

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

ALESSANDRA DA ROSA SANTOS

**Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município de
Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013**

Novo Hamburgo

2015

ALESSANDRA DA ROSA SANTOS

**Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município de
Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração /UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador:
Prof. Dr. Paul Douglas Fisher
Tutor de orientação a distância:
Luís Fernando Kranz

Novo Hamburgo

2015

Ao meu amado pai Clenio Roberto (in memoriam). Apesar de não estar mais presente fisicamente, acompanha minha jornada e aplaude mais esta conquista.

A minha mãe, minha força, meu braço direito, pelo seu amor incondicional, dedicação e parceira nos cuidados com meu filho.

Ao meu filho, amor eterno, por estar ao meu lado mesmo quando não pude lhe dar a atenção devida em uma das fases mais importantes da vida: a infância.

A Deus minha força infinita.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por acreditar em mim.

A minha família, pela base e estrutura necessárias para realização deste sonho.

A UFRGS, por me proporcionar essa experiência, para o meu aperfeiçoamento como acadêmica.

Ao orientador professor Fisher e ao tutor de orientação a distância Luís Fernando, pelo empenho e dedicação.

A coordenadora de tutoria do curso Rita Nagem, amiga, profissional com uma dedicação incansável, preocupação e auxílio em quaisquer circunstâncias.

Aos colegas, principalmente Silvana Schons, que se dedicou bravamente a esse curso.

A Srta. Miriam, funcionária exemplar na SMS de Sapucaia do Sul, pelo apoio e esclarecimentos.

A Luísa Coelho, por aparecer na minha vida na hora certa.

E aos amigos, que ao longo desses dois anos de curso me ajudaram de alguma maneira nesse processo. Meus sinceros agradecimentos!

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALESSANDRA DA ROSA SANTOS

Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município de Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração /UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Aprovado em: dia sete do mês de maio de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paul Douglas Fisher
Orientador

Prof^a Maria Ceci Misoczky
Examinadora

Prof. Ronaldo Bordin
Examinador

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) é o principal programa social brasileiro de redução da pobreza a partir da transferência de renda para as famílias com maiores dificuldades financeiras. O objetivo deste estudo foi descrever as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município de Sapucaia do Sul (RS) no período de 2009 a 2013. A base de dados utilizada para o levantamento das informações obtidas foi através dos *sites* do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério da Saúde (MS). A população alvo foram famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo programa, no período referido. Nos resultados encontrados houve uma redução de 30% na proporção de famílias acompanhadas do ano de 2009 [61,7% (n=1015)] em comparação a 2013 [31,7% (n=1058)], diferentemente de Porto Alegre (40,3%), do RS (12,1%) e do Brasil (9,8%), locais em que aumentaram os acompanhamentos. Resultado semelhante foi evidenciado para as condicionalidades referentes às crianças acompanhadas e gestantes com pré-natal em dia. Em conformidade, somente a condicionalidade de crianças com vacinação em dia, que apresentou pouca variação, atingindo as metas preestabelecidas. Concluiu-se que, apesar de aumentar o número das famílias beneficiárias do PBF, os acompanhamentos no município diminuíram.

Palavras chave: Gestão em Saúde, Pobreza, Política Social, Políticas Públicas, Programas Governamentais.

ABSTRACT

The Bolsa Família Program (PBF) (Social Welfare Program) is Brazil's main social program to reduce poverty from the transfer of income to families with major financial difficulties. The objective of this study was to describe the health conditionalities of the Bolsa Família Program in the city of Sapucaia do Sul (RS) from 2009 to 2013. The database used to survey the information was obtained through the websites of the Ministry of Social Development and Fight against Hunger (MDS) and the Ministry of Health (MOH). The target population were the families, pregnant women and children followed by the program, in the period. The results showed there was a 30% reduction in the proportion of families accompanied by the year 2009 [61.7% (n = 1015)] compared to 2013 [31.7% (n = 1058)], unlike Porto Alegre (40.3%), the RS (12.1%) and Brazil (9.8%) which increased the trimmings. Similar results were shown to the conditionalities relating to children and pregnant women accompanied with prenatal days. Accordingly, only the conditionality of children with vaccination days, which showed little variation, reaching the pre-set targets. It was concluded that despite increasing the number of beneficiary families GMP accompaniments in the city decreased.

Keywords: Health Management, Poverty, Social Policy, Public Policy, Government Programs.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição relativa para as famílias acompanhadas nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.....	27
Gráfico 2 – Distribuição relativa para as crianças acompanhadas nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.....	29
Gráfico 3 – Distribuição relativa para as crianças acompanhadas com vacinação em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.....	31
Gráfico 4 – Distribuição relativa para as gestantes com pré-natal em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura de serviços públicos de saúde em Sapucaia do Sul.	21
Tabela 2 – Condicionalidade de saúde x variáveis abordadas no estudo.	25
Tabela 3 – Distribuição relativa para o número de famílias totalmente acompanhadas, famílias não acompanhadas, cobertura pactuada (meta) e déficit de famílias que deveriam ter sido acompanhadas, mas não foram, no perfil saúde em Sapucaia do Sul.....	26
Tabela 4 – Metas pactuadas e atingidas pelo município de Sapucaia do Sul nos anos avaliados.	27
Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa para as famílias acompanhadas nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.	28
Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa para as crianças acompanhadas, cobertura e vacinação em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.	30
Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa para as gestantes e casos de pré-natal em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADÚNICO – Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Outras Drogas
CGPAN – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CLISAM – Clínica de Saúde da Mulher
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CVS – Coordenação de Vigilância em Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IGD – Índice de Gestão Descentralizada
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
PAD – Programa de Atenção Domiciliar
PBA – Programa Bolsa Alimentação
PBF – Programa Bolsa Família
PGRM – Programas Brasileiros de Garantia de Renda Mínima
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
RS – Estado do Rio Grande do Sul
SAE – Serviço de Assistência Especializado
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SISPACTO – Sistema de Pactuação
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SUS – Sistema Único de Saúde
TCR – Transferência Condicional de Renda
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCE – Unidade Central de Especialidades

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	11
1.1 Contextualização.....	13
1.1.1 Programa Bolsa Família	13
1.1.2 Condicionalidades de saúde.....	14
1.1.3 Análises e avaliações	16
1.1.4 Desafios	18
1.1.5 Município de Sapucaia do Sul	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 MÉTODOS.....	24
4 RESULTADOS.....	26
4.1 Dados de Sapucaia do Sul	26
4.2 Evolução 2009 - 2013	27
4.3 Condicionalidades.....	28
4.3.1 Condicionalidades - crianças	29
4.3.2 Condicionalidades - gestantes	31
5 DISCUSSÃO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	39

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O Brasil, historicamente, vem promovendo inúmeros avanços na área social. Especificamente na área da intervenção pública, o Programa Bolsa Família (PBF) é um exemplo atual amplamente debatido.

O PBF é o principal programa de Transferência Condicional de Renda (TCR), criado em 2003, e que beneficia milhões de famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70,00 a R\$ 140,00) e de extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00). Tem por objetivo combater a miséria, a exclusão social e promover a emancipação das famílias mais pobres do nosso país. O PBF possui três eixos principais:

[...] 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. (BRASIL, 2014d).

As condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do PBF 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.

Na área da saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou nutrizes (lactantes), devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e da do bebê.

Nessa esteira, as condicionalidades de saúde merecem estudos mais aprofundados, já que exigem compromissos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para que o programa seja avaliado e sua gestão efetiva.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) publicou a Portaria nº 148/2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único. Em 2006, o Governo Federal lançou um índice de qualidade da gestão descentralizada do Programa Bolsa Família: o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), que varia de 0 a 1, composto pelas variáveis relativas às informações

sobre frequência escolar, acompanhamento dos beneficiários nos postos de saúde, cadastramento correto e atualização cadastral. Cada uma das quatro variáveis representa 25% do IGD. Com base nesse indicador, o MDS repassa recursos aos municípios para apoio à gestão do programa (SENNA et al., 2007).

Quanto mais próximo do índice 1, melhor é a gestão local e maior será o valor do recurso a ser transferido mensalmente para o município. O cálculo do IGD é feito somando-se quatro taxas e dividindo este valor por quatro. As taxas são: cobertura de cadastro, atualização de cadastros, crianças com informações de frequência escolar e famílias com acompanhamento das condicionalidades de saúde. Portanto, o baixo acompanhamento das condicionalidades na saúde afetará diretamente o IGD do município, prejudicando o repasse federal para o mesmo. (BRASIL, 2006).

O programa surgiu com um desenho inovador, baseado na articulação federativa e intersetorial com metas de atendimento claramente estabelecidas. Os Estados e, especialmente, os Municípios foram e são parceiros fundamentais do Governo Federal na execução do programa. Por outro lado, as áreas de educação e saúde se uniram à de assistência social, em todas as esferas de governo para permitir o acompanhamento dos compromissos das famílias e do poder público nessas áreas (BRASIL, 2014g).

