

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA - UAB**

Adagir Antonio Pellegrini

**O CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE NO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DOUTOR RICARDO (RS), 2013-2016**

**Porto Alegre
2019**

Adagir Antonio Pellegrini

**O CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE NO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DOUTOR RICARDO (RS), 2013-2016**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador(a): Prof.^o Dr. Guilherme Dornelas Câmara

Tutor: Prof. Ms. Paulo Rodrigues Cerqueira

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala
Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Pellegrini, Adagir Antonio

O Cumprimento das Condicionais de Saúde no Programa Bolsa Família no Município de Doutor Ricardo (RS), 2013-2016/ Adagir Antonio Pellegrini – 2019.

52 f.:il.

Orientador(a): Guilherme Dornelas Camara; Coorientador(a): Paulo Rodrigues Cerqueira.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1.ABNT. 2. Monografia. 3.Gestão Pública. I. Camara, Guilherme Dornelas e. II. Cerqueira, Paulo Rodrigues e III. Título

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Adagir Antonio Pellegrini

**O CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE NO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DOUTOR RICARDO (RS), 2013-2016**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovada em: 29 de maio de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Christine da Silva Schröder

Examinador(a): Lucas Casagrande

Orientador(a): Guilherme Dornelas Câmara

Coorientador(a): Paulo Rodrigues Cerqueira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por acreditar em mim e nunca me abandonar.

A minha família, amor incondicional, meu pilar de sustentação, e compreensão na realização deste sonho.

Ao meu Pai, Nédio Angelo Pellegrini (*in memoriam*), mesmo não estando fisicamente presente, certamente me aplaude por esta conquista.

A UFRGS, por me proporcionar essa oportunidade, que objetiva meu aperfeiçoamento profissional

Ao orientador professor Guilherme Dornelas Câmara e ao tutor Paulo Rodrigues Cerqueira, pela dedicação e compreensão, a eles meu reconhecimento e gratidão.

Aos amigos, que ao longo da caminhada de dois anos de curso, me auxiliaram, mesmo que espiritualmente nesse processo, sinceros agradecimentos.

RESUMO

O presente estudo aborda o cumprimento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família no Município de Doutor Ricardo (RS) nos anos de 2013 a 2016, nas famílias beneficiárias, considerando as duas vigências anuais. O PBF é um programa de transferência de renda condicionado ao cumprimento de condicionalidades nas áreas da assistência social, educação e saúde, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, atualmente, é a principal estratégia governamental no combate à pobreza e à fome. A metodologia consistiu na pesquisa do tipo exploratória com dados secundários, descritiva de abordagem quantitativa e retrospectiva, através do levantamento de dados acerca do acompanhamento das condicionalidades na área da saúde do Programa. As bases de dados foram obtidas no sítio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através dos relatórios consolidados, e o público alvo foram as famílias beneficiárias do PBF. Este trabalho torna-se relevante na medida em que contribuirá para que os gestores identifiquem não somente os avanços, mas as dificuldades que ainda são encontradas na gestão do cumprimento das condicionalidades de saúde. Dentre os principais resultados destacam-se a diminuição do índice de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde no Município de Doutor Ricardo, nos anos de 2013-2016, a principal causa, é a ineficiência no acompanhamento mínimo recomendado, na gestão do Programa.

Palavras-chave: Bolsa Família. Pobreza. Condicionalidades. Saúde.

ABSTRACT

The present study addresses the fulfillment of health conditionalities in the Family Grant Program in the Municipality of Doutor Ricardo (RS) from 2013 to 2016, in the beneficiary families, considering the two annual periods. The PBF is a program of income transfer conditioned to the fulfillment of conditionalities in the areas of social assistance, education and health, directed to families in situation of poverty and of extreme poverty in the whole Country, is currently the main governmental strategy in the fight against poverty and hunger. The methodology consisted of exploratory research with secondary data, descriptive of a quantitative and retrospective approach, through the collection of data about the monitoring of conditionalities in the health area of the Program. The databases were obtained from the website of the Ministry of Social Development and Fight against Hunger (MDS), and the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), through the consolidated reports, and the target audience were the beneficiary families of the PBF. This work becomes relevant in that it will help managers to identify not only the advances but also the difficulties that are still encountered in the management of compliance with health conditionalities. Among the main results, it is worth mentioning the decrease in the follow-up index of the beneficiary families of the PBF with health profile in the Municipality of Doctor Ricardo, in the years 2013-2016, the main cause is the inefficiency in the recommended minimum follow-up in the management of the Program.

