

Titulo: Os desafios de combinar universalismo e seletividade para o alcance da proteção social para populações vulneráveis

Resultado de pesquisa finalizada (“Proteção social não contributiva: gestão e articulação territorial dos agentes e da rede de atenção em três municípios da RMBH” com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG)

GT 08 Desigualdade, vulnerabilidade e exclusão sociais

Autoras: Laura da Veiga (CEPP/FJP)

Carla Bronzo (EG/FJP)

Maria de Fátima A. Gomes (CEPP/FJP)

Maria Clara de S. Mendes (PUC-MG e CEPP/FJP)

RESUMO:

O trabalho examina alguns desafios enfrentados pela administração municipal de Belo Horizonte para viabilizar a integralidade da atenção para pessoas e famílias extremamente pobres e vulneráveis a partir de iniciativas nas áreas de educação, saúde e assistência social. Além dos desafios associados à organização de serviços em cada área, pautadas por políticas nacionais descentralizadas com agendas e diretrizes específicas, a integralidade requer a articulação dos serviços nos territórios que concentram o público-alvo da proteção. O artigo é apoiado empiricamente na pesquisa documental e qualitativa, realizada pelas autoras do trabalho, integrantes da equipe da Fundação João Pinheiro. A pesquisa foi executada em 2011-13, utilizando entrevistas, grupos com técnicos de ponta e usuários dos serviços municipais da regional norte do município.

Palavras chave – Políticas descentralizadas de proteção social; Administração Municipal de Belo Horizonte; Educação, Saúde e Assistência Social

I. Introdução

Este trabalho examina alguns dos desafios enfrentados pela administração municipal de Belo Horizonte (BH) para viabilizar a integralidade da atenção para pessoas e famílias extremamente pobres e vulneráveis a partir de suas iniciativas nas áreas de educação, saúde e assistência social. Nossa atenção estará voltada para as dificuldades de articular a expansão dos serviços, orientada por prioridades setoriais, e programas intersetoriais voltados para o atendimento de grupos com trajetórias fortemente marcadas pela exclusão social. Além dos desafios associados à organização de serviços em cada área, pautadas por políticas nacionais descentralizadas com agendas e diretrizes específicas, a integralidade requer a articulação dos serviços nos territórios que concentram o público-alvo da proteção. O artigo é apoiado empiricamente em pesquisa documental e qualitativa, realizada pelas autoras do trabalho, integrantes da equipe da Fundação João Pinheiro. A pesquisa foi executada em 2011-13, utilizando entrevistas, grupos com técnicos de ponta e usuários dos serviços municipais da regional norte do município.

Na perspectiva conceitual adotada, pobreza e exclusão social são entendidas como fenômenos multideterminados que se materializam em vários tipos de trajetórias e quadros de necessidades. A superação desses quadros requer, por um lado, políticas econômicas e sociais universais e redistributivas, e, por outro, programas especialmente desenhados e planejados para viabilizar a

integralidade da atenção para setores extremamente pobres ou submetidos a situações de alta vulnerabilidade.

A persistência da exclusão de grupos sociais do acesso a bens e serviços públicos tem sido objeto de parte expressiva da produção sociológica sobre a reprodução intergeracional de desigualdades e de vulnerabilidades, em que se enfatiza que os desafios para um sistema de proteção social são, por um lado, reverter ou interromper os circuitos de reprodução das iniquidades sociais e, por outro, promover o acesso a bens materiais e simbólicos para aqueles que sofreram ou sofrem os efeitos de políticas excludentes ou restritivas.

Proteção social refere-se às ações governamentais desenvolvidas para prevenir, mitigar ou enfrentar situações de vulnerabilidade, riscos e privações, consideradas socialmente como objeto legítimo de atenção do poder público, que podem se limitar à garantia de mínimos sociais e proteção contra riscos básicos ou oferecer garantias mais amplas destinadas à promoção da justiça e equidade, da coesão e estabilidade social¹.

Contudo, em sociedades como a brasileira, historicamente marcadas por desigualdades sociais e territoriais e pela persistência da desproteção de contingente expressivo de famílias pobres, a universalização serviços, ainda não alcançada, é o passo inicial para garantir, pelo menos a igualdade de acesso aos serviços por elas disponibilizados a partir de um determinado ponto no tempo. Mas universalização não restaura direitos e oportunidades negados anteriormente, pois tal resultado depende da promoção de maior equidade em cada política concreta. Na abordagem adotada neste trabalho, entende-se como prioridade inicial das políticas sociais a de garantir patamares básicos de proteção, articulando cobertura setorial e programas destinados a atender as necessidades de grupos historicamente excluídos. Isso significa operar com um marco de referência bem menos ambicioso no curto prazo do que o de sistemas robustos de proteção típicos de Estados de Bem Estar.

No campo das políticas sociais observam-se diferentes tipos de arranjos em que se procura combinar a universalidade (todos têm direitos iguais) com a diferença (tratamento desigual para os que foram desigualmente tratados), uma compatibilização que envolve conflitos políticos, técnicos e organizacionais. A complexidade e as dificuldades aumentam quando se aborda iniciativas governamentais que dependem, por um lado, da incorporação em cada política do princípio da diferença (flexibilização da oferta de serviços para contemplar diferentes necessidades dos usuários), mas que, por outro lado, implicam alocar parte dos recursos em estratégias intersetoriais, uma vez que a proteção social para grupos extremamente pobres ou vulneráveis dependerá do aporte cada política a estratégias ou programas² que ultrapassem as fronteiras setoriais.

No caso brasileiro, a descentralização das principais políticas sociais, induzida pela União - em um sistema federativo em que os entes federados têm autonomia para aderir às diretrizes nacionais - resultou em um quadro complexo marcado pela heterogeneidade de trajetórias; por diferentes hierarquias de problemas setorialmente configuradas; pela desigualdade quanto ao tamanho, à cobertura e aos perfis das redes de equipamentos e de serviços; pela diversidade das lógicas operacionais e das metodologias de intervenção adotadas. As políticas sociais assim se materializam em sistemas, estaduais e municipais, desiguais e verticalizados, com agendas setoriais específicas, com baixa porosidade ou até refratários à incorporação de abordagens ou programas que requeiram arranjos intersetoriais.

O *locus* da prestação descentralizada de serviços e da operação das redes de equipamentos para políticas descentralizadas é municipal o que introduz um complicador adicional, pois os municípios

¹ A literatura sobre proteção e estados de bem estar é bastante ampla. Como exemplos de balanços sobre o tema vide Ortuso e Di Giovanni, 2013, Esping-Andersen, 1991; Gomes, 2013, Castro e Ribeiro, 2009; Bronzo, 2005.

² Nos apêndices há esclarecimentos sobre iniciativas governamentais mencionados neste trabalho assim como tabelas básicas.

brasileiros são reconhecidamente desiguais quanto às suas capacidades – financeiras, técnicas e organizacionais – na maioria das vezes insuficientes para responder às novas atribuições.

O caso de Belo Horizonte - BH, capital de Minas Gerais, é esclarecedor. Por mais de vinte anos (1993-2012) o município foi governado por administrações comprometidas com programas de inclusão social e com registros importantes de avanço na prestação de serviços. Apesar disso a população ainda sofre com déficits de acesso, cobertura e qualidade. E a essas lacunas se agregam os desafios relacionados a estratégias de proteção social para famílias pobres e vulneráveis que combinem duas lógicas: a setorialmente orientada e vocacionada para a cobertura universal com a de programas focalizados em públicos ou em territórios muito pobres ou com alta exposição a riscos e vulnerabilidades.

II. A descentralização da proteção social em contextos desiguais e federativos

Como se argumenta no balanço realizado pela CEPAL (2010), espera-se que a proteção social promova maior acesso a bens e serviços para todos que necessitam de cuidados de modo a reverter os efeitos das desigualdades sociais e econômicas. Pobreza e exclusão são multifacetadas e multideterminadas; na sua produção e reprodução, resultado da convergência de fatores de natureza distinta (socioeconômicos, culturais, familiares, individuais e institucionais), configurando diferentes trajetórias de destituição e quadros de necessidades que, por isso mesmo, requerem ações públicas específicas.

No Brasil, reconhecido como um país com expressivos níveis de desigualdades sociais e regionais, a proteção social, limitada a segmentos urbanos vinculados ao mercado formal de trabalho, teve início nas décadas de 30 e 40 do século passado. A inflexão na busca do modelo de proteção social universal/redistributivo é situada pelos analistas ao longo da década de 1980. A promulgação da Constituição de 1988 é o principal marco institucional do reconhecimento de uma agenda mais ampla de direitos sociais. Apesar dos avanços, os diagnósticos setoriais registram lacunas e exclusões importantes, principalmente em relação aos setores mais pobres da sociedade, o que evidencia capacidade ainda insuficiente das políticas sociais para compensar a estrutura de oportunidades, diminuir os graus de desigualdades e garantir o acesso aos programas sociais (Draibe, Castro e Azeredo, 1991; Castro e Ribeiro, 2009).