No Brasil, o tema da pobreza e destituição social vem assumindo lugar de destaque na agenda pública nas últimas décadas, não só devido ao número alarmante de pobres, mas também à centralidade adquirida pela discussão em torno da capacidade estatal em promover maiores níveis de equidade e justiça social. (SENNA et al., 2007, p. 87).

A gestão do Programa Bolsa Família, instituído pela Lei nº 10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004, é descentralizada e compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, mas os entes federados trabalham em conjunto para aperfeiçoar, ampliar e fiscalizar a execução (BRASIL, 2014b, 2014a). O Sistema de Gestão do PBF na Saúde é uma ferramenta para o acompanhamento da agenda da saúde da família beneficiária. O acompanhamento é realizado pelo Ministério da Saúde em dois períodos do ano e todas as informações devem ser registradas no sistema (BRASIL, 2014f).

Sabe-se que o percentual de famílias em situação de miséria já diminuiu e que isso influencia na saúde da população, principalmente de gestantes e de crianças menores de sete anos de idade. Assim sendo, pretende-se avaliar se as condicionalidades de saúde estão sendo efetivas no município de Sapucaia do Sul e, diante deste quadro, faz-se necessária a condução de estudos para avaliar a gestão do PBF no município e seu impacto sobre a saúde, a partir do

acompanhamento das condicionalidades a fim de fornecer evidências para tomada de decisões sobre as políticas públicas implementadas.

1.1 Contextualização

1.1.1 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família é o principal programa social brasileiro de redução da pobreza a partir da transferência de renda para as famílias com maiores dificuldades financeiras. “Um aspecto inovador do programa consiste em sua proposta de combater a transmissão de pobreza entre gerações, pelo cumprimento de condicionalidades educacionais e de saúde por parte dos seus beneficiários.” (ESTRELLA; RIBEIRO, 2008, p. 637).

Segundo Trevisani, Burlandy e Jaime (2012), foi a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) que idealizou o desenho do Programa Bolsa Alimentação (PBA) e depois, pela estruturação desenvolvida para o acompanhamento desse programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF. Sem dúvida, esse processo conferiu liderança da área dentro do Ministério da Saúde no processo de Transferência Condicional de Renda (TRC).

No caso do PBF, o Governo Federal tem dado ênfase à gestão compartilhada envolvendo os três níveis governamentais. A assinatura de termos de cooperação entre o MDS, estados e municípios para a implantação do programa e a possibilidade de complementação por parte dos entes subnacionais dos recursos financeiros transferidos às famílias beneficiárias são aspectos destacados pelos formuladores do PBF como estratégias importantes de incentivo à adesão ao programa e à cooperação intergovernamental (SENNA et al., 2007).

O PBF visa atender duas das mais importantes demandas da população pobre: o aumento da sua capacidade regular de consumo e o rompimento do ciclo de pobreza intergeracional. Daí a importância de adequação às condicionalidades exigidas e do seu cumprimento por parte dos beneficiários, que é fundamental. Pesquisas recentes mostram que os beneficiários do PBF são mais conscientes das condicionalidades obrigatórias do programa, que exigem a frequência escolar dos filhos das famílias contempladas e visitas regulares aos centros e postos de saúde (ESTRELLA; RIBEIRO, 2008).

A desigualdade e a fragmentação no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diferenças de condições de vida que levam a iniquidades no perfil de saúde da

população estão implicadas no quadro de pobreza atual. Esse quadro justifica a inclusão em programas de combate à pobreza de condicionalidades relacionadas à saúde como forma de “assegurar o acesso dos beneficiários” à política de saúde, que, por princípio, é universal. Esse é um dos pontos polêmicos em torno do desenho do PBF. As condicionalidades apresentam-se como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos. Por outro lado, esse desenho foi concebido à luz da visão neoliberal, que propõe intervenções focalizadas e compensatórias das desigualdades geradas pelo próprio modelo (TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012).

Trevisani, Burlandy e Jaime (2012) refletem sobre a atual conjuntura e ajudam a compreender a importância do papel dos serviços de saúde em um programa de caráter intersetorial. O componente que mobiliza a articulação das ações de saúde e potencializa a intervenção nutricional foi apontado como crucial para o impacto dessas ações. Apesar disso, houve resistência no setor saúde no processo de implementação das condicionalidades, que parece ter ocorrido no campo mais conceitual do que no técnico. No entanto, mecanismos de *policy feedback* parecem ter atuado na manutenção dessas contrapartidas.

Os dados de saúde são consolidados nos municípios e o principal sistema de informação nacional é o banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que possui seis módulos. Um deles é o mapa diário de acompanhamento, que contém informações sobre os beneficiários do PBF como: nome, identificações nacionais e endereços. Os agentes de saúde local coletam informações sobre todos os beneficiários e as autoridades de saúde municipais são responsáveis por consolidar as informações e enviá-las ao Ministério da Saúde (ESTRELLA; RIBEIRO, 2008).

Em sua pesquisa, Vaitsman, Andrade e Farias (2009) apontam que entre 2001 e 2006 houve uma queda de 3,45 pontos no coeficiente de Gini brasileiro e o PBF foi responsável por 21% dessa queda. Isso comprova que o aumento da renda entre os mais pobres tem sido capaz de retirar um número significativo de pessoas das situações de indigência e de pobreza. Com base na PNAD 2004, estima-se que, sem o PBF e a Previdência Social, o número de indigentes passaria de 11% para 23%, e o de pobres aumentaria de 30% para 42%.

1.1.2 Condicionalidades de saúde

Em relação aos serviços de saúde, o PBF determina que gestantes, nutrizes e crianças de zero a sete anos sejam acompanhadas do ponto de vista nutricional, mantendo o esquema de vacinação em dia. Gestantes devem participar das consultas de pré e pós-natal e, assim

como as mães de crianças de zero a sete anos, devem também participar das atividades educativas sobre saúde e nutrição (SENNA et al., 2007).

As condicionalidades relacionadas à saúde são diferentes para as famílias com filhos de até sete anos de idade e famílias com mulheres grávidas ou com filhos em idade de amamentação. No primeiro caso, todas as crianças devem completar sua vacinação de acordo com o calendário recomendado, assim como fazer consultas e exames médicos de rotina regularmente. Para famílias com mulheres grávidas ou com filhos em amamentação, exigem-se exames pré e pós-natal e a participação em seminários municipais sobre saúde e nutrição. Contudo, na prática, o Governo Federal não realiza um monitoramento da participação das mulheres nos seminários. (LINDERT et al., 2007 apud ESTRELLA; RIBEIRO, 2008, p. 629).

Já Wolf e Barros Filho (2014) explicam que as diferentes esferas deveriam estar articuladas no sentido de alimentar os dados para a devida comprovação no cumprimento das condicionalidades. Ou seja, os dados de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na Amazônia, assim como de qualquer outra parte do Brasil, devem chegar até Brasília, ser processados e cruzados com os dados do PBF para que se comprove o cumprimento das condicionalidades.

Considerando que os municípios devem manter atualizado o sistema de informação e ofertar os serviços relativos às condicionalidades, pode-se imaginar que inúmeros problemas relativos às diferentes capacidades financeira e gerencial dos municípios irão interferir no atendimento de tais requisições. Com relação à descentralização das políticas sociais, os municípios brasileiros ainda têm apresentado muitas fragilidades na oferta de serviços de educação e saúde, o que compromete o processo de implementação das condicionalidades do PBF. Outro item que se destaca é que, embora o município assine um termo de adesão ao programa, comprometendo-se a ofertar adequadamente os serviços básicos previstos nas condicionalidades, a legislação não prevê ações de responsabilização e punição para os municípios inadimplentes. Dessa forma, é sobre as famílias que recai, quase exclusivamente, a responsabilidade pelo cumprimento das condicionalidades (SENNA et al., 2007).

Monteiro et al. (2014) afirmou que o acesso à alimentação adequada também pode ser intensificado por meio de políticas públicas que promovam as práticas alimentares saudáveis e garantam que esse acesso seja processado de modo regular e permanente. Como exemplos, destacou a promoção da educação nutricional nas escolas e nas unidades de saúde, a oferta de uma alimentação escolar equilibrada, o incentivo e o subsídio do governo para criação de hortas comunitárias, a oferta de aulas práticas de culinária em cozinhas comunitárias, a ampliação de mercados e restaurantes populares com preços justos para a população de baixa renda e as intervenções no sistema de produção de alimentos, como o apoio à agricultura familiar e a viabilização de escoamento de produtos locais por meio de programas públicos.

Dependendo da forma que essas ações são conduzidas, pode-se ampliar a utilização da TCR das famílias beneficiárias do PBF.

A prevalência de insegurança alimentar entre os integrantes do PBF é abrangente (81,6%). As famílias apresentam baixa renda per capita, dívidas relativas à alimentação, baixa escolaridade e precárias condições de acesso aos serviços essenciais básicos, que, por sua vez, refletem-se na qualidade de vida. Os resultados encontrados são semelhantes aos de outras pesquisas que pautaram a mesma temática, sobretudo quando se trata da dimensão do acesso aos alimentos em termos qualitativos e quantitativos. Há uma teia de inter-relações entre a pobreza, a fome e a SAN e, portanto, essas questões não podem se resumir ao déficit de renda. Assumir investimentos nos setores de educação, saúde, geração de trabalho e renda são estratégias que devem ser incorporadas pelo PBF, de modo a reduzir a situação de vulnerabilidade familiar e para que esse programa não se restrinja a um caráter assistencialista e emergencial. Além disso, não há como promover o acesso à alimentação sem incidir sob o sistema produtivo, comercial e de disponibilização de alimentos. (MONTEIRO et al., 2014, p. 1350).

Trevisani, Burlandy e Jaime (2012) apresentam uma síntese da análise documental sobre legislações e principais documentos técnicos disponíveis nos *sites* do Governo Federal sobre o PBF e suas condicionalidades de saúde. A Lei nº 10.836/2004 cria o PBF como programa “destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades” e diz que “a concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades”. (BRASIL, 2014b). A potencialidade do monitoramento das condicionalidades no sentido de permitir “a identificação de vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços a que têm direito” é descrita pela Portaria GM/MDS nº 321/2008, que regulamenta a gestão das condicionalidades do programa e justifica a necessidade de o poder público proceder a essa ação adequadamente e de implementar ações voltadas ao acompanhamento das famílias em situação de descumprimento (BRASIL, 2008).

1.1.3 Análises e avaliações

Para Rasella (2013), os achados sobre o efeito do PBF nas variáveis socioeconômicas, similar aos obtidos em outro estudo com metodologia diferente, sugerem que este programa pode ser um dos fatores responsáveis para a melhoria das condições socioeconômicas e para a redução das desigualdades de renda na população brasileira. Mudanças em todas as demais variáveis indicaram uma melhoria das condições socioeconômicas e sanitárias da população. A contribuição do PBF para este processo tem sido demonstrada em alguns estudos recentes: crianças de famílias beneficiárias do PBF eram mais propensas a serem bem nutridas do que as de famílias não beneficiárias.

Uma explicação para o efeito do PBF sobre a sobrevivência da criança está associada às condicionalidades na saúde, as quais incluem visitas pré-natais, cuidados pós-natais e atividades educacionais de saúde e nutrição para as mães, bem como o respeito ao calendário de vacinação regular e de rotinas de *check-up* para crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos de idade. Os resultados desse estudo forneceram evidências de que uma abordagem multissetorial combinada a um sólido programa de transferência de renda e com uma atenção primária eficaz, capaz de atender às necessidades de saúde da população e às condicionalidades, podem fortemente reduzir a mortalidade na infância (RASELLA, 2013).

Apesar da expansão do PBF, há poucas avaliações sobre os avanços e os desafios a serem enfrentados, bem como os impactos nas condições de saúde e nutrição da população. Ainda que o acompanhamento do estado nutricional seja uma das condicionalidades para a manutenção do recebimento do benefício, quando se buscam estes dados, há uma grande dificuldade em obtê-los. Uma das dificuldades deste estudo é que o levantamento bibliográfico realizado apontou problemas em encontrar dados que demonstrem a eficiência e a eficácia do PBF. Mesmo nos municípios onde o SISVAN encontra-se informatizado com ligação direta com o SISVAN nacional, o cruzamento de dados com o PBF não ocorre. A dificuldade na obtenção de dados para a avaliação do estado nutricional, ao longo do tempo em que o indivíduo se beneficia ou beneficiou do PBF, é o maior obstáculo para as pesquisas (WOLF; BARROS FILHO, 2014).

O estudo de Oliveira et al. (2011, p. 3314) afirmou que “É evidente a influência dos fatores socioeconômicos dos pais, como a escolaridade, sobre a saúde dos filhos, gerando um ciclo de pobreza que se mantém por gerações”. Sob este ponto de vista, o PBF tem como pontos positivos a obrigatoriedade do cumprimento das exigências, visando quebrar este ciclo através da melhoria da educação e saúde das crianças e adolescentes, e a criação de programas complementares, visando à autonomia das famílias. É importante, então, ir além da evidência científica, além da mobilização e da participação popular, assim como é eficaz a atuação dos profissionais de saúde, que são os pilares de sustentação da solução das iniquidades. A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde avalia que os achados atuais sobre o impacto do PBF no estado nutricional infantil ainda são inconclusivos, embora o benefício tenha contribuído para a redução da desigualdade social brasileira e para a ampliação da variedade de alimentos consumidos pelas famílias beneficiárias.

Algumas avaliações a respeito dos Programas Brasileiros de Garantia de Renda Mínima (PGRM) apontam a vantagem da transferência monetária direta na diminuição dos custos administrativos do programa e na redução da incidência de fraudes e desvios de

recursos, além de permitir a liberdade de escolha dos produtos por parte dos beneficiários, quando comparada à clássica modalidade de distribuição do benefício *in natura*. Paralelamente, os PGRMs têm como proposta promover a articulação com outras políticas e programas sociais, criando a possibilidade de, em tese, romper com a fragmentação típica das políticas sociais brasileiras e facilitar a adoção de ações intersetoriais (SENNÁ et al., 2007).

Vaitsman, Andrade e Farias (2009) afirmam que, frente ao sucesso político do PBF, muitos municípios criaram programas próprios de transferência de renda, ou por meio de complementação dos valores do benefício de transferência de renda ou com atividades voltadas para os beneficiários dos programas federais.

1.1.4 Desafios

Indubitavelmente, a retomada da pobreza como questão social a ser enfrentada pelo poder público indica uma perspectiva mais promissora para a conformação dos direitos sociais. Portanto, são muitos os desafios que ainda se interpõem nessa direção, tendo em vista a magnitude e a complexidade da questão e a histórica fragilidade do Estado brasileiro em dar respostas eficazes e efetivas.

Senna et al. (2007) expõe sobre a focalização do programa, que considera, em um primeiro aspecto, o uso da renda monetária como critério único de seleção das famílias, o que é largamente criticado na literatura especializada. Somente a renda não é suficiente para qualificar a pobreza, fenômeno multifacetado que engloba outras dimensões de vulnerabilidade social, tais como: saúde, esperança de vida, educação, saneamento e acesso a bens e serviços públicos, que vão além da privação de bens materiais. Coloca-se como desafio o fortalecimento do diálogo entre essas áreas, visto que esse afastamento se reflete nos serviços de saúde por meio da dificuldade de integração entre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da atenção básica nos municípios.

Ademais, a definição arbitrária de um valor per capita muito baixo tende a impossibilitar a inclusão de famílias que, apesar de situadas em uma faixa de renda um pouco acima do valor definido, encontram-se também em situação de pobreza. Outro aspecto complicador refere-se à desvinculação deste corte ao salário mínimo ou a qualquer outro índice de reajuste deste valor, o que pode levar, a médio prazo, a tornar este critério cada vez mais restritivo. Vale dizer que nos programas de transferência de renda que antecederam o PBF, o corte de renda estava vinculado a frações do salário mínimo vigente. (SENNÁ et al., 2007, p. 88).

No campo da nutrição, diversas são as ações propostas pelo governo brasileiro para

organizar as ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Contudo, ainda permanecem inúmeros desafios para que essas ações sejam consolidadas de forma universal. Dentre esses, pode-se citar a necessidade de expansão e consolidação da Vigilância Alimentar e Nutricional na atenção básica como garantia de avaliação periódica do estado nutricional e consumo alimentar, com inserção dos dados no SISVAN. Assim como é difícil, também, a tarefa de acompanhar as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF, principalmente nos grandes centros (JAIME et al., 2011).

A adesão às condicionalidades é altamente dependente do acesso aos serviços. A imposição de condições não é eficaz se não for acompanhada por investimentos para garantir a prestação dos serviços que atendam a demanda. A qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde são a chave para alcançar as metas de saúde de qualquer programa de transferência condicional monetária. Portanto, a eficácia de programas como o PBF é diretamente proporcional à qualidade dos serviços disponíveis. Quando estas condições não existem, uma transferência de renda não gerará quaisquer resultados em termos de saúde/nutrição. (WOLF; BARROS FILHO, 2014, p. 1336).

É preciso aprimorar o monitoramento e a avaliação de programas, contemplando a estimativa dos processos, dos impactos e da eficiência das ações. A avaliação de políticas e programas tornou-se um compromisso muito além de um desafio, pois no Brasil a experiência sobre essas avaliações é ainda pouco significativa e sistemática, e não muito extensa. É necessário também um maior esforço em relação ao conhecimento do programa, principalmente por parte dos beneficiários, pois é um aspecto que dificulta a inserção das famílias em outros programas sociais, ou seja, faz-se necessário estabelecer e intensificar estratégias de comunicação entre os beneficiários, gestores locais e sociedade; repensar os compromissos das condicionalidades, inserindo a questão da segurança alimentar; a integração com políticas que possibilitem gerar oportunidades de emprego, de trabalho e renda, elementos necessários à real emancipação das famílias (TRALDI; ALMEIDA; FERRANTE, 2012).

Trevisani, Burlandy e Jaime (2012) alertam que nos documentos técnicos a participação da área da nutrição é fortemente presente nos conteúdos abordados. Em 2010, foi produzido um manual para os agentes comunitários de saúde com o título “Alimentação e Nutrição para famílias do Programa Bolsa Família”. Embora as condicionalidades englobem ações básicas de saúde, os documentos técnicos do Governo Federal não aprofundam a discussão sobre como os serviços de saúde podem reorganizar seus processos de trabalho de modo a garantir uma atenção integral para essas famílias e assim contribuir para a sua efetiva inclusão no SUS. Em função da priorização de fases do ciclo de vida de maior vulnerabilidade

aos riscos de adoecimento e morte, a abordagem familiar não é enfatizada nos documentos. Igualmente, as condicionalidades previstas no programa não são pensadas para toda a família, mas para gestantes e crianças. Isso é um limitante, por exemplo, para o enfrentamento da tendência de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, que requer uma abordagem integral à saúde da família.

Portanto, ao analisar o objetivo e as ações propostas como condicionalidades, fica claro que se trata de agenda comum tanto da área de nutrição quanto de outras áreas da saúde, sobretudo da atenção básica e das áreas técnicas de saúde da criança e da mulher. Coloca-se como desafio o fortalecimento do diálogo entre essas áreas, visto que esse afastamento se reflete nos serviços de saúde por meio da dificuldade de integração entre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da atenção básica nos municípios (TREVISAN; BURLANDY; JAIME, 2012).

1.1.5 Município de Sapucaia do Sul

O município de Sapucaia do Sul faz parte da Região Metropolitana de Porto Alegre, situa-se nos mercados produtores e consumidores de maior riqueza do Rio Grande do Sul, ligando-a aos importantes polos industriais de Gravataí e Cachoeirinha. A cidade conta com uma boa estrutura industrial e cultura operária, fatores que beneficiam a instalação de indústrias e de serviços (SAPUCAIA DO SUL, 2015). A população, dados do Censo IBGE (2010), é de 130.988 habitantes. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) é 0,726, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799 (ATLAS, 2015).

A rede municipal de saúde apresenta a seguinte estrutura, de acordo com os dados fornecidos pela prefeitura da cidade:

Tabela 1 – Estrutura de serviços públicos de saúde em Sapucaia do Sul.

Serviço de Saúde	Estrutura
Atenção Básica	19 (dezenove) equipes da Estratégia Saúde da Família e 5 (cinco) equipes Básicas de Saúde, distribuídas em 23 (vinte e três) Unidades de Saúde. Programa de Atenção Domiciliar (PAD) - Melhor em casa.
Atenção Secundária	CAPS - AD Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Outras Drogas, CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial, CLISAM - Clínica de Saúde da Mulher, Infectologia/SAE, SPA - Serviço de Pronto Atendimento (Postão) e Unidade Central de Especialidades - UCE.
Atenção Terciária	SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas	O Hospital Municipal Getúlio Vargas caracteriza-se por ser referência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nas áreas de Traumatologia-ortopedia, clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica, com capacidade instalada de 200 leitos, organizados em linhas de cuidado (Mãe/bebê e criança, Paciente Adulto e Saúde Mental).
Coordenação de Vigilância em Saúde	Abrange a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional.

Fonte: SAPUCAIA DO SUL, 2015.

Compete à Secretaria Municipal de Saúde do município:

- I - desenvolver políticas públicas municipais relativas à saúde;
- II - realizar ações para detecção dos problemas de saúde no município e propor as medidas para prevenção e solução dos mesmos;
- III - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde de competência do município;
- IV - gerenciar e coordenar as ações do Sistema Único de Saúde no município e a gestão do Fundo Municipal de Saúde;
- V - executar programa de ação preventiva, de educação sanitária e de vacinação;
- VI - administrar e supervisionar as unidades de saúde, sob responsabilidade do município;
- VII - encaminhar, quando necessário e cabível, pacientes para tratamento fora do município;
- VIII - desenvolver atividades de vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e imunobiológica para assegurar o cumprimento da legislação em vigor;
- IX - realizar a fiscalização dos prédios para fins de licenças sanitárias e habite-se a serem concedidos;
- X - negociar e desenvolver convênios com órgãos públicos e privados para implementar programas e projetos de desenvolvimento da atenção básica à saúde. (SAPUCAIA DO SUL, 2015).

O Programa Bolsa Família beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda mensal por pessoa de até R\$ 155. Os valores pagos pelo programa são a partir de R\$ 35,00, variando de acordo com o tamanho da família, da idade dos seus membros

e da sua renda. Em 2015, conforme *site* da Prefeitura de Sapucaia do Sul, mais de 800 beneficiários do Programa Bolsa Família participaram do encontro promovido pela prefeitura, através da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, que tem como objetivo informar e esclarecer dúvidas sobre as condições de permanência no programa federal. No encontro os secretários de Desenvolvimento Social, da Educação e da Saúde destacaram a importância de cumprir com os compromissos assumidos por parte das famílias, lembrando que esse cuidado favorecerá as famílias em longo prazo. Enfatizou-se que é prioridade para o Governo Municipal garantir a inclusão e justiça social aos sapucaenses carentes (SAPUCAIA DO SUL, 2015).

2 OBJETIVOS

A seguir são apresentados os objetivos da presente pesquisa.

2.1 Objetivo geral

Descrever as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) identificar as variações do número de famílias acompanhadas com perfil saúde durante o período de 2009-2013;
- b) descrever a evolução do número de crianças acompanhadas pelo PBF;
- c) identificar o percentual de crianças vacinadas e gestantes com pré-natal em dia atendidas pelo Programa Bolsa Família no município de Sapucaia do Sul;
- d) comparar as condicionalidades de saúde pelo PBF com os dados referentes ao município de Porto Alegre, ao Estado do Rio Grande do Sul e ao Brasil.

3 MÉTODOS

Para o alcance dos objetivos, será realizada uma pesquisa do tipo descritiva de abordagem quantitativa e retrospectiva. A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

Para melhor compreensão do tema estudado, foi realizado um levantamento bibliográfico que permitiu também ampliar e detalhar aspectos importantes sobre o programa a partir de outros textos. A abordagem temporal definida como retrospectiva deve-se ao fato de as informações serem avaliadas sobre os anos anteriores a 2013 até a base de 2009.

O tipo de pesquisa foi definido como quantitativa, pois ocorreu tratamento dos dados pela sumarização dos resultados. Thomas e Nelson (2002) esclarecem que a pesquisa quantitativa tende a centralizar-se na análise, enfatizando a dedução. Ragin, Reshmi e Gollin (2004) expõem que o investigador quantitativo pode observar uma forte relação estatística entre duas variáveis e conectar esta relação à teoria, mas ainda poderia desconhecer se os mecanismos que produzem tal relação estatística seriam os mesmos daqueles descritos na teoria (a teoria pode fornecer um modelo para que o investigador quantitativo descreva resultados estatísticos, mas os mecanismos-chave desta estrutura podem não ter sido observados diretamente).

Os dados investigados tratam de uma fonte secundária de domínio público e são utilizados para monitorar a qualidade da assistência prestada pelo programa. O enfoque dos resultados emitidos segue a linha da abordagem descritiva, que se reporta a avaliar a evolução dos fatos investigados.

Os dados referentes ao período estudado (2009-2013) estão disponíveis em bases de domínio público, como o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde, permitindo expandir e reconhecer aspectos relevantes sobre o PBF, especialmente às condicionalidades e seus efeitos sobre a saúde dos beneficiários.

O levantamento das informações junto à base de dados secundária ocorreu pelo acesso aos dados disponibilizados pelo Governo Federal através da geração do relatório de informações, que está vinculado ao Relatório de Informações Sociais, o qual faz parte do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O acesso aos dados ocorreu na

data de 01 de dezembro de 2014, entre 09 e 16 horas, no endereço eletrônico (http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp). A população alvo englobou informações referentes às famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo Programa Bolsa Família, no período de 2009 a 2013.

Tabela 2 – Condicionalidade de saúde x variáveis abordadas no estudo.

Condicionalidades de saúde	Variáveis*
Número de famílias acompanhadas	Quantidade de famílias com perfil saúde totalmente acompanhadas pelo município.
Número de famílias não acompanhadas	Quantidade de famílias com perfil saúde localizadas, mas não acompanhadas pelo município.
Número de crianças acompanhadas	Quantidade de crianças com perfil saúde acompanhadas pelo município.
Número de crianças com vacinação em dia	Quantidade de crianças com perfil saúde com vacinação em dia.
Número de gestantes	Quantidade estimada de gestantes no município.
Número de gestantes com pré-natal em dia	Quantidade de gestantes com pré-natal em dia.

*A natureza das variáveis é quantitativa discreta.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Foram analisados os dados nacionais do PBF disponibilizados para realizar o comparativo entre o município e os desafios que enfrenta. Os valores obtidos na coleta de dados foram avaliados utilizando-se estatística descritiva, através da distribuição absoluta (n) e relativa (%) para o número absoluto de casos ao longo de cada período de investigação. As análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.6.

Para a consecução do estudo foram utilizados apenas dados secundários e informações disponíveis em bases de dados de acesso público. Assim, entrevistas ou questionários não foram utilizados, o que dispensa encaminhamentos e aprovações por Comitês de Ética em Pesquisa, segundo Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos os resultados da análise estatística sob a abordagem quantitativa dos dados relativos ao Programa Bolsa Família no município de Sapucaia do Sul dos anos de 2009 a 2013.

4.1 Dados de Sapucaia do Sul

Em 2013 o município contava com um total de 3.431 famílias no perfil saúde, sendo que 2.373 (69,2%) famílias não foram acompanhadas, restando 1.058 (30,1%) famílias totalmente acompanhadas.

Tabela 3 – Distribuição relativa para o número de famílias totalmente acompanhadas, famílias não acompanhadas, cobertura pactuada (meta) e déficit de famílias que deveriam ter sido acompanhadas, mas não foram, no perfil saúde em Sapucaia do Sul.

<u>Dados Sapucaia do Sul</u>	<u>% de famílias</u>
Famílias totalmente acompanhadas	30,1
Famílias não acompanhadas	69,2
Déficit de acompanhamento	3,9
Cobertura pactuada	34,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

O mais inquietante no cenário do município foi verificar o déficit no acompanhamento, que foi de 3,9%. A Tabela 4, a seguir, apresenta a meta pactuada para o ano de 2013, de 34%, acessado pelo SISFACTO (Sistema de Pactuação). Com relação ao percentual de famílias não acompanhadas (69,2%), das 3.431 famílias no perfil Saúde, 2.373 não foram acompanhadas, número expressivo este que nos remete a inúmeras interpretações (BRASIL, 2014e).

No Estado do RS, que apresenta meta pactuada de no mínimo 70%, e no Brasil, que é de 73%, constatou-se uma discrepância na meta estipulada pelo município de Sapucaia. Sabe-se que o Governo Federal estipulou o mínimo de 20% para os municípios atingirem e receberem recursos do PBF. Conforme o Relatório de Condicionalidades do Programa Bolsa Família (1º semestre de 2010), o número de municípios com menos de 20% de acompanhamento vem caindo sistematicamente e de forma significativa de um período para o outro.

Tabela 4 – Metas pactuadas e atingidas pelo município de Sapucaia do Sul nos anos avaliados.

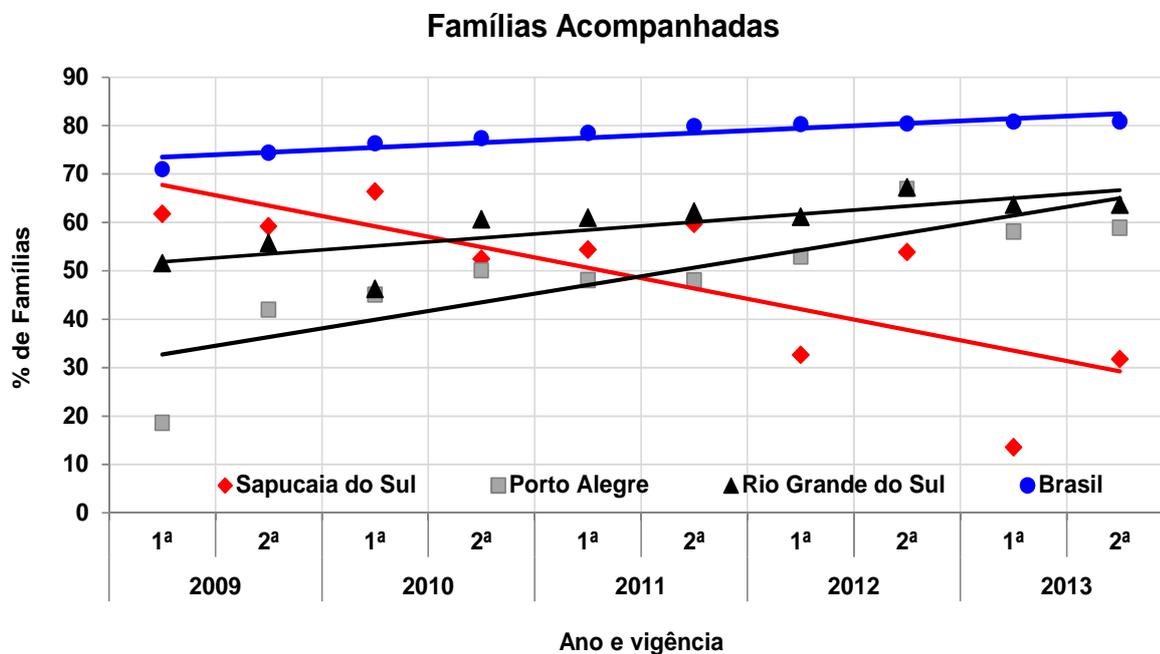
ANO	METAS ATINGIDAS %	META PACTUADA
2009	40,81	30%
2010	34,45	
2011	43,64	
2012	34,91	
2013	31,71	34%

Fonte: BRASIL, 2014a.

4.2 Evolução 2009 - 2013

Avaliando os dados relativos ao percentual de famílias acompanhadas no município de Sapucaia do Sul, obtido através da razão número de famílias acompanhadas sobre o total de famílias com perfil saúde, verificou-se que houve uma redução neste acompanhamento do ano de 2009 em comparação a 2013.

Gráfico 1 – Distribuição relativa para as famílias acompanhadas nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dados apontaram uma redução na proporção do número de famílias, passando de 61,7% (n=1015) em 2009 - 1ª vigência, para 31,7% (n=1058) em 2013 - 1ª vigência. Embora os números absolutos demonstrem uma elevação do número de famílias acompanhadas, observa-se uma redução na proporção dos acompanhamentos, conforme consta na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa para as famílias acompanhadas nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.

Ano e vigência		Famílias acompanhadas							
		Sapucaia do Sul		Porto Alegre		Rio Grande do Sul		Brasil	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2009	1ª	1015	61,7	5009	18,6	178842	51,5	6112420	71,0
	2ª	992	59,1	12888	42,0	192462	55,7	6332142	74,4
2010	1ª	1245	66,3	11273	45,1	205034	46,2	6764771	76,3
	2ª	1098	52,4	14361	50,1	225327	60,6	7252892	77,4
2011	1ª	1137	54,3	13669	48,1	217427	60,9	7350609	78,5
	2ª	1169	59,6	12270	48,0	199195	62,2	7242590	79,9
2012	1ª	642	32,6	16392	52,9	204943	61,1	7507885	80,3
	2ª	1161	53,8	23320	66,9	255401	67,2	7824877	80,5
2013	1ª	140	13,5	20547	58,1	236615	63,6	8678198	80,8
	2ª	1058	31,7	22113	58,9	234603	63,6	8688807	80,8

* Percentuais obtidos com base no total de famílias perfil saúde.

Fonte: BRASIL, 2014e.

Na Tabela 5, mostrou-se o número total de famílias acompanhadas conforme o ano e a vigência (1ª e 2ª vigência do ano referido), assim como o local. Apresentou-se o *n*, que corresponde ao total de famílias com perfil saúde, ou seja, o percentual obtido corresponde ao número total de famílias acompanhadas dividido pelo total de famílias com perfil saúde.

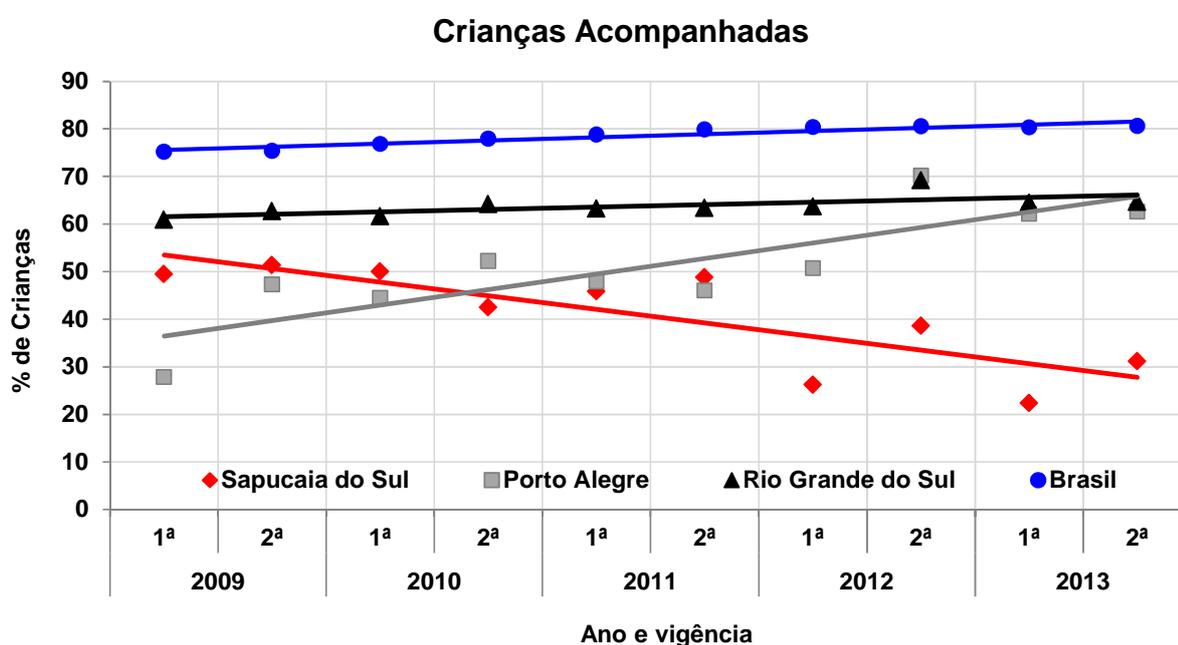
4.3 Condicionais

As variáveis a seguir apresentam os compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias na população alvo estudada.

4.3.1 Condicionais - crianças

Em relação às crianças acompanhadas, observou-se que em Sapucaia do Sul ocorreu uma redução no percentual de cobertura de 49,5% (n=833) em 2009 - 1ª vigência - para 31,2% (n=849) em 2013 - 2ª vigência. Embora tenha ocorrido um aumento do número de crianças do perfil saúde (2009 - 1ª vigência: 96.909 vs. 2013 - 2ª vigência: 221.927), houve uma redução de 17,4% no número de crianças acompanhadas.

Gráfico 2 – Distribuição relativa para as crianças acompanhadas nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Situação diferente ocorreu na evolução dos dados de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul, onde ambos caracterizaram-se pelo aumento tanto do número quanto da proporção de crianças acompanhadas, conforme segue apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa para as crianças acompanhadas, cobertura e vacinação em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.

Ano e vigência	Crianças																
	Sapucaia do Sul				Porto Alegre				Rio Grande do Sul				Brasil				
	Acompanhadas	% Cobertura*	Vacinação em dia		Acompanhadas	% Cobertura*	Vacinação em dia		Acompanhadas	% Cobertura*	Vacinação em dia		Acompanhadas	% Cobertura*	Vacinação em dia		
			n	%**			n	%**			n	%**			n	%**	
2009	1ª	833	49,5	833	100	2751	27,8	2742	99,7	96909	60,9	96547	99,6	3212740	75,2	3180889	99,0
	2ª	873	51,4	872	99,9	6149	47,3	6059	98,5	104747	62,7	104193	99,5	3348644	75,4	3184889	95,1
2010	1ª	993	50,0	993	100	5886	44,5	5851	99,4	121996	61,6	121304	99,4	3894041	76,9	3858957	99,1
	2ª	955	42,5	955	100	8699	52,2	8613	99	134776	64,2	134192	99,6	4258983	77,9	4224691	99,2
2011	1ª	990	45,9	894	90,3	8249	47,9	8187	99,2	128441	63,3	127739	99,5	4243281	78,8	4203539	99,1
	2ª	838	48,8	838	100	6898	46,0	6843	99,2	111092	63,4	110250	99,2	4248665	79,9	4103917	96,6
2012	1ª	506	26,2	506	100	9813	50,7	9685	98,7	119206	63,7	118518	99,4	4151565	80,3	4105388	98,9
	2ª	913	38,6	913	100	16822	70,2	16614	98,8	158188	69,2	157071	99,3	4854123	80,5	4755492	98,0
2013	1ª	518	22,4	518	100	15842	62,1	15360	97,0	145555	64,5	144257	99,1	5209375	80,3	5162200	99,1
	2ª	849	31,2	847	99,8	16689	62,6	16398	98,3	143512	64,7	143352	99,9	5102092	80,6	5033772	98,7

* Percentuais obtidos com base no total de crianças perfil saúde.

** Percentuais obtidos com base no total de crianças acompanhadas.

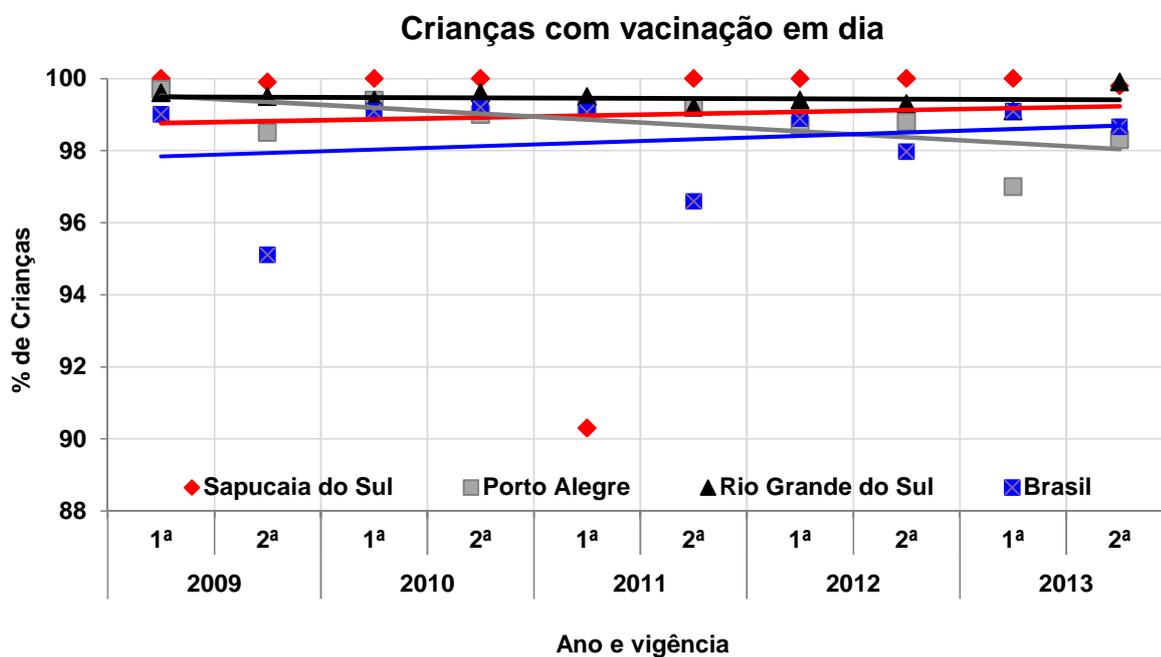
Fonte: BRASIL, 2014e.

Analisando os dados referentes à evolução das crianças acompanhadas pelo PBF, observou-se que em Sapucaia do Sul ocorreu uma redução no percentual de cobertura de 2009 para 2013, ou seja, embora tenha ocorrido um aumento do número de crianças do perfil saúde, houve uma redução no número de crianças acompanhadas. Diferente ocorreu na evolução dos dados de Porto Alegre, RS, e em nível de Brasil, onde ambos caracterizaram-se pelo aumento do número de crianças acompanhadas.

No que se refere à proporção de crianças com vacinação em dia (tomando com base o total de crianças acompanhadas), o município de Sapucaia do Sul apresentou o máximo de 100% e o mínimo de 90,3% (n=894) em 2011. Quando estes dados foram avaliados em Porto Alegre, a vacinação em dia foi de 98,3% (2013 - 2ª vigência) ao máximo de 99,7% (2009 - 1ª vigência), enquanto que para o Estado do Rio Grande do Sul, a cobertura mínima foi de 99,1% (2013 - 1ª vigência) ao máximo de 99,9% (2013 - 2ª vigência). Nos dados relativos ao Brasil, a menor cobertura ocorreu no ano de 2009 - 1ª vigência (95,1%) em 2010 - 2ª vigência (99,2%).

No Gráfico 3 foi possível verificar a mínima diferença para cada ano de avaliação entre as proporções de crianças com vacinação em dia.

Gráfico 3 – Distribuição relativa para as crianças acompanhadas com vacinação em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor.

É positivo o achado de que a proporção de crianças com vacinação em dia apresentou-se adequada para o município comparado aos níveis de Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul e Brasil. O alto índice de vacinação é percebido a nível nacional por frequentemente atingir boa cobertura.

4.3.2 Condicionais - gestantes

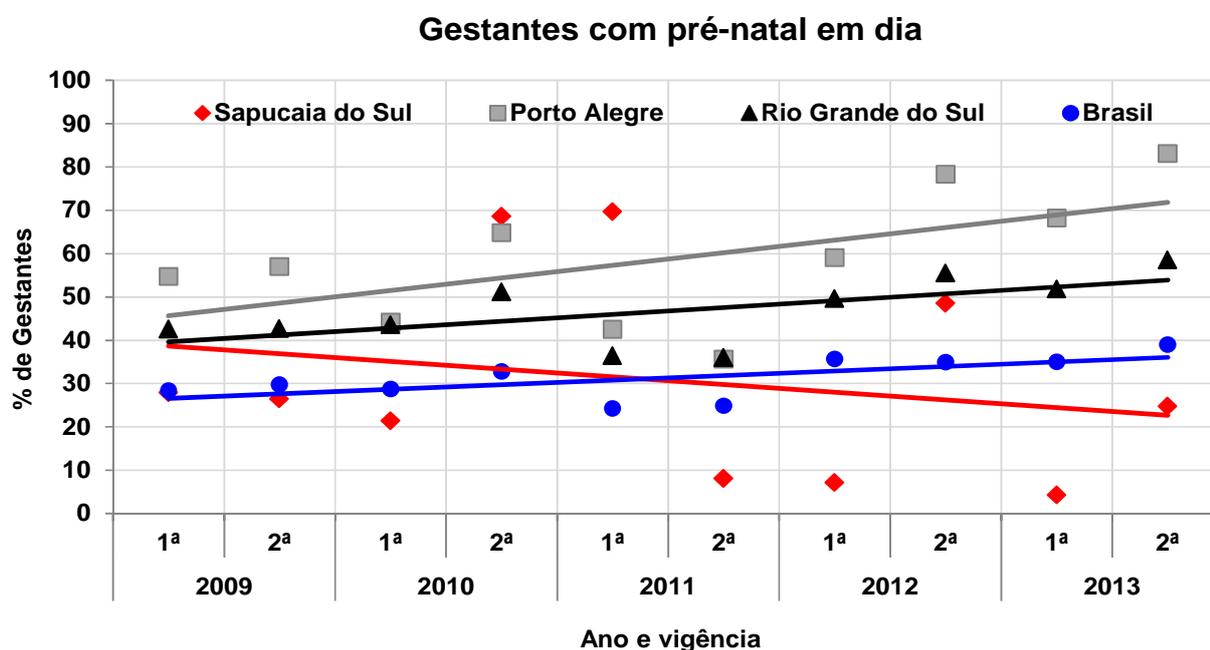
No que se refere às informações das gestantes, em Sapucaia do Sul observou-se um aumento na estimativa do número de gestantes, onde, em 2009, eram 68 mulheres e, em 2013, passou para 117, ou seja, um aumento de 72,1%. Este perfil também se mostrou presente no município de Porto Alegre, com aumento de 161,7% (2009: 439 vs. 2013: 1149), assim como no Estado do Rio Grande do Sul, com um aumento de 37,4% (2009: 10.103 vs. 2013: 13.942).

Sobre a condição das consultas de pré-natal em dia, em Sapucaia do Sul as estimativas oscilaram de 7,1% (2012 - 1ª vigência) até o máximo de 69,7% (2011 - 2ª vigência). No entanto, na evolução de 2009 a 2013, a proporção de gestantes com pré-natal em dia pode-se dizer que se manteve constante, variando de 27,9% (n=19) em 2009 - 1ª vigência - até 24,8% (n=29) em 2013 - 2ª vigência. Quando os dados de Sapucaia do Sul foram comparados à

evolução de Porto Alegre em relação à proporção de gestantes com pré-natal em dia, verificou-se que, neste último município, tais percentuais mostraram-se mais elevados quando comparados a Sapucaia do Sul.

Desta forma, os dados sugerem que em Sapucaia do Sul o percentual de gestantes com pré-natal em dia mostrou-se estagnado de 2009 para 2013, ao contrário do que se observou sobre os dados de Porto Alegre, do Estado do RS e do Brasil.

Gráfico 4 – Distribuição relativa para as gestantes com pré-natal em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil nos anos de 2009 a 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa para as gestantes e casos de pré-natal em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.

Ano e vigência		Gestantes											
		Sapucaia do Sul			Porto Alegre			Rio Grande do Sul			Brasil		
		Estimativa total	Pré-natal em dia		Estimativa total	Pré-natal em dia		Estimativa total	Pré-natal em dia		Estimativa total	Pré-natal em dia	
			n	%*		n	%*		n	%*		n	%*
2009	1ª	68	19	27,9	803	439	54,7	10103	4302	42,6	338171	96020	28,4
	2ª	68	18	26,5	803	458	57,0	10123	4326	42,7	338171	100421	29,7
2010	1ª	70	15	21,4	785	346	44,1	10076	4394	43,6	349610	100284	28,7
	2ª	70	48	68,6	785	509	64,8	10076	5155	51,2	349562	114542	32,8
2011	1ª	99	69	69,7	1192	507	42,5	12724	4632	36,4	466551	113061	24,2
	2ª	99	8	8,1	1192	424	35,6	12724	4580	36,0	466476	115825	24,8
2012	1ª	99	7	7,1	1192	704	59,1	12724	6309	49,6	466417	166397	35,7
	2ª	99	48	48,5	1192	933	78,3	12724	7062	55,5	485163	169558	34,9
2013	1ª	117	5	4,3	1382	942	68,2	13942	7232	51,9	500144	174947	35,0
	2ª	117	29	24,8	1382	1149	83,1	13942	8159	58,5	503377	196333	39,0

*Percentual obtido com base no total da estimativa de gestantes.

Fonte: BRASIL, 2014e.

5 DISCUSSÃO

O trabalho apresentado buscou e revisou os dados do PBF referentes ao município de Sapucaia do Sul (RS), de 2009 a 2013. Sabe-se que o processo de manutenção da pobreza no país é, em grande parte, fruto das desigualdades na distribuição dos rendimentos, o que torna a proposta de transferência de renda apropriada, pelo menos para minimizar suas consequências (SENNA et al., 2007).

Os programas de TRC, como o PBF, visam o acompanhamento das famílias como condição para receber o benefício. A efetividade das condicionalidades de saúde está relacionada à oferta e qualidade dos serviços prestados pelos municípios. Em Sapucaia do Sul, a variação do número de famílias acompanhadas com perfil saúde no período de 2009 a 2013 foi decrescente, ainda que os números demonstrem uma elevação na quantidade de beneficiários. Diferente de Porto Alegre e dos números para o RS e Brasil, onde, ao contrário, aumentou o número de famílias acompanhadas.

As pesquisas em geral mostram que as condicionalidades de saúde apresentam crescimento tanto no acompanhamento quanto em resultados de saúde para a população. No artigo de Jaime et al. (2011), os autores descreveram a experiência do governo brasileiro na organização das ações de alimentação e nutrição ao que cabe à atenção básica. Foi reconhecida a importância dessas ações propostas para a atenção básica no Brasil, configurando-se como desafio a consolidação, expansão e universalização das mesmas. Dentre esses desafios, pode-se citar a necessidade de expansão e consolidação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na atenção básica como garantia de avaliação periódica do estado nutricional e consumo alimentar, com inserção dos dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A intersetorialidade é uma das vertentes das ações de alimentação e nutrição na atenção básica, tanto com atendimento às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família quanto com a integração das ações dos diferentes setores (saúde, educação, assistência social e trabalho) no território.

Trevisani, Burlandy e Jaime (2012) explicitaram que foi a CGPAN que idealizou o desenho do PBA e depois, pela estruturação desenvolvida para o acompanhamento desse programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF. Esse processo conferiu liderança da área dentro do Ministério da Saúde no processo de TRC e, ao analisar o objetivo e as ações propostas como condicionalidades, fica claro que se trata de agenda comum da área de nutrição e outras áreas da saúde, sobretudo da atenção básica e das áreas técnicas de saúde da criança e da mulher. Reconheceu como desafio a necessidade

do fortalecimento do diálogo entre essas áreas, visto que esse afastamento se reflete nos serviços de saúde por meio da dificuldade de integração entre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da atenção básica nos municípios.

As famílias beneficiárias do PBF devem ser assistidas por uma equipe da Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre o seu papel no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família e que deixe a família ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição. O MDS disponibiliza à CGPAN/MS arquivo com informações do Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚNICO) contendo a lista das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, ou seja, famílias com crianças menores de sete anos e com prováveis gestantes (mulheres entre 14 e 44 anos). O arquivo é importado para a base do Sistema Bolsa Família na Saúde. Essas informações são disponibilizadas para as Secretarias Municipais de Saúde, no Mapa Diário de Acompanhamento e em relatórios para que essas famílias tenham seu acompanhamento realizado e registrado.

São poucos os estudos que abordam as condicionalidades de saúde dos municípios como um todo. No estudo de Wolf e Barros Filho (2014), os autores comentam que apesar da expansão do PBF ainda são poucas as avaliações que aquilatam os avanços e os desafios a serem enfrentados, bem como os impactos nas condições de saúde e nutrição da população. Ainda que o acompanhamento da saúde seja uma das condicionalidades para a manutenção do recebimento do benefício, quando se buscam estes dados há uma grande dificuldade em obtê-los. Mesmo nos municípios onde o SISVAN, por exemplo, encontra-se informatizado com ligação direta com o SISVAN nacional, o cruzamento de dados com o PBF não ocorre. A dificuldade na obtenção de dados é o maior obstáculo para as pesquisas, sendo um desafio.

A literatura comprova, no estudo de Castro et al. (2009), que as repetidas notícias sobre fraudes na inclusão de pessoas fora dos critérios confirmariam uma impressão, também do senso comum, de que as pessoas encontrarão meios de fraudar o programa para desviar os recursos. Os dados dissonantes são os que tratam da perspectiva de fraudes, seja no campo da gestão do programa nos municípios, seja no comportamento dos beneficiários. De todos os lados haveria fraudes e estratégias de burla das regras, traço dominante na sociedade brasileira: mesmo sem evidências empíricas, os comportamentos antiéticos inexoravelmente fariam parte do caráter dos brasileiros. Salientando que o ciclo supervisão - avaliação - aprimoramentos deve fazer parte da implementação das políticas públicas e que uma iniciativa da envergadura do Programa Bolsa Família certamente conterà problemas

pendentes, ainda que se trate de uma política que conta com a aprovação da sociedade brasileira. O autor questiona sobre os resultados de políticas públicas com distribuição direta de renda no longo prazo, se permitem a ruptura com o ciclo vicioso da pobreza, e a saída permanente dos beneficiários dessa situação, ou se constituem apenas um paliativo de curto prazo. A resposta a essa pergunta somente poderá ser dada à medida que mais estudos forem feitos, e é um grande desafio para a pesquisa acadêmica.

Por fim, a ampla discussão de Trevisani, Burlandy e Jaime (2012) salientou que mesmo após a Constituição de 1988, a construção do Sistema Único de Saúde e as propostas da Reforma Sanitária de um sistema universal, na prática, esse acesso universal ainda é um desafio. A desigualdade e a fragmentação no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde e as diferenças de condições de vida que levam a iniquidades no perfil de saúde da população estão implicadas no quadro de pobreza atual. Esse quadro justifica a inclusão em programas de combate à pobreza de condicionalidades relacionadas à saúde como forma de “assegurar o acesso dos beneficiários” à política de saúde, que, por princípio, é universal. Outro ponto importante e polêmico é que as condicionalidades apresentam-se como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos, mas que esse desenho foi concebido à luz da visão neoliberal, que propõe intervenções focalizadas e compensatórias das desigualdades geradas pelo próprio modelo, e implicaria no deslocamento no âmbito das políticas sociais da noção universalizada do direito. As autoras citam que houve resistência no setor saúde no processo de implementação das condicionalidades, que parece ter ocorrido no campo mais conceitual do que no técnico. No entanto, mecanismos de *policy feedback* parecem ter atuado na manutenção dessas contrapartidas.

Nesse sentido, Senna et al. (2007) já se referiam, em seu estudo, à dificuldade de estarmos diante de uma situação em que se questionam as condições e a capacidade mesma dos municípios de ofertarem o que de mais básico está previsto no elenco de direitos sociais, isto é, as ações básicas de saúde e educação. Todavia, são muitos os desafios que ainda se interpõem nessa direção, tendo em vista a magnitude e complexidade da questão social e a histórica fragilidade do Estado brasileiro em dar respostas eficazes e efetivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condicionalidades de saúde do PBF são um importante meio de assegurar e garantir atenção básica aos beneficiários, daí percebe-se a importância de os municípios priorizarem esses serviços. Através deste estudo, foi possível reconhecer, no que diz respeito às condicionalidades de saúde, no período avaliado, que muitos avanços ainda deverão fazer parte da agenda governamental na área da saúde no município de Sapucaia do Sul.

Conforme o objetivo específico (a), constatou-se que o município apresentou inúmeras variações no número de famílias acompanhadas e principalmente na cobertura de acompanhamento, durante o período avaliado, no qual a principal delas foi a queda de 61,7% em 2009 para 31,7% em 2013. No que diz respeito ao objetivo (b), essa queda também ocorreu na evolução de crianças acompanhadas, em comparação à cidade de Porto Alegre, ao RS e ao Brasil que, ao contrário, aumentaram sua proporção. A redução no percentual de cobertura passou de 49,5% em 2009 para 31,2% em 2013.

Quanto ao objetivo (c), identificou-se que, apesar dessa queda nos acompanhamentos, o percentual de vacinação obteve-se satisfatório, visto que a meta para Porto Alegre, RS e Brasil também atingiu níveis elevados. Outro dado importante avaliado, que se referiu às gestantes com pré-natal em dia, oscilou bastante, chegando a níveis bem baixos de acompanhamento, ao que remete várias interpretações e suposições, mas a principal delas é a ineficiência no acompanhamento mínimo preconizado. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família consiste em importante estratégia de focalização das ações para a parcela mais vulnerável da população, assegurando o exercício do princípio da equidade no SUS. Pesquisas revelam contribuições da agenda de saúde do Programa Bolsa Família nas condições de saúde dos beneficiários, como a redução da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, especialmente as mortes decorrentes de doenças relacionadas à pobreza.

Em relação ao objetivo (d), os dados apresentados neste trabalho, apesar de mostrar o baixo avanço do município de Sapucaia do Sul, demonstram que Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil obtiveram avanços consideráveis no que diz respeito ao aumento no número de famílias acompanhadas e ao alcance da meta pactuada (73%). Verificou-se que ainda existem importantes desafios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde no âmbito do SUS. Os instrumentos de pactuação do SUS, como o COAP e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) reforçam o alcance das metas pactuadas, impulsionam o acompanhamento da agenda de saúde do PBF e incentivam os

municípios para o fortalecimento e a qualificação das ações e dos processos de trabalho das equipes de saúde voltados para o acompanhamento das condicionalidades, o que reafirmam os compromissos do setor da saúde com a eliminação da pobreza.

Contemplando o objetivo geral deste estudo, as descrições acerca das condicionalidades do PBF no município serviram como um verdadeiro *check-up* situacional, pois, apesar de aumentar o número das famílias beneficiárias do PBF, os acompanhamentos no município diminuíram. A qualificação e melhoria da atenção básica colaborariam para o sucesso deste programa juntamente com a adoção de estratégias de gestão, garantindo o acesso aos serviços de saúde pelos beneficiários e subsidiando mais ações voltadas para a promoção e assistência à saúde, em nível individual e coletivo.

Por fim, conclui-se que, mesmo que a prática de avaliação de políticas públicas no Brasil seja recente, a formulação e implementação de políticas públicas baseadas em evidências científicas de qualidade podem assegurar que a tomada de decisões seja a mais correta, porém trata-se de um desafio para que sejam traduzidas em medidas efetivas para melhora da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sapucaia-do-sul_rs>. Acesso em: 19 mar. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 19 fev. 2014a.

_____. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm>. Acesso em: 19 fev. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos de Gestão Interfederativa. **SISPACTO**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/download.jsf?faces-redirect=true>>. Acesso em: 19 fev. 2014c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 2 mar. 2014d.

_____. _____. **SAS/DAB - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp>. Acesso em: 19 fev. 2014e.

_____. _____. **Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/sistemas/saude>>. Acesso em: 19 fev. 2014f.

_____. _____. **Sete anos do Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/artigos/sete-anos-do-bolsa-familia>>. Acesso em: 19 fev. 2014g.

_____. _____. Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 abr. 2006. Seção 1, p. 146.

_____. _____. Portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 set. 2008. Seção 1, p. 100.

CASTRO, Henrique C. O. et al. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 15, n. 2, p. 333-355, nov. 2009.

ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. **Revista de**

Administração Pública, Rio de Janeiro, vol. 42, n. 3, p. 625-641, maio/jun. 2008.

GERHARDT, T. E. (Org.); SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de Pesquisas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120p.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, vol. 24, n. 6, p. 809-824, nov./dez. 2011.

MONTEIRO, F. et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 5, p. 1347-1357, maio 2014.

OLIVEIRA, F. C. C. et al. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 7, p. 3307-3316, jul. 2011.

RAGIN, C. C., RESHMI, S. C., GOLLIN, S. M. Mapping and analysis of HPV16 integration sites in a head and neck cancer cell line. **International Journal of Cancer**, Heidelberg, v. 110, 6. ed., p. 701-709, 10 jul. 2004.

RASELLA, D. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. 2013. 92 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12835/1/Tese.%20Davide%20Rasella.%202013.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2014.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. **Perfil**. Disponível em: <<http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/perfil/>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

SENNA, M. C. M. et al. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Revista Katálysis**, Florianópolis, vol. 10, n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2007.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

TRALDI, D. R. C.; ALMEIDA, L. M. M. C.; FERRANTE, V. L. S. B. Repercussões do Programa Bolsa Família no município de Araraquara, SP: um olhar sobre a segurança alimentar e nutricional dos beneficiários. **Interações**, Campo Grande, vol. 13, n. 1, p. 23-37, jan./jun. 2012.

TREVISANI, J. J. D.; BURLANDY, L.; JAIME, P. C. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 21, n. 2, p. 492-509, apr./jun. 2012.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 731-741, maio/jun. 2009.

WOLF, M. R.; BARROS FILHO, A. A. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil – uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 5, p. 1331-1338, maio 2014.