Keywords: Family Grant Program. Poverty. Conditionalities. Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de Benefícios do PBF.....	20
Quadro 2 – Condicionalidade de saúde x variáveis abordadas no estudo.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição relativa para as famílias acompanhadas no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil nos anos de 2013 a 2016.....	34
Gráfico 2 – Distribuição relativa para as crianças acompanhadas no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil, nos anos de 2013 a 2016.....	36
Gráfico 3 - Distribuição relativa para as crianças acompanhadas com vacinação em dia no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil nos anos de 2013 a 2016.....	37
Gráfico 4 - Distribuição relativa para as gestantes com pré-natal em dia no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil, nos anos de 2013-2016.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Famílias acompanhadas, não acompanhadas e déficit/superávit de cobertura pactuada nos anos avaliados.....	33
Tabela 2 – Metas pactuadas e atingidas pelo Município de Doutor Ricardo nos anos avaliados.....	34
Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa para as famílias acompanhadas no Município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil.....	35
Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa para as crianças acompanhadas, cobertura e vacinação em dia no município de Doutor Ricardo, RS e Brasil.....	36
Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa para as gestantes e pré-natal em dia no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BR	Brasil
CADÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CEF	Caixa Econômica Federal
CGU	Controladoria Geral da União
ESF	Estratégia de 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 a Fome
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PBF	Programa Bolsa Família
PNAD	Programa Nacional por Amostragem Domiciliar
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SISPACTO	Sistema de Pactuação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Transferência Condicional de Renda
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O COMBATE À POBREZA NO BRASIL A PARTIR DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	17
1.1 O CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	20
2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	25
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 AS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DOUTOR RICARDO (RS)	30
5 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	32
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	34
6.1 DADOS DE DOUTOR RICARDO.....	34
6.2 EVOLUÇÃO 2013-2016	35
6.3 CONDICIONALIDADES	36
6.3.1 Condicionalidades – crianças	36
6.3.2 Condicionalidades – gestantes.....	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	48

INTRODUÇÃO

No decorrer do Século XX, os entendimentos acerca da pobreza tomaram como referência: sobrevivência, necessidades básicas e privação relativa. Essas referências foram essenciais para as delimitações das linhas de pobreza: pobreza absoluta e relativa.

A pobreza absoluta refere-se diretamente as condições de sobrevivência física, mais especificamente a carência ou insuficiência no atendimento às necessidades básicas: alimentação, vestuário, transporte, habitação, etc. Assim sendo, pobres são aqueles indivíduos com renda insuficiente para o provimento de necessidades mínimas numa determinada sociedade (ROCHA, 2003).

O conceito de pobreza absoluta é o mais utilizado no Brasil, a taxa de pobreza absoluta representa o percentual da população com renda familiar abaixo do nível absoluto denominado linha de pobreza.

Ainda, segundo Rocha (2003, p. 56) “ser pobre significa não dispor dos meios para operar adequadamente no grupo social em que se vive”.

O Programa Bolsa Família é o principal programa de Transferência Condicional de Renda, criado em 2003, e que tem por objetivo combater a miséria, a exclusão social e promover a emancipação das famílias mais pobres do nosso país, possuindo 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, 2014).

O PBF beneficia 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, com variação de acordo com o tamanho da família, idade de seus membros e da sua renda.

Conforme consulta pública no site da Caixa Econômica Federal – CEF, o Município de Doutor Ricardo, onde foi realizada essa pesquisa, possui 85 beneficiários do PBF, distribuídos em 31 famílias, que participam de eventos e reuniões mensais, que objetivam esclarecer dúvidas e repassando informações,

destacando o compromisso do cumprimento das condicionalidades para a permanência no Programa.

Doutor Ricardo é um Município localizado na região Alta do Vale do Taquari, criado em 28 de dezembro de 1995 pela Lei Estadual nº 10.639 e instalado em 1.º de janeiro de 1997, situado na Encosta Inferior do Nordeste no Estado do Rio Grande do Sul, na região do Vale do Taquari com área é de 108 km². O Município conta com 2.030 (dois mil e trinta) habitantes conforme censo do IBGE (2010), sua economia é baseada nos setores primário e secundário. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) é de 0,724 em 2010, situado na faixa de desenvolvimento humano alto, com IDHM entre 0,700 e 0,799 (ATLAS, 2018).

Isto posto, destacamos a importância do PBF, como programa que busca soluções para os problemas de desigualdade e pobreza, e para os beneficiários do Município de Doutor Ricardo, a complementação de renda, com vistas ao atendimento das necessidades minimamente básicas, como alimentação, vestuário, habitação, etc. objetivando a manutenção da dignidade humana, da esperança, da melhora de vida e do bem-estar social.

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. Em Doutor Ricardo, os equipamentos de saúde são 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), abrangendo a Saúde Bucal. No caso dos atendimentos de média e alta complexidade, tais como internações, procedimentos médicos, cirúrgicos e exames complementares, os pacientes são encaminhados à hospitais de referência regional ou conveniados (DOUTOR RICARDO, 2018).

Nesse prisma, 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.

A política, 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 Programa Bolsa Família, pois 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).

Conforme o extinto Ministério de Desenvolvimento e Social e Combate à Fome (MDS), o cumprimento das condicionalidades, pelas famílias beneficiárias, além de consolidar um direito, pode contribuir para redução da pobreza entre gerações. No entanto, o não cumprimento das condicionalidades pode, por outro lado, indicar a falta da oferta dos serviços públicos ou que a família em questão encontra-se em situação de vulnerabilidade ainda maior, uma vez que sequer consegue acessar seus direitos sociais mínimos, situação que deve funcionar como um alerta para as três esferas de governo, pois permite identificar as famílias em situação de maior exclusão e mobilizar esforços para seu atendimento prioritário garantindo o acesso aos direitos de cidadania preconizados na Constituição Federal. Sabemos hoje que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa família se configura como uma oportunidade para o SUS contribuir com a agenda de redução da pobreza no país e conseqüentemente o trabalho executado de forma articulada entre Municípios, Estados, Governo Federal e setores afins, ressalta o papel intersetorial de cada um dos atores envolvidos.

