gênero e de classe.

Referências

- BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Brasília. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 3 mar. 2014.
- CASTILHO, S. R.; SOUZA LIMA, A. C.; TEIXEIRA, C. C. Introdução. Etnografando burocratas, elites e corporações. In: **Antropologia das práticas de poder**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014. p. 7-31.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. **Programa Bolsa Família** - Orientações para acompanhamento das ações do Programa Bolsa Família. Brasília, DF, 2012. Coleção Olho Vivo.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DAL'IGNA, M. C.; KLEIN, K.; MEYER, D. E. Mulher-mãe responsável: Competências para educar filhos(as) saudáveis. In: BRITES, J. G.; SCHABBACH, L. (org.). **Políticas para família, gênero e geração**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. p. 56-76.

DONZELOT, J. **A Policia das Famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FASSIN, D. Another politics of life is possible. **Theory, culture & society**, Londres, v. 29, p. 44-60, 2009.

FERGUSON, J.; GUPTA, A. Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality. **American Ethnologist**, v. 29, n. 4, p. 981-1002, 2002.

FERNANDES, J. B. **O Extinto Rio Tinto**. Recife: Imprensa Universitária, 1971.

FONSECA, C. Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas "alternativos" de educação para a primeira infância. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. (org.). **Ciências na Vida**: Antropologia da ciência em perspectiva. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 253-275.

FONSECA, C.; SCALCO, L. A biografia dos documentos: uma antropologia das tecnologias de identificação. In: FONSECA, C.; MACHADO, H. (org.). **Ciência, identificação e tecnologias de governo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS/CEGOV, 2015. p. 21-37.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**: A vontade de saber. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 285-315.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. p. 273-295.

_____. **Segurança, território, população**. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008^a. p. 117-153.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008^b. p. 297-327.

GAMMAGE, S. Conditional Cash Transfers and Time Poverty: An Example from Guatemala. Cuadragésima sexta reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 2011. Disponível em:

<[http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/43711/GAMMAGE Conditio](http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/43711/GAMMAGE%20Conditio)

na Cash Transfers and Time-Poverty 03102011.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.

GÓES, R. de. **Um sueco emigra para o Nordeste**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1963.

HANLON, J.; BARRAVIENTOS, A.; HULME, D. **Just give Money to the poor: the development revolution from the Global South**. Sterling, VA: Kumarian Press, 2010.

HEVIA DE LA JARA, F. La difícil articulación entre políticas universales y programas focalizados. Etnografía institucional del programa Bolsa Família de Brasil. **Gestión y Política Pública**, v. xx, n. 2, p. 331-379, II sem. 2011.

JACCOUD, L. Programa Bolsa Família: proteção social e combate à pobreza no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 64, 3, p. 291-307, jul./set. 2013.

KLEIN, C.; MEYER, D. E.; BORGES, Z. N. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**, v.43, n. 150, p. 906-923, set./dez. 2013.

MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. de C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2015.

MARINS, M. T. Repertórios morais e estratégias individuais de beneficiários e cadastradores do bolsa família. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, p. 543– 562, outubro, 2014. Disponível em: <<http://revistappgsa.ifcs.ufri.br/index.php?area=revista&revid=18>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME - MDS. Sala de Imprensa. 2006. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2012/agosto/bolsa-familia-registra-maior-acompanhamento-de-saude-desde-2005>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_orientacoes_bf_3a_edicao.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

MEYER, D.; KLEIN, C.; FERNANDES, L. P. Noções de família em políticas de “inclusão social” no Brasil contemporâneo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 433-449, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_orientacoes_bf_3a_edicao.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

_____. **Relatório de Gestão Programa Bolsa Família na Saúde 2005-2010.**

Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorio_pbf.pdf. Acesso em: 2 abr. 2014.

MOLYNEUX, M. Mothers at the service of the new poverty agenda: Mexico's conditional transfer program. **Social Policy & Administration**, v. 40, n. 4, p. 425-449, 2006.

MOLYNEUX, M.; THOMSON, M. Cash transfers, gender equity and women's empowerment in Peru, Ecuador and Bolivia, **Gender & Development**, v. 19, n. 2, p. 195-212, 2011.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1453-1462, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600008>.

NASCIMENTO, P., MELO, A. C. 'Esse povo não está nem aí': as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió/Alagoas. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (eds.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 267-297.

PALITOT, E. M. A terra dos índios esquecidos: o processo de territorialização dos potiguara de Monte-Mór. In: KANT DE LIMA, R. (org.). **Antropologia e Direitos Humanos 5**. Brasília; Rio de Janeiro: ABA; Booklink, 2008. p. 114-165.

PIRES, F. F.; REGO, W. D. L. (orgs.). Dossiê "10 anos do Programa Bolsa Família". **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 38, p. 13-19, abr. 2013.

PIRES, F. Comida de criança e o Programa Bolsa Família: moralidade materna e consumo alimentar no semiárido. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 38, p. 123-135, abr. 2013b. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14575>. Acesso em: 5 abr. 2014.

PIRES, F.; JARDIM, G. Geração bolsa família escolarização, trabalho infantil e consumo na casa sertaneja (Catingueira/PB). **Revista brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 99-112, jun. 2014.

RABINOW, P. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p. 27-55.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 24, p. 27-58, 2006,

REGO, W.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família**. São Paulo: Unesp, 2014.

ROSE, N.; MILLER, P. Political Power beyond the State: Problematics of Government. **The British Journal of Sociology**, v. 43, n. 2, p. 173-205, jun. 1992.

SARTI, C. O lugar da família no Programa Saúde Família. In: TRAD, L. A. B. (org.). **Família contemporânea e saúde**. Significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 91-103.

SCHUCH, P. **Práticas de justiça**: Antropologia dos modos de governo da infância e juventude no contexto pós-ECA (mesma autora). Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009. p. 105-153.

SCOTT, R. P. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. B. (orgs.). **Saúde Reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Ed. da Unicamp/NEPO, 2001. p. 49-69.

_____. As famílias que os programas de saúde constroem no Brasil. In: NASCIMENTO, P.; RIOS, L. F. (org.). **Gênero, Saúde e Práticas profissionais**. Recife: Ed. da UFPE, 2011. p. 13-50.

SILVA, M. O. da S. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600006&lng=en&tlng=pt>. 10.1590/S1413-81232007000600006. Acesso em: 27 abr. 2015.

SOUSA, M. do S. **Representações sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS – Rio Tinto**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2013.

SOUZA LIMA; A. C.; MACEDO E CASTRO, J. P. Política(s) Pública(s). In: PINHO, O.; SANSONE, L. (org.). **Raça**. Novas perspectivas antropológicas. 2. ed. Salvador: ABA/UDUFBA, 2008. p. 351-392.

VICTORA, C.; KNAUTH, D.; OLIVEIRA, F. A. A ambigüidade dos agentes comunitários de saúde. In: CAROSO, C. (org.) **Cultura, Tecnologias em saúde e Medicina**. Perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 247-256.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: _____. (org.). **Gênero e Saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2005. p. 13-28.

ZIMMERMANN, C. R. As políticas sociais e os Direitos: Apontamentos sobre o Programa Bolsa Família na região Nordeste. In: BURITY, J.; RODRIGUES, C.; SECUNDINO, M. (org.). **Desigualdades e Justiça Social, Volume I**: dinâmica estado-sociedade. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. p. 45-58.