O período do regime autoritário no Brasil caracterizou-se por um processo crescente de centralização no executivo federal da decisão e do financiamento de políticas públicas. A Constituição de 1988 veio consolidar o papel dos municípios, conferindo-lhes maior autonomia e responsabilidade³. Entretanto, deve-se destacar a complexidade da engenharia institucional requerida para viabilizar redes de proteção social, descentralizadas e efetivas, em contextos altamente desiguais e excludentes, na escala requerida no país. A engenharia institucional deve traduzir compromissos dos tomadores de decisão na esfera pública com os direitos dos cidadãos, respaldados por processos negociados para acomodar as demandas de modo a evitar que o poder de veto dos poderosos obstaculize estratégias redistributivas e a alocação adequada de recursos financeiros, humanos e organizacionais.

A heterogeneidade das capacidades dos governos locais é outro componente importante. Melhores resultados da descentralização implicam combinar os movimentos voltados para a redução de disparidades intermunicipais com os de ampliação das capacidades municipais para o atendimento mais qualificado das necessidades das populações locais. Na ausência dessas garantias e institucionalidades, a descentralização pode ter efeitos contrários ao que se pretende no relacionado à reversão dos processos históricos de iniquidade social, pois poderia fragmentar políticas e programas e aprofundar as desigualdades no acesso, qualidade e prestação de serviços. (Veiga, Costa e Carneiro, 2006)

³ A literatura sobre o tema da descentralização e das características do federalismo brasileiro é ampla. Vide Draibe, Castro e Azeredo, 1991; Castro e Ribeiro, 2009; Almeida 1996; Arretche 1996,1999, 2010; Abrúcio, 2005; IPEA, 2009; Castro, 2011.

Os processos de descentralização nas três áreas examinadas neste trabalho mostram alocação desigual de recursos e compromissos muito variados com a equidade, parcialmente explicados pela superposição e indefinição de competências entre os três níveis de governo e pela incapacidade relativa de cada área em reverter os efeitos do atendimento desigual das demandas.

Almeida e Arretche, dentre outros, enfatizam que as formas e os ritmos da descentralização nas áreas de saúde, educação e assistência dependeram de vários fatores: presença ou ausência de políticas de descentralização de âmbito federal; natureza e poder das coalizões reformadoras; características prévias de cada política, principalmente no referente à oferta pública de serviços e aos níveis de cobertura alcançados; estruturas e relações intergovernamentais previstas; cálculo dos entes subnacionais sobre custos e benefícios políticos, financeiros e organizacionais para assumirem novas responsabilidades (Almeida, 1996; Arretche, 1999 e 2000).

O sistema de saúde brasileiro, no período pré-constituição, foi caracterizado (Piola et al) como segmentado, excludente e com forte predominância da iniciativa privada na prestação de serviços. Com isso, mais da metade da população, sem recursos para pagar serviços privados e sem vínculos com os tipos de seguro existentes, ficava sem a cobertura da assistência governamental à saúde ou dependente de organizações filantrópicas.

Propostas para superar o caráter segmentado, excludente e centrado na atenção hospitalar, foram desenvolvidas paralelamente às poucas iniciativas de afrouxamento da exigência de vínculos contributivos. Tais propostas desaguam no Movimento de Reforma Sanitária, base de uma forte coalizão pró reforma e da organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

As dificuldades para a consolidação do SUS estariam relacionadas às ambiguidade na definição das responsabilidades dos entes estaduais; à instabilidade do financiamento federal do SUS; à disparidade de capacidades técnicas e financeiras dos municípios brasileiros para gerenciar o SUS e viabilizar a integralidade da atenção no âmbito municipal; aos interesses econômicos privados se opondo à universalização de um sistema público de saúde.

As dúvidas sobre o financiamento e apoio federais⁴ reduziram o ímpeto de estados e municípios a aderirem ao SUS. O processo de descentralização avançou, mas persistiram várias dificuldades.

Dentre as várias mudanças introduzidas ao longo da consolidação do SUS, merece destaque a expansão da atenção primária promovida com a nacionalização da *Estratégia Programa Saúde em Família - PSF* (1996), construída a partir de experiências municipais anteriores. A partir desta estratégia, a saúde procura responder ao desafio da integralização da atenção, traduzida na expansão da oferta de serviços, na complementaridade entre tipos de atenção e na aproximação das unidades básicas de saúde - UBS e os usuários mais pobres ou socialmente vulneráveis a partir de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários da Saúde – ACS.

O programa é parcialmente financiado pelo governo federal, mas só se materializa com a adesão dos municípios, responsáveis pela implantação e pelo gerenciamento em seus territórios. Posteriormente, o governo federal amplia o PSF (Saúde Bucal e Saúde na Escola). Os avanços são expressivos, mas também merecem destaques as lacunas, frequentemente repercutidas na imprensa brasileira.

Na **educação**, a participação dos entes federados na educação antecede a 1988. Após a Constituição de 1988, principalmente com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996, acelera-se o processo da relativa especialização da rede pública em três subsistemas: o federal, responsável pelo ensino superior e escolas técnicas federais; o estadual, predominante no ensino médio e nas séries finais do fundamental; e o municipal, ensino fundamental e educação infantil. A descentralização da área educacional assumiu o caráter de municipalização sob o comando dos governos estaduais, motivada principalmente pela pressão dos gastos. A oferta de vagas nas redes públicas – mesmo a do nível fundamental - permaneceu desigual, pois a implementação dos direitos

⁴ O tema do subfinanciamento do SUS é recorrente desde sua implantação e persiste até a atualidade. (Piola et al, 2009; Costa e Ribeiro, 2009; Arretche, 2010)

assegurados na Constituição dependeu fortemente do compromisso e das capacidades técnicas e financeiras de cada ente federado. As disputas políticas mantiveram-se orientadas para a questão do financiamento, ainda que mascaradas pela retórica da eficiência, da autonomia e da geração de oportunidades. No período pós-Constituição, o cenário foi marcado pela luta pela universalização do acesso à educação fundamental e pela longa disputa em torno do texto da LDB (1988 a 1996). Nos anos iniciais da década de 1990, houve várias iniciativas de reformas nos estados, procurando reduzir a repetência e a evasão; além de movimentos dos profissionais da educação para a democratização da gestão escolar.

Restringindo-nos às iniciativas voltadas para a melhoria e expansão das oportunidades educacionais públicas e gratuitas do ensino fundamental e da educação infantil - bases ou barreiras da educação pública⁵ - os principais avanços nos últimos 20 anos foram:

(a) aprovação da LDB e criação do FUNDEF, em 1996; (b) repasse direto de recursos da União para os municípios; (c) transformação do FUNDEF em FUNDEB, em 2007, (d) adoção de procedimentos para monitorar os avanços dos entes subnacionais para o atendimento das metas e os avanços na aprendizagem e permanência na escola, dentre eles a criação do IDEB; (e) esforço de assegurar um arcabouço sistêmico para enfrentar o histórico baixo desempenho da educação básica⁶.

As metas têm sido alcançadas, no agregado nacional, em todas as etapas do ensino fundamental, mas com resultados piores no ensino médio e nas séries finais do ensino fundamental (IPEA, 2010, Corbuci et al, 2009; Anuário, 2013). Mas quando as médias são desagregadas por estados e municípios ou por grupos segundo raça ou rendimentos, as desigualdades aparecem. Os indicadores (Anuário Brasileiro de Educação Básica) mostram avanços e desafios na cobertura da educação infantil e do ensino fundamental, penalizando a população com baixa renda *per capita*, afrodecendentes, indígenas ou os que residem em territórios remanescentes dos quilombos.

A **assistência social** encontrava-se na década de 1980 em patamares muito baixos, tanto em relação ao tamanho da rede pública, quanto na sua inserção como política pública, nos três níveis de governo. As ações da assistência social, marcadas pelo clientelismo, até então haviam sido predominantemente oferecidas por instituições religiosas, de forma fragmentada, com baixo investimento público.

Na Constituição Federal de 1988, os movimentos de defesa de direitos conseguem inscrever a assistência social como um dos três pilares da seguridade social. Como os princípios constitucionais não eram autoaplicáveis, o processo de consolidação da assistência - tanto no que se refere à definição do arcabouço legal, quanto no direcionado à construção da rede nacional - foi longo e bastante turbulento. Sem pretender abarcar todas nuances e os movimentos de ação e reação, são destacados dois grandes conjuntos de questões mais diretamente relacionadas com a institucionalização da política nacional da área e sua materialização no Sistema Único de Assistência Social- SUAS.

O primeiro tem a ver com o desafio de consolidar o arcabouço jurídico e dar materialidade ao SUAS. Para lidar com o caráter multideterminado da exclusão e da extrema pobreza, a Política Nacional de Assistência – PNAS (2004) propôs a organização de um sistema público descentralizado – o SUAS, composto por um conjunto de serviços de acolhida e apoio às famílias pobres e socialmente vulneráveis, destinado à prevenção de situações de riscos e ao enfrentamento dos efeitos da violação de direitos. A definição do marco legal do SUAS inicia-se, no âmbito federal, com a publicação da NOB SUAS em 2005, seguidas por outras regulamentações, consolidadas na Lei 12435/11.

A engenharia institucional do SUAS se inspirou fortemente no SUS. Esse arcabouço foi traduzido pela: (a) organização dos serviços subdivididos em baixa, alta e média complexidade, objeto da ação governamental para serem prestados na rede pública da assistência; (b) criação das instâncias de

⁵ O ensino médio e a educação de jovens e adultos (EJA) não serão abordados, apesar de sua centralidade na preparação dos jovens para competição no mercado de trabalho e na sua proteção contra os riscos associados à violência, ao tráfico de drogas ou outros comportamentos danosos à segurança pessoal e integridade física.

⁶ Em 2011, o MEC elabora o Plano Nacional da Educação – PNE. Até maio de 2013, o PNE não havia sido aprovado pelo Congresso Nacional (Todos pela Educação, o Anuário Brasileiro da Educação Básica).

negociação entre União, estados e municípios, assim como da institucionalidade mínima de planejamento, alocação de recursos financeiros e fiscalização das ações em cada nível de governo; (c) definição de pisos de atenção e dos mecanismos de transferência de recursos federais para financiar serviços de proteção básica e de proteção especial.

O apoio federal se centrou no cofinanciamento para a expansão do número de equipamentos e para a instalação dos serviços básicos nos CRAS, e, posteriormente, nos CREAS. Mas o esforço da União nem sempre foi acompanhado pelo mesmo empenho dos municípios e dos estados. A rede é ainda insuficiente, além de não dispor de um corpo estável e qualificado de profissionais.

O segundo conjunto de questões tem a ver com a baixa articulação e o paralelismo entre os dois principais eixos da proteção social de famílias extremamente pobres e vulneráveis – os serviços socioassistenciais, por um lado, e os benefícios monetários transferidos às famílias (Bolsa Família) ou às pessoas (BPC e PETI), por outro.

Dois concepções da proteção mantiveram-se na organização do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, em 2004, com equipes orientadas por estratégias fracamente articuladas e prioridades diferentes resultando no paralelismo entre a proteção via serviços e a proteção via transferência de renda, que vai se refletir nas relações intergovernamentais e na operacionalização das diretrizes nacionais no âmbito municipal. Os três principais programas de transferência de renda (BPC, BF e PETI), não só permanecem abrigados em duas secretarias do MDS, como adotam procedimentos operacionais distintos, com implicações e demandas diferenciadas para os operadores das administrações municipais, em cada área setorial.

Em 2009, resultado do compromisso entre as duas secretarias do MDS (SENARC e SNAS) é promulgado o *Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS* (Resolução CIT, n. 7, 10/9/2009).

A base para a elaboração do protocolo de gestão integrada é a compreensão ampla das situações de pobreza e vulnerabilidade social já expressa no texto da PNAS/2004, que envolveria diferentes seguranças a serem afiançadas – de renda, de convívio familiar e comunitário e de acolhimento.

A gestão integrada se traduziria, dentre outros pontos, na priorização das famílias e pessoas beneficiárias do PBF, do BPC e do PETI no atendimento pelos serviços assistenciais; no monitoramento do cumprimento das condicionalidades, pois permitiria, dentre outros procedimentos, identificar famílias mais vulneráveis, configurando-se como público prioritário dos serviços da assistência ou para encaminhamento a serviços de outras políticas sociais e do sistema de defesa de direitos. Mas a gestão integrada esbarra na desproporção entre a capacidade de uma rede insuficiente de serviços e a quantidade de beneficiários da transferência de renda e em diferentes concepções da proteção social.

III. As três áreas na administração municipal de BH

A pesquisa realizada em BH mostra que a administração municipal, similarmente ao que ocorre com a federal, nas áreas da saúde, educação e assistência social, ainda está confrontada pelos desafios substantivos setoriais, especialmente os relacionados à expansão, ao financiamento e à articulação da rede de prestação de serviços de cada setor. A matricialidade, quando incorporada, se traduz na articulação horizontal dos serviços setoriais necessários para lidar com um determinado problema reconhecido pelo setor como prioritário. Já estratégias intersetoriais, que demandam a articulação de vários setores da administração pública, ficam relegadas ao segundo plano pela educação e saúde, em função dos esforços setoriais concentrados no atendimento de sua agenda prioritária, por um lado, e, por outro, pelas dificuldades e incertezas associadas a arranjos intersetoriais.

No balanço abaixo serão enfatizadas as mudanças e expansão dos serviços públicos e gratuitos de cada área, principalmente os direcionados a viabilizar as garantias e os direitos do texto constitucional para os setores até então excluídos. A Secretaria Municipal de Saúde – SMSA responde por todas as ações

da área, inclusive às decorrentes da implantação do SUS e do PSF; a Secretaria da Educação – SMED é responsável pela educação básica e por programas especiais de inclusão; a Secretaria Adjunta de Assistência Social (subordinada à Secretaria Municipal de Políticas Sociais – SMPS) é responsável pela gestão municipal do SUAS, pela proteção básica e especial, pela coordenação da rede de CRAS e CREAS; a SMPS abrigava até 2012 o PBF e as de direitos da cidadania, segurança alimentar, além da assistência social.

III.1 Saúde

Belo Horizonte atualmente tem uma rede de atenção à saúde com 4.921 estabelecimentos (92,8% privados). Existem 5.470 leitos disponíveis na rede SUS, 50,6% vinculados à rede privada conveniada, 14,1% à rede municipal, 27,5% à estadual e 7,8% à federal. A rede pública de estabelecimentos de saúde é muito inferior à privada e a relação piorou ao longo do tempo. A excessiva dependência do SUS dos prestadores de serviços privados é uma das fragilidades do sistema público no país.

A administração municipal iniciou a implantação do PSF em 2002. Segundo a SMSA/BH, em 2012, a Rede SUS BH possuía 294 equipamentos, dos quais 147 são centros de saúde ou UBS. O PSF iniciou com 176 equipes atendendo 27% da população; em 2012 atinge 585 equipes com 83% de cobertura. O Programa Saúde na Escola aumenta sua cobertura nas 147 escolas atendidas, passando de 48.187 consultas em 2010, para 98.460 em 2012.

Merecem destaque os esforços da administração municipal de BH na ampliação do número de equipamentos de saúde e pela adoção de indicadores de vulnerabilidade (IVS) para orientar suas ações. Contudo, as gerências de saúde reconhecem que enfrentam problemas com a infraestrutura dos centros de saúde e com a fixação de equipes de PSF nos territórios mais vulneráveis do município.

Nas entrevistas realizadas, as gerências de saúde do município assinalaram como problemas: (a) dificuldade de preenchimento de vagas e fixação dos profissionais nas equipes de PSF (apesar da existência de carreira para profissionais da saúde e abonos de fixação) e infraestrutura insuficiente para atender o aumento e a diversificação da demanda nas UBS; (b) gargalos nos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo a integralidade da atenção; (c) falta crônica de alguns especialistas e de equipamentos de exames nos centros de saúde, reduzindo a efetividade do atendimento; (d) a quase inexistência ou a inoperância de serviços de retaguarda para lidar com situações mais complexas tais como abuso de crianças e dependência química.

A rápida síntese acima mostra a ampliação da cobertura, mas dificuldades crônicas para integralizar a atenção, agravadas quando envolvem articulação matricial (Saúde Mental e atendimento aos dependentes químicos em especial), penalizando os territórios que concentram a população mais pobre e mais vulnerável, como indicam as reclamações de usuários dos serviços públicos de base local participantes dos grupos focais. Não é surpreendente que os profissionais e os gestores locais da saúde se sintam excessivamente sobrecarregados e, às vezes, com pouca disposição em incorporar outras demandas tais como as vocalizadas pela assistência social ou pela educação para expandir serviços para populações mais vulneráveis.

III.2 Educação infantil e ensino fundamental

A administração municipal de Belo Horizonte ampliou sua rede (em 2012, a rede de ensino fundamental tinha 186 escolas com 121.320 matrículas no ensino fundamental regular - 39,71% da matrícula total do ensino fundamental de todo o município -; e a rede de educação infantil era composta por 79 unidades próprias com 20.648 crianças atendidas e pela rede conveniada com 193

estabelecimentos e 22.633 crianças). O IDEB sinaliza progressos, mas ainda aquém do desejável. Os indicadores de fluxo escolar também mostram avanços. (MEC/INEP, 2012)

Contudo os componentes mais inovadores das políticas municipais são os direcionados à melhoria do desempenho escolar dos alunos no ensino fundamental e ao apoio e acompanhamento pedagógico adicional dos alunos com baixo rendimento (em especial os de famílias mais vulneráveis). Dois programas se destacam: Programa de Atenção Pedagógica (PAP) e o Programa Família Escola. O primeiro identifica crianças e adolescentes com baixo desempenho a partir de testes padronizados (Sistema Avalia BH) e desenvolve várias ações de apoio pedagógico para que atinjam os patamares de suas turmas e escola. O Programa Família Escola faz o acompanhamento da frequência escolar, priorizando os que recebem Bolsa Família ou Bolsa Escola. Os motivos de infrequência são classificados por riscos e violação de direitos e, dependendo da situação, têm-se acompanhamento familiar e encaminhamentos para serviços da assistência social e de defesa de direitos.

O segundo eixo das políticas municipais é ampliar a cobertura rede própria de educação infantil (66 UMEIS), complementada por 13 escolas que também atuam na educação infantil, e pela rede conveniada de 193 creches e pré-escolas. A seleção das crianças obedece a critérios de vulnerabilidade e de participação em programas de transferência de renda. A expectativa é de que, ao final de 2013, todas as crianças acima de 4 anos de idade sejam atendidas, mas há ainda o problema de atendimento das de 0 a 3 anos de idade.

O terceiro eixo é ampliar o tempo de atenção a crianças e adolescentes mais vulneráveis – o Programa Escola Integrada (PEI) – com apoio escolar, esporte, cultura, inclusão digital, dentre outras – no contra turno escolar, implantado em 184 escolas com 47.658 alunos. A seleção dos alunos da rede para participar do PEI obedece aos critérios de dificuldades de aprendizagem, sinais de exposição a riscos sociais ou de violação de direitos, participação nos programas de transferência de renda. Portanto, adotam-se critérios relacionados a diferentes manifestações da exclusão.

Esses quatro eixos⁷, aliado ao Programa Família Escola – seriam as principais apostas da área educacional municipal para ampliar o processo de inclusão escolar e o acesso a outros bens culturais, e representariam, de acordo com os depoimentos de profissionais da educação, a contribuição do setor para a inclusão e proteção social.

Entretanto, as entrevistas realizadas mostram algumas dificuldades nos programas, em particular às relacionadas à absorção do PEI nas rotinas regulares das escolas (baixa matricialidade) e pouca participação das outras políticas sociais nas oficinas do PEI, em especial na área da cultura (baixa intersorialidade).

III.3 A Assistência social

A administração municipal iniciou a implantação de uma política pública bem antes do SUAS. Em 2002 era um dos municípios reconhecidos dentre os que haviam alcançado mais progressos na implantação de um novo paradigma de atenção. Mas ainda na fase inicial de implantação do novo paradigma de atenção, a área foi particularmente afetada por duas reformas administrativas realizadas na PBH e, posteriormente, por disputas eleitorais e clivagens partidárias locais. O apoio político e de recursos veio com o movimento de construção do SUAS. Mas o número atual de CRAS, por exemplo, está muito aquém dos 75 considerados como rede mínima pelos profissionais da área; as equipes de profissionais são muito menores do que as previstas na NOB RH do MDS, os vínculos trabalhistas de uma parte expressiva são precários, sujeitos a demissões intempestivas. Semelhantemente ao que ocorre no país, a área enfrenta a enorme desproporção entre o número de beneficiários do PBF e do BPC e a capacidade instalada para a prestação dos serviços socioassistenciais.

⁷ Tem-se ainda a EJA- ensino fundamental com 19.745 de jovens na rede municipal

Os dados da pesquisa mostram que a Assistência Social desenvolve um esforço enorme para atender a alguns requisitos estabelecidos no Protocolo, mas esbarra na baixa capacidade de sua rede e na de seus parceiros. As transferências de renda, em especial a do PBF, resultam ainda em sobrecarga sobre as equipes dos CRAS, reduzindo sua capacidade de responder, por exemplo, pela proteção básica prevista no SUAS. Gerentes da SMAAS e coordenadoras de CRAS destacaram: (a) baixa capacidade de resposta dos CRAS às demandas de famílias referenciadas nos territórios; (b) sobrecarga resultante de procedimentos introduzidos pelo PBF; (c) dificuldades de obter apoio de outras políticas sociais, dentre elas a educação e saúde, para agilizar procedimentos e atender às famílias; (d) sérias tensões com os próprios serviços dos CREAS na média e alta complexidade e o sistema de garantia de direitos bastante desguarnecidos para atender aos encaminhamentos dos CRAS referentes a problemas de violação de direitos no ambiente doméstico, abuso sexual, consumo de drogas, dentre outros.

IV. Comentários finais

Várias avaliações sobre programas de transferência condicionada de renda o sucesso deles na redução da brecha da pobreza, massa insuficiência para superá-la, e, inclusive, para responder por seus efeitos sobre outras dimensões da vulnerabilidade social, caso os beneficiário não sejam também alcançados por programas de inclusão em outras áreas governamentais.

Mas não se trata somente de incorporar os beneficiários da transferência de renda em outros programas sociais. Trata-se sim de organizar programas centrados nas famílias pobres e vulneráveis com envergadura apropriada para responder às necessidades desse segmento que configuram quadros muito complexos de vários vetores de destituição operando concomitantemente e se reforçando mutuamente. A PBH adota a diretriz de utilizar a transferência de renda como um dos critérios na seleção de ocupantes (focalização) para vagas em programas cuja oferta ainda está aquém da demanda – educação infantil, escola integrada, acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde, dentre outros. Contudo, todos os entrevistados concordam que os serviços ou não estão articulados ou são insuficientes para lidar com situações mais complexas de riscos e de violação de direitos. Permanece o desafio de promover a articulação entre as políticas sociais, sistema de garantia de direitos, segurança pública, intervenções urbanas, habitação, geração de renda.

Arranjos intersetoriais envolvem altos custos de transação (negociações sobre o quê deve ser feito, como e por quem), além de mudanças nos enfoques, na cultura organizacional e nos processos de trabalho, ampliando os níveis de incertezas para a administração pública quanto à efetividade da estratégia definida. Brugué (2010) utiliza a expressão “*wicked problems*” para se referir àqueles problemas que desafiam a competência e as práticas setoriais. Contudo, a maior efetividade de programas intersetoriais é uma possibilidade, não uma certeza, o que pode desestimular os tomadores de decisão e os operadores a alterar suas estratégias de prestação de serviços (Martinez Nogueira, 1998; Brugué, 2010; Menicucci, 2002; Veiga, Costa e Carneiro, 2006).

A administração municipal, desde 2002, colocou em prática uma estratégia de articulação intersetorial nas áreas mais vulneráveis do município – o Programa BH-Cidadania. Mas sucesso dessa estratégia depende do forte investimento organizacional e financeiro no aumento da capacidade das áreas setoriais nas iniciativas voltadas para a promoção da justiça social. Depende também do reconhecimento em cada área setorial de que há problemas cujo enfrentamento efetivo transcende suas possibilidades e da disposição delas em atuar em conjunto para construir as soluções.

Apêndice A - Tabelas e gráficos

Número de estabelecimentos de ensino, por tipo e dependência administrativa-Belo Horizonte - 2012

| Nível/Tipo de Estabelecimento | Estadual | Municipal | Federal | Privada |
|---------------------------------------|----------|-----------|---------|---------|
| Educação infantil (creche) | 0 | 45 | 0 | 675 |
| Educação Infantil (pré-escola) | 0 | 75 | 0 | 728 |
| Ensino Fundamental (1º ao 5º) | 152 | 155 | 1 | 381 |
| Ensino Fundamental (6º ao 9º) | 147 | 165 | 2 | 163 |
| Ensino médio regular | 132 | 19 | 2 | 121 |
| Ensino médio integrado | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Ensino médio normal | 7 | 1 | 1 | 1 |
| Educação profissional (nível técnico) | 6 | 0 | 2 | 80 |
| EJA (por nível) Fundamental | 26 | 45 | 1 | 19 |
| EJA (por nível) Médio | 78 | 1 | 0 | 20 |
| EJA (presencial) | 81 | 45 | 1 | 23 |
| EJA (semi-presencial) | 2 | 0 | 0 | 1 |
| EJA (preparatório para exames) | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Educação especial (exclusiva) | 7 | 3 | 0 | 17 |

Fonte: Secretaria de Estado da Educação de MG/Cadastro Escolar.

Elaboração: FJP, abril/2013

Matrícula inicial, segundo nível e tipo de ensino, por dependência administrativa, em Belo Horizonte - 2012

| Esfera Administrativa | Matrícula Inicial | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------|--------------|
| | Ed. Infantil | | Ensino Fundamental | | Ensino Médio | Educação Profissional (Nível Técnico) | EJA (presencial) | | EJA (semi-presencial) | |
| | Creche | Pré-Escola | 1ª a 4ª série e Anos Iniciais | 5ª a 8ª série e Anos Finais | | | Fundamental | Médio | Fundamental | Médio |
| | | | 50.078 | 59.382 | | | | | | |
| Estadual | - | - | 50.078 | 59.382 | 74.614 | 962 | 1.786 | 12.405 | 1.666 | 4.653 |
| Federal | - | - | 336 | 621 | 3.251 | 1.286 | 207 | - | - | - |
| Municipal | 6.061 | 145.487 | 61.259 | 60.051 | 2.341 | - | 19.746 | 552 | - | - |
| Privada | 26.234 | 29.579 | 40.675 | 33.138 | 22.099 | 24.358 | 1.051 | 2.530 | 60 | 32 |
| Total | 32.295 | 44.166 | 152.348 | 153.192 | 102.305 | 26.786 | 22.790 | 15.487 | 1.726 | 4.685 |

Fonte: MEC/INEP, Secretaria de Estado da Educação de MG/SEE

Elaboração: FJP

Ensino fundamental - IDEB 2005 e 2011, por rede de ensino e proficiência Belo Horizonte - 2005 e 2009

| Esfera administrativa | IDEB 2005 | | IDEB 2011 | | Proficiência nos anos iniciais 2005 | | Proficiência nos anos iniciais 2009 | |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| | séries iniciais | séries finais | séries iniciais | séries finais | Língua portuguesa | Matemática | Língua portuguesa | Matemática |
| Estadual | 4,6 | 3,5 | 5,9 | 3,9 | 184,8 | 190,8 | 205,6 | 227,1 |
| Municipal | 4,6 | 3,7 | 5,6 | 4,5 | 183,6 | 187,6 | 195,5 | 217,4 |

Fonte: MEC/INEP.

Elaboração: FJP

**Distorção idade-série no ensino fundamental, segundo dependência
Administrativa - Belo Horizonte - 2006 -2012**

| Rede | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Estadual | 19,0 | 20,7 | 14,9 | 16,3 | 16,9 |
| Municipal | 20,1 | 19,8 | 19,8 | 19,2 | 17,6 |
| Federal | 40,3 | 48,5 | 13,1 | 13,3 | 12,5 |
| Pública | 19,6 | 20,3 | 17,3 | 17,8 | 17,2 |
| Particular | 7,3 | 12,7 | 4,5 | 5,0 | 5,2 |
| Total | 17,3 | 17,6 | 14,8 | 15,1 | 14,6 |

Fonte: MEC/INEP, Secretaria de Estado da Educação de MG/SEE
Elaboração: FJP

Nº de equipes de saúde da família (ESF)- Belo Horizonte-2007-2012

| Quantitativo | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ESF | 176 | 488 | 504 | 507 | 507 | 507 | 513 | 533 | 544 | 556 | 585 |

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte.
Elaboração: FJP

**Nº de leitos SUS e Não SUS, por esfera administrativa
Belo Horizonte - 2012**

| Esfera Administrativa | SUS | Não SUS | Total |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Federal | 426 | - | 426 |
| Estadual | 1.504 | 606 | 2.110 |
| Municipal | 770 | - | 770 |
| Privada | 2.770 | 3.010 | 5.780 |
| Total | 5.470 | 3.616 | 9.086 |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos
de Saúde do Brasil – CNES/DATASUS.

**Distribuição percentual do nº de leitos, SUS e Não SUS,
por esfera administrativa Belo Horizonte - 2012**

Esfera Administrativa
Federal
Estadual
Municipal
Privada
Total

Fonte:
 Ministério
 da Saúde -
 Cadastro
 Nacional
 dos
 Estabelecimentos

de Saúde
 do Brasil –
 CNES/DA
 TASUS.

| QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS PBF E BPC E OFERTA DE SERVIÇOS BELO HORIZONTE | |
|--|---------|
| População em Situação de Extrema Pobreza (per capita abaixo de 70,00) | 30.914 |
| Famílias Cadastradas - Programa Bolsa-Família | 185.909 |
| Beneficiários do Bolsa-Família | 71.238 |

| Número de beneficiários PBF e BPC; quantidade de equipamentos CRAS e CREAS - BRASIL | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Região | Famílias Beneficiárias Bolsa-Família 2012 | Beneficiários BPC 2013 | Equipamentos CRAS 2011 | Equipamentos CREAS 2011 |
| BRASIL | 13.902.155 | 3.823.136 | 7.475 | 2.109 |
| NORTE | 1.574.868 | 382.227 | 573 | 185 |
| NORDESTE | 7.049.046 | 1.381.900 | 2.444 | 834 |
| SUDESTE | 3.442.625 | 1.317.461 | 2.466 | 556 |
| SUL | 1.060.356 | 413.218 | 1.394 | 316 |
| CENTRO-OESTE | 775.260 | 328.330 | 598 | 218 |

Fonte: Data Social - Ministério Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS)

| | |
|--|--------|
| Beneficiários BPC | 39.347 |
| Equipamentos CRAS | 33 |
| Equipamentos CREAS | 9 |
| Equipamentos CREAS-POP | 3 |
| Unidades Conveniadas Rede de Proteção Básica | 63 |
| Conselho Tutelar | 10 |
| Centros de Saúde | 147 |
| Escolas Municipais | 188 |
| Escolas Estaduais | 234 |

Apêndice B - Definições de programas e políticas, indicadores e índices

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): equipes que integram o PSF -

Fontes:

Relatório de Programas e Ações - Ministério Desenvolvimento Social e Combate a Fome
 Mapa de Oportunidades e Serviços Públicos - Ministério Desenvolvimento Social e Combate a Fome
 Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Adjunta de Assistência Social/Guia SUAS BH.
 Prefeitura Municipal de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Saúde / Centros de Saúde
 Secretaria de Estado da Educação de MG/Cadastro Escolar

| | |
|--|--|
| | |
| | |

peças da comunidade contratadas para fazer visitas domiciliares a famílias ou às pessoas referenciadas para cada equipe de PSF; eles importantes para identificar problemas de saúde nos domicílios que não chegam espontaneamente às unidades básicas de saúde. Os ACS são responsáveis pelo acompanhamento da agenda saúde (pré natal

e vacinação), além de identificar outras situações de vulnerabilidade (abusos, maus tratos contra crianças e idosos, problemas de adição química, dentre outros)

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC): Benefício de Prestação Continuada - BPC é uma prestação monetária não contributiva, de um salário mínimo, dirigida como benefício contínuo a pessoas idosas (acima de 65 anos) e deficientes que não tenham renda familiar suficiente (renda per capita familiar de até ¼ de salário mínimo). O BPC representou um avanço na antiga Renda Mensal Vitalícia, instituída em 1974. Os avanços no apoio aos idosos pobres e a inclusão dos deficientes foram objetos de disputa ao longo do processo constituinte. No caso dos deficientes só permaneceu pela mobilização dos defensores dos direitos dos deficientes que apresentaram uma emenda popular à Constituição, subscrita por mais de 50 000 assinaturas (Jaccoud et al, IPEA, 2009). Em janeiro de 2013, segundo dados do MDS, havia 3.823.136 de beneficiários do BPC .

BH-CIDADANIA: Programa municipal de Belo Horizonte, criado em 2002, tem por objetivo estimular a articulação intersetorial de serviços e ações destinadas a famílias em situação de vulnerabilidade social. Os principais programas que o BH-Cidadania procura articular são: UMEIS, Programa Escola Integrada, Programa Família Escola, Atenção Básica em Saúde, Academias da

Cidade, Programa Bolsa Família, Programas de Segurança Alimentar e Nutrição, Centros de Convivência para Idosas, Serviços de Apoio às Famílias dos CRAS. Nos 33 núcleos BH-Cidadania/CRAS concentram-se atividades voltadas para o enfrentamento da vulnerabilidade social, a partir, da articulação intersetorial entre as políticas sociais.

CADASTRO ÚNICO: O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal é um instrumento de coleta de dados que tem por objetivo identificar e caracterizar famílias brasileiras de baixa-renda (renda mensal de até ½ salário mínimo per capita ou renda mensal total de até 3 salários mínimos). Nessa perspectiva, são coletadas informações socioeconômicas destas famílias a fim de selecionar os possíveis beneficiários de programas sociais do Governo Federal como, por exemplo, o Bolsa-Família (MDS)

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS): O Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. (PNAS,2004).

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS): é uma unidade pública e estatal que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (MDS)

EDUCAÇÃO INFANTIL: a educação infantil corresponde a primeira etapa da educação básica regular, por meio, de creches e pré-escolas. A educação infantil tem por objetivo o desenvolvimento integral de crianças em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social completando a ação da família e da comunidade. Com a inserção de crianças de 06 anos no primeiro ano do ensino fundamental, a educação infantil passa a atender crianças de 0 a 5 anos conforme descrito na Lei nº 11.274/2006 (Anuário Brasileiro de Educação Básica)

EDUCAÇÃO JOVENS E ADULTOS (EJA): De acordo com o artigo 37 das Lei se Diretrizes e Bases LDB, a EJA refere-se a uma modalidade de educação escolar destinada a jovens e adultos que não tiveram acesso aos estudos no Ensino Fundamental e Ensino Médio na idade própria. Para tanto, são ofertados cursos ou exames em caráter regular para este público.

FUNDEB: Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) substituiu o antigo FUNDEF, por meio, da EC 53/2006 com vigência de 2007-2020. Dentre as diferenças encontram-se a forma de repasse dos valores por aluno/ano, priorizando-se todas as etapas e modalidades da Educação Básica.. (Anuário Brasileiro de Educação Básica)

FUNDEF: Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), regulamentado pela Lei 9.424/1996, com vigência entre 1998 e 2006, altera a redistribuição de recursos para o Ensino Fundamental. Em linhas gerais, *“subvinculou ao financiamento do Ensino Fundamental 60% dos 25% dos recursos dos recursos transferidos pela União - MDE ou 15% do total dos Estados, DF, municípios”*, além de criar um fundo contábil que garante que os recursos sejam repassados de forma automática para Estados e Municípios. A distribuição dos recursos do FUNDEF é baseada no número de alunos atendidos em cada rede de ensino. (Anuário Brasileiro de Educação Básica)

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: O Fundo é o instrumento de captação e de aplicação para o financiamento das ações na área de assistência social

IGD SUAS: o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social caracteriza-se por um instrumento de avaliação da qualidade da gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e também da articulação intersetorial. Quanto mais próximo de “1”, maior será o aporte financeiro da União ao ente federativo. (MDS)

IMRS: O Índice Mineiro de Responsabilidade Social, instituído pela Lei Estadual 15011/2004, calculado pela Fundação João Pineiro para todos os municípios de Minas Gerais. Inclui um conjunto de índices que procuram retratar a responsabilidade social nos municípios mineiros (IMRS), mantendo

atualizada de uma base de dados contendo, em torno, de 500 indicadores em diferentes dimensões (saúde; educação; segurança pública; assistência social; meio ambiente e habitação, cultura; esporte; turismo e lazer; renda e emprego; finanças municipais; demografia.).

ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA MUNICIPAL DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (IGDM): índice que avalia a qualidade da gestão municipal do Programa Bolsa Família, calculado pela Secretaria de Renda e Cidadania SENARC/MDS, responsável pela gestão do Programa Bolsa Família. O índice varia de 0 a 1, e quanto mais próximo de 1, melhor é a gestão do município. O IGDM é composto por quatro indicadores com peso igual: qualidade e integridade das informações no Cadastro Único, atualização do Cadastro, taxa de crianças com informação de frequência escolar e taxa de famílias com acompanhamento da Agenda Saúde.

ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO DA AGENDA SAÚDE DAS FAMÍLIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (IGDM-S): Corresponde à razão entre o número de famílias do Cadastro Único com registro de informações de acompanhamento de saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família que devem ter o acompanhamento na saúde. O acompanhamento abrange crianças de 0 a 6 anos e mulheres grávidas ou amamentando.

ÍNDICE DE ATENDIMENTO À CONDICIONALIDADE EDUCAÇÃO DAS FAMÍLIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (IGDM-E): corresponde à razão entre o número de crianças/adolescentes de 6 a 15 anos de idade de famílias que receberam o Bolsa Família com registros de frequência escolar no Sistema de Frequência Escolar do MEC e o total de crianças/adolescentes nessa faixa etária que pertence às famílias que receberam o Programa Bolsa Família.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO ÚNICO (IGDM-A): corresponde à razão entre o total de famílias que tiveram seus dados atualizados nos 24 meses anteriores à última atualização ou à inserção da família no Cadastro Único e a estimativa do número de famílias de baixa renda do município (com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo).

ÍNDICE DE COBERTURA QUALIFICADA DO CADASTRO ÚNICO (IGDM-C): corresponde à razão entre o número de famílias com cadastro válido e a estimativa do número de famílias de baixa renda do município (com renda mensal *per capita* de até ½ salário mínimo).

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB): O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) combina um indicador de resultados do sistema público (aprovação escolar) aos resultados de exames proficiência dos alunos da rede pública aferida a partir da Prova Brasil e do Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB). O IDEB tem sido utilizado orientar financiamento adicional a programas de melhoria da qualidade ou de expansão da permanência dos estudantes nas escolas públicas (Brasil Escolarizado e Qualidade na Escola). Ademais, o IDEB pode ser entendido, segundo o IPEA, como “um instrumento indutor de uma cultura de responsabilização educacional à qual estariam sujeitos gestores públicos e trabalhadores da educação” (IPEA, p.144). O IDEB é calculado, a cada dois anos, para os anos iniciais do ensino fundamental (5º. ano ou 4ª.série), anos finais do ensino fundamental (9º. ano ou 8ª. série) e 3ª. série de ensino médio.

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE (IVS): Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde cria o Índice de Vulnerabilidade da Saúde para subsidiar o planejamento de ações aos distritos sanitários de Belo Horizonte. As informações contidas no IVS baseiam-se nos dados do censo demográfico do IBGE.O IVS foi recalculado em 2003 e 2012. No IVS 2012 utilizou os seguintes indicadores: saneamento, habitação, escolaridade, renda, social, entorno. Posteriormente, os setores censitários são classificados segundo níveis de risco. (Índice de Vulnerabilidade da Saúde, Belo Horizonte, 2012)

PROGRAMA ESCOLA INTEGRADA: O Programa Escola Integrada foi iniciado em agosto de 2006 com sete escolas das 181 que compunham a rede municipal naquela ocasião. Enquanto a iniciativa ainda estava sob o comando compartilhado entre a Educação e a Secretaria Municipal de Planejamento, foi possível uma atuação intersetorial incipiente com o envolvimento de outras para

discutir a programação de atividades - Abastecimento, Assistência Social e Meio Ambiente. Posteriormente, as atividades passaram a ser totalmente planejadas pela Secretaria Municipal de Educação e sua rede de parceiros (outras instituições não vinculadas à administração municipal). Entre 2007 e 2010, a entrada das escolas permaneceu por livre adesão. A seleção dos alunos da rede para participar das oficinas da escola integrada obedece aos critérios de dificuldades de aprendizagem, sinais de exposição a riscos sociais (drogas, trabalho infantil e outros agravos), participação nos programas de transferência de renda. A execução não é intersetorial. Os recursos vêm de programas federais (Mais Educação do MEC e Segundo Tempo do Ministério dos Esportes), complementando o aporte do orçamento municipal.

PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: é um instrumento previsto na legislação federal, formulado pela administração municipal, que materializa diretrizes, objetivos, metas e recursos das ações sob sua jurisdição, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social. Deve ser executado sob o comando do órgão municipal gestor, supervisionado pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: É prevista na Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8742/93) e na Política Nacional de Assistência (2004), correspondendo ao conjunto articulado de modalidades de serviços e benefícios socioassistenciais para atender às necessidades sociais de proteção e segurança humana.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (PNAS): a Política Nacional de Assistência Social /2004 tem por objetivo *“prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitam”*. Para a consecução deste objetivo é imperioso que a política pública de assistência social haja de forma articulada com outros serviços e políticas setoriais para o enfrentamento de desigualdades socioterritoriais e garantia de universalização dos direitos sociais. (PNAS, p.34, 2004)

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF): o Programa Bolsa Família, implantado em 2004, unificou de programas de transferência de renda da administração anterior (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, Agente Jovem, Bolsa Renda). É um programa abrangente de alocação diferencial de renda, pautado por condicionalidades e orientado para incorporar progressivamente 11,2 milhões de famílias em situação de pobreza e indigência (estimadas com base nos dados da PNAD de 2001). As condicionalidades reforçariam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Os programas complementares, a cargo dos municípios, reforçariam o desenvolvimento das famílias beneficiárias para superar a situação de vulnerabilidade. A gestão do Programa Bolsa Família é descentralizada e compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios. Os entes federados trabalham em conjunto para aperfeiçoar, ampliar e fiscalizar a execução do Programa, instituído pela Lei 10.836/04 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/04. Os benefícios variam de acordo com o grau de pobreza e a composição familiar. Em novembro de 2003 eram atendidas 1,2 milhões de famílias pelos programas que foram unificados. No final de 2010, Bolsa Família atendia a 12,7 milhões de famílias e em janeiro de 2013 alcança a marca de 13 773 543 (*Site do MDS, acesso em julho de 2013*)

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL (PETI): O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil- PETI foi lançado em 1996, com apoio da OIT, para combate de trabalho infantil em carvoarias de Três Lagoas (MS), ampliado ao longo dos anos noventa para outros estados e outras atividades; em 2001 é normatizado (Portaria SEAS/MPAS 458/2001). Em 2005, a Portaria 666 do MDS, disciplina a integração do PETI com o Programa Bolsa Família, adotando a faixa etária de 0 a 16 anos, definindo a obrigatoriedade do registro de trabalho infantil no Cadastro Único, estendendo as Ações Socioeducativas (antiga Jornada Ampliada) para todas crianças e adolescentes do PBF identificados em situação de trabalho precoce, repasse financeiro diretamente às famílias via Cartão da CEF. O combate ao trabalho infantil seria potencializado (Resolução CNAS/01/2013) nos serviços socioassistenciais através de ações permanentes do Serviço de Convivência e Fortalecimento

de Vínculos da proteção básica da assistência social, trabalho com as famílias (PAIF/ CRAS e PAEFI/CREAS), transferência de renda (BF) e busca ativa (Abordagem Social/CREAS). MDS, 2013.

PROGRAMA FAMÍLIA ESCOLA: reconhecendo todos os desafios circunscritos a complexa relação entre família e escola, a Secretaria Municipal de Educação – SMED, implementa em 2008 o Programa Família-Escola, ampliando o escopo do de gestão e monitoramento escolar, dos alunos cujas famílias eram beneficiárias do Programa Bolsa-Escola Municipal - BEM. A partir de 2008, o Programa Família-Escola ampliou o seu raio de atuação, através de alguns eixos principais: acompanhamento da frequência escolar de todos os alunos da rede municipal; acompanhamento prioritário dos alunos beneficiários de programas de transferência de renda (Bolsa-Família e Bolsa-Escola Municipal); mobilização social (Fórum Família-Escola). O objetivo da Gerência Municipal Família Escola é empoderar as famílias para que elas participem de forma mais efetiva da vida escolar dos filhos. Há o entendimento de que participação depende do conhecimento das famílias da filosofia e do funcionamento da escola (projeto pedagógico, regimento escolar, projetos e programas educacionais).

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): refere-se a uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Portal do Ministério da Saúde.

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: a proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco, por meio, do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e, ou fragilização de vínculos afetivos. A proteção social básica fundamenta-se pelos seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas. (PNAS, p. 33, 2004)

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência, de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de trabalho infantil, entre outras.. A proteção social especial compõe-se dos seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social de Crianças e Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Devido à complexidade dos casos presentes nestes serviços, a proteção social especial possui uma grande interlocução com o sistema de garantia de direitos, com o Poder Judiciário, Ministério Público, etc. (PNAS, p. 37, 2004)

REDE SOCIOASSISTENCIAL: por rede socioassistencial, segundo a definição da PNAS, compreende-se um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade (NOB, 2005, p.94). A noção de rede pressupõe uma retaguarda de serviços e apoio, para ser mobilizada pelos agentes públicos e os serviços combinados diante de cada situação específica.

SALÁRIO-EDUCAÇÃO: criado em 1964 para superar o descumprimento da determinação constitucional das empresas de garantir educação primária para os filhos de seus trabalhadores; em 1965, a alíquota foi afixada em 1,4% da soma dos salários de contribuição dos empregados; em 1975 a alíquota passa para 2,5%. A forma de partilha também foi alterada e os estados passam a receber 2/3 dos recursos arrecadados (e não mais 50%) em seus territórios e 1/3 para a União (quota federal que

compõe o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE, redistribuído via transferência negociadas). Em 1983, foi estabelecido que pelo menos 25% da quota federal deveriam ser destinados aos municípios. A legislação possibilitava a relação direta dos contribuintes e da rede particular de ensino com as empresas e os recursos gastos podiam ser descontados do recolhimento das contribuições. Uma das consequências deste procedimento foram fraudes com bolsas de estudos, alunos-fantasma, etc. A legislação foi alterada algumas vezes, mas persistia a drenagem de recursos para o sistema privado (Souza, Velloso e Melchior, 1988, p 154; Pacheco Filho, 1996, pp 227-9)

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS): Sistema Único de Assistência Social caracteriza-se pela gestão das ações na área da assistência social, através, de um sistema descentralizado e participativo, conforme exposto na Lei nº 12.435, artigo 6º. Deste modo, o SUAS tem como objetivo executar a Política Nacional de Assistência Social, por meio, da organização das ações em proteção social básica e proteção social especial com a finalidade de proteção às famílias que dela necessitam.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): o SUS está organizado em três níveis de atenção (a primária, a secundária e a terciária) que se diferenciam pela capilaridade e pela intensidade tecnológica dos procedimentos. Na atenção primária, um dos programas estruturadores, fortemente financiado pelo governo federal, é o *Saúde em Família*, constituído por equipes de profissionais da saúde localizadas nas unidades básicas de saúde que atendem áreas com maior vulnerabilidade social. Segundo o Índice Mineiro de Responsabilidade Social, calculado pela FJP, a proporção da população de Belo Horizonte atendida pelo Programa Saúde na Família desde 2004, situa-se acima de 70%, e, em 2010, alcançou 72,84%.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, Fernando Luiz (2005). Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. Fleury, Sonia (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. São Paulo: FGV.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares (1996). Federalismo e Políticas Sociais. AFFONSO, Rui B.A. e SILVA, Pedro Luiz B. (orgs) Federalismo no Brasil. Descentralização e Políticas Sociais. SP. FUNDAP.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares (2000). Federalismo e Proteção Social: a experiência brasileira em perspectiva comparada. SP: USP,. Disponível em www.fflch.usp.br/dep/docentes/almeida/federalismodef.rtf.

ARRETCHE, Marta T.S. (2000). Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. SP: REVAN, FAPESP

ARRETCHE, Marta T.S. (2010). Federalismo e Igualdade Territorial: uma contradição em termos. Apresentado na 34ª Reunião Anual da ANPOCS, Caxambu/MG.

ARRETCHE, Marta T.S. (2004) Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em perspectiva, v.18, n.2:16-7.

ARRETCHE, Marta T. S. (1996). Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 31(4) julho 1996: 44-66.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol 14, 40 (janeiro-março, 1999). SP: ANPOCS: 111-142.

BARROS, Ricardo Paes de, HENRIQUES, Ricardo e MENDONÇA, Rosane. (2000) Desigualdade social e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 15, 42. SP: ANPOCS: 123-142

BARROS, Ricardo Paes de, HENRIQUES, Ricardo e MENDONÇA, Rosane. (2000) Cadernos Adenauer. Pobreza e política Social. SP: Fundação Adenauer:11-32.

- BRASIL, Governo Federal (2004). Análise comparativa de programas de proteção social- 1995 a 2003. Abril 2004 ascom.mds@planalto.gov.br www.fomezero.gov.br
- BRASIL. Ministério de Educação (2009). Política de Educação Infantil no Brasil: Relatório de avaliação. Secretaria de Educação Básica. Brasília: MEC/SEB e Unesco.
- _____. Projeto de Lei: Plano Nacional de Educação – PNE para o Decênio 2011-2020
- _____. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil - resolução CNE/CEB, abril de 2009.
- _____. Diretrizes Operacionais para a Educação Infantil – Parecer CNE/CEB, fevereiro de 2000.
- _____/INEP. CENSO ESCOLAR 2011, 2012
- Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa de Formação de Capacitadores e Gerentes Sociais para a Área de Assistência Social. Mimeo.2005.
- _____. Política Nacional de Assistência Social, 2004.
- BRONZO, Carla (2005). Programas de Proteção Social e superação da pobreza: concepções e estratégias de intervenção. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais.
- BRONZO, Carla. e VEIGA, Laura da (2011). Vulnerabilidades e Territórios: possibilidades e limites para a intervenção pública. Trabalho apresentado no XVII Congresso Latinoamericano de Sociologia. ALAS.
- BRUGUÉ, Quim (2010). Uma administración que habla es una administración que piensa: de la gestión pública a la administración deliberativa. Barcelona: Gobierno de Aragon: Dirección General de Participación Ciudadana.
- CASASSUS, Juan (1998). Descentralización a la escuela y calidad de la educación? Mitos e realidades. Mimeo. UNESCO, junio de 1998.
- CASTRO, Jorge A. e RIBEIRO, José A.C.(2009). As Políticas Sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios. IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. N.17. Brasília, 2009.
- CEPAL. Panorama social de America Latina. Chile: CEPAL, 2009, 2010
- ALBUQUERQUE, R.(2005). Cinco décadas de questão social e os grandes desafios do crescimento sustentável. RJ: José Olympio: 221-248.
- CORBUCI, Paulo Roberto et al (2009). Vinte anos da Constituição Federal de 1988: avanços e desafios na educação brasileira. IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. n.17. Brasília.
- COSTA, Bruno L. D. (2004). Política, instituições e estratégia de implementação. Elementos para a análise de políticas e projetos sociais. Carneiro, C, e Costa, B. (orgs) Gestão Social. O que há de novo? BH: FJP/BNDES/PBH.
- CRUZ, Priscila e MONTEIRO, Luciano (orgs) (2013). Anuário Brasileiro da Educação Básica. Todos pela Educação e Editora Moderna.
- DRAIBE, Sônia M. (2005) Cooperação descentralizada e redução da pobreza. Campinas: UNICAMP, NEPP, Caderno 66.
- DRAIBE, Sônia M. (1998) Reforma do Estado e descentralização: a experiência recente da política brasileira de ensino fundamental, mimeo. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Reestruturação e Reforma do Estado: Brasil e América Latina no processo de globalização, maio 1998.
- DRAIBE, Sônia M. (1995) Repensando a política social: dos anos 80 do início dos 90. Lourdes Sola e Leda Paulani (org.). Lições da década de 80. São Paulo: Ed. USP.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1991). As três economias do Welfare State. Lua Nova, n.24, setembro 1991.
- FILGUEIRA, Fernando (1999). Tipos de welfare y reformas sociales en America Latina: eficiencia, residualismo e cidadania estratificada. Marcus A. Melo (org) *Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil*. Recife: Ed. Masangana.

- GOMÀ, Ricard (2004). Processos de exclusão e políticas de inclusão social: algumas reflexões conceituais. Costa, B. e Carneiro, C.B.(org) Gestão Social. O que há de novo? BH: PBH, FJP, BNDES.
- GOMES, Ana Paula Salej (2013). O Welfare State no Século XXI: recuperando a Teoria da Cidadania para os welfare states latino-americanos. Mimeo. Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós Graduação de Ciência Política. UFMG, julho de 2013.
- HENRIQUES, Ricardo (2004). Desnaturalizar a desigualdade e erradicar a pobreza no Brasil WERTHEIN, Jorge e NOLETO, Marlova Jovchelovitch. Pobreza e Desigualdade no Brasil. Traçando caminhos para a inclusão social. UNESCO.
- HILLS, J. Does a focus on social exclusion change the policy response? (2002) Hills, J.; Le Grand, J.; Piachaud, D. (orgs). Understanding Social Exclusion. Oxford University Press.
- IPEA (2009). Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal, n.17 (quatro volumes). Brasília.
- IPEA (2010). Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n.19, BRASILIA, 2010.
- JACCOUD, Luciana (2009). Proteção social no Brasil: desafios e debates. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Organização das Nações Unidas para Educação e Cultura (UNESCO). Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil. Brasília: 57-86.
- MAGALHÃES, Edgar P. (2004). Inclusão social e intersectorialidade: o longo caminho dos princípios às estratégias de ação. Costa, B.C. e Carneiro, C.B (orgs) Gestão Social. O que há de novo? BH: PBH, FJP e BNDES, 2004
- MARSHALL, T. H. (1065). Class, citizenship and social democracy. NY Anchor Books..
- MARTINEZ Nogueira, Roberto (1998). Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico. Serie Políticas Sociales n° 24. Chile: CEPAL.
- MENICUCCI, Telma (2002). Intersectorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. Revista Pensar BH. Política Social. BH: Ed. Temática, 3, maio/julho de 2002.
- MOURÃO, Marcelo Alves; PASSOS, Alexia D.B. e FARIA, Carlos Aurélio P. O (2011). Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersectorialidade. BH. Unika.
- ORTUNO, Alessandro e DI GIOVANNI, Geraldo (2013). Política social. Verbete. GIOVANNI, G e NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de Políticas Públicas. FUNDAP. SP. Imprensa Oficial.
- Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria de Políticas Sociais (2013). Atlas das Políticas Sociais.
- Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação (2006). Panorama da Educação Municipal.
-
- .Família-Escola. 2010
-
- Boletim do Sistema de Avaliação
- Avalia BH, 2010
- Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde (2012). Índice de Vulnerabilidade Social da Saúde.
- RACZYNSKI, Dagmar (1999). La crisis de los viejos modelos de protección social en America Latina: nuevas alternativas para enfrentar la pobreza TOKMAN, V. E. E O'DONELL, G (orgs) Pobreza y desigualdad en America Latina: temas y nuevos desafios. Buenos Aires, Ed. Paidos.
- REPETTO, Fabián (2004). Los aspectos políticos de la coordinación de programas y/o políticas sociales: sus implicancias para Guatemala. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, Espanha.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos (1989). A trágica condição da política social. SANTOS, W. G., ABRANCHES, S. e COIMBRA, M.(ed). Política Social e combate à pobreza. RJ: Jorge Zahar Ed.: 33-64.
- SERRA, Albert (2004). La gestión transversal: expectativas y resultados. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España.

- SILVA, M.; YASBECK, M.; GIOVANNI, G. (2004) A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda. SP: Cortez.
- SOJO, Ana (2004). Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. Revista de la CEPAL, 80.
- SPOSATI, Aldaíza (2009). Modelo brasileiro de proteção social não contributiva. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Organização das Nações Unidas para Educação e Cultura (UNESCO). Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil. Brasília:13-56.
- SULBRANDT, José (1994). A avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. B. Kliksberg (org). Pobreza, uma questão inadiável. Brasília: ENAP.
- TELLES, Vera da Silva. Pobreza, movimentos sociais e cultura política. Nota sobre as (difíceis) relações entre pobreza, direitos e democracia (1994). DINIZ, E. e PRANDI, R. (orgs). O Brasil no rastro da crise. Rio: ANPOCS/IPEA/HUCITEC: 223-243.
- VEIGA, Laura da , COSTA, Bruno L. D. e FORTES, Fátima Beatriz C. T. P.(1999) Contexto Socioeconômico e descentralização financeira no ensino fundamental em Minas Gerais. Preal Debates. 5.
- VEIGA, Laura da, COSTA, Bruno Lazzarotti, CARNEIRO, Carla Bronzo (2002).Os desafios da inclusão social . VII Congresso Internacional del CLAD. Lisboa.
- VEIGA, Laura da e BRONZO, Carla (2012). Estratégias intersetoriais de gestão em contextos vulneráveis: reflexões a partir da experiência de Belo Horizonte. Trabalho apresentado no Congresso Internacional do CLAD . Colômbia: Cartagena de las Indias.
- VEIGA, Laura da, COSTA, Bruno L. D., CARNEIRO, Carla B.(2006) Os desafios da inclusão social: programas de assistência para a infância e juventude vulnerabilizadas na administração municipal de Belo Horizonte. JACOBI, P.e PINHO, J.A.(org.) Inovação no campo da gestão pública local. Novos desafios, novos patamares. RJ: FGV Ed.:119-159.
- VEIGA, Laura da; CARNEIRO, Carla B.(2005). Desafios, possibilidades e limites de programas locais de combate à pobreza e à exclusão: as iniciativas das cidades de São Paulo e Belo Horizonte. Trabalho apresentado no X Congresso Internacional do CLAD. Chile: Santiago.
- VEIGA, Laura da; CARNEIRO, Carla B.(2005) Desafios, possibilidades e limites de programas locais de combate à pobreza e à exclusão.Mimeo. Relatório de pesquisa. PBH/Rede Urbal-10..
- VEIGA, Laura da; CARNEIRO, Carla B.(2005) Desafios, possibilidades e limites de programas locais de combate à pobreza e à exclusão: as iniciativas das cidades de São Paulo e Belo Horizonte. Trabalho apresentado no X Congresso Internacional do CLAD. Chile: Santiago.

MINI CV autora e co-autoras**Autora :Laura da Veiga**

Doutora em Sociologia da Educação Stanford University

Pesquisadora e docente da Fundação João Pinheiro – Centro de Estudos de Políticas Públicas

lauradaveiga@yahoo.com.br

Graduação Ciências Sociais (UFMG) 1965, Mestrado em Ciência Política (UFMG) 1973; Doutorado em Social Sciences Applied to Education (Stanford University) 1982. Professora Adjunta UFMG (aposentada), Escola de Governo da Fundação João Pinheiro (1995-2005, 2010-2012). Pesquisadora temas principais: Avaliação de Políticas Sociais, Sistemas de Proteção Social não Contributiva, Desigualdades Sociais, Inclusão Social, Políticas Educacionais. Cargos Acadêmicos e de direção na UFMG e na Escola de Governo. Secretária de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2007-2009). Pesquisadora da Fundação João Pinheiro-Centros de Estudos de Políticas Públicas (2010-2013)

Co-autoras:**Carla Bronzo**

Doutora em Sociologia e Política pela UFMG

Professora e Pesquisadora da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação João Pinheiro-MG

carla.bronzo@fjp.mg.gov.br

Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (1987), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1994) e doutorado em Sociologia e Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005), com tese sobre o tema da pobreza e políticas de proteção social. Professora da Escola de Governo/Fundação João Pinheiro/MG, nos cursos de graduação, especialização e mestrado em administração pública. Leciona disciplinas de sociologia, metodologia, desenho e avaliação de políticas sociais, bem estar e proteção social. Áreas de pesquisa: políticas para infância e juventude; políticas de proteção social; pobreza, vulnerabilidade e proteção social não contributiva; gestão social; formulação, monitoramento e avaliação de programas e projetos sociais. Cv completo em <http://lattes.cnpq.br/2040877413046909>

Maria de Fátima Almeida Barbosa Gomes

Pesquisadora do Centro de Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro

fatima.gomes@fjp.mg.gov.br

Graduação em Ciências Econômicas pela Faculdade de Ciências Contábeis, Administrativas e Econômicas/UFMG (1979) e mestrado em Administração Pública, Gestão de Políticas Sociais pela Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho/Fundação João Pinheiro (2000). Iniciou seu trabalho na Superintendência de Estatística e Informações /SEPLAN-MG na área de estatísticas econômicas. Pesquisadora da FJP desde 1993, onde atuou por mais de 10 anos no Grupo de Contas Regionais. Atualmente, no Centro de Estudos de Políticas Públicas (CEPP)/FJP atua nas áreas de pesquisas sociais, urbanas e indicadores socioeconômicos.

Maria Clara Sousa Mendes

Bolsista FAPEMIG – Fundação João Pinheiro

mariaclara.sousamendes@gmail.com

Graduação em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2007) e mestranda em Ciências Sociais pela PUC-MG. Iniciou as suas atividades como estagiária do Programa Bolsa-Escola Municipal e Secretaria Municipal de Políticas Sociais na aplicação de questionários do Cadúnico em alguns aglomerados de Belo Horizonte; trabalhou como assessora do Fundo Estadual de

Cultura e Lei Estadual de Incentivo à Cultura. Atualmente, no Centro de Estudos de Políticas Públicas CEPP/FJP atua como bolsista da FAPEMIG na pesquisa: Proteção social não contributiva: gestão e articulação territorial de agentes públicos e da rede de atenção.