Sendo assim, o poder público deve oferecer serviços básicos para proporcionar o acesso à saúde, e nesse sentido, as condicionalidades são a garantia dos direitos sociais das famílias inseridas no programa, sendo contrapartidas sociais que devem ser ofertadas pelo município.

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, requerendo 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.

Este trabalho é um estudo sobre o PBF e o cumprimento das condicionalidades na área da saúde, e se justifica por ser um tema contemporâneo e pelo desenvolvimento de políticas, programas e ações de governo que visam a promoção e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Do mesmo modo trata-se de um estudo pioneiro, considerando a inexistência de trabalhos que destacam a importância do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF no Município.

Ante ao exposto, e considerando a pertinência do estudo, perguntamos: Qual a importância do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF para os seus beneficiários no Município de Doutor Ricardo?

De modo a responder a essa pergunta, o presente trabalho está organizado da seguinte maneira: no capítulo 1, é feita uma discussão sobre o combate à pobreza no Brasil a partir da implementação do PBF; no capítulo 2, trata da avaliação de políticas públicas; no capítulo 3, apresentamos os objetivos geral e específico; no capítulo 4, tratamos o cumprimento das condicionalidades de saúde no Município de Doutor Ricardo; no capítulo 5, apresentamos o procedimento de pesquisa; no capítulo 6, apresentamos a análise e discussão dos dados, e no capítulo 7, as considerações finais.

1 O COMBATE À POBREZA NO BRASIL A PARTIR DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Brasil, historicamente, vem promovendo inúmeros avanços na área social, em especial na área da intervenção pública. O tema pobreza, vem recebendo evidência nas agendas governamentais, especialmente, a partir da década de 1990, período em que surgiram os primeiros programas de combate à pobreza.

A Constituição Federal de 1988 adotou de maneira expressa a garantia aos direitos sociais e individuais como valores determinantes para a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais. Dentre os princípios fundamentais previstos, o mais relevante é o direito à dignidade da pessoa humana, verificado em seu artigo primeiro.

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(....)

III – A dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 1988)

Neste contexto, se entende que todos os indivíduos que fazem parte da República devem ter sua dignidade resguardada pelo próprio Estado, onde o artigo 3º da CF de 1988, prevê os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, dentre eles a erradicação da pobreza, da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: (....)

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

Para implementação de tais direitos e garantias, o Estado se vale de mecanismos para viabilizá-los, chamados de políticas públicas e dentre tais políticas, o Programa Bolsa Família é um exemplo atual vastamente debatido.

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).

Compreender a importância e os efeitos da redução das desigualdades socioeconômicas e, em particular da desigualdade de renda em países em desenvolvimento, é um importante objetivo político. A desigualdade é prejudicial não só do ponto de vista social ou econômico, mas também para as condições de saúde de uma população. Nos últimos anos, o Brasil, um dos países com a pior distribuição de renda do mundo, conseguiu reduzir suas desigualdades socioeconômicas e melhorar a saúde da sua população por meio de políticas sociais e de saúde eficazes, mostrando um possível caminho a seguir para outros países em desenvolvimento (RASELLA, 2013).

O Programa Bolsa Família é um programa que transfere renda diretamente para as famílias que estão em situação de pobreza ou extrema pobreza como forma de garantir o direito humano a alimentação adequada, a educação, a saúde, entre outros, previsto na CF de 1988 no Art. 6º, dos direitos sociais.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

De acordo com Rasella (2013), o PBF, lançado em 2003 e considerado o maior programa de transferência condicional de renda no mundo, conseguindo mostrar uma elevada focalização nas classes mais pobres da população nestes últimos anos, onde achados sobre o efeito do PBF nas variáveis socioeconômicas, similar aos obtidos em um 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.

Conforme a Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que cria o PBF como programa de federal de transferência direta e condicionada de renda beneficiando famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (BRASIL, 2004), as três dimensões essenciais para a superação da fome e da pobreza são:

1. promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;

2. reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações; e

3. coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do PBF consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (BRASIL, 2004).

Em 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%.

Como programa de transferência condicional de renda, o PBF é caracterizado por repasse de benefícios. O tipo de benefício recebido pela família participante do PBF dependerá do perfil socioeconômico identificado no momento do seu cadastramento no CadÚnico, esse perfil é elaborado considerando o critério renda. Existem dois tipos de benefícios: o Básico e o Variável.

Quadro 1 – Tipos de benefícios do PBF

Tipo de Benefício	Quantidade de Parcelas	
Benefício Básico	Para família com renda mensal per capita de até R\$70,00	-
Benefício Variável (BV) no limite máximo de 5 benefícios	Benefício variável concedido à criança e/ou adolescente com idade de até 15 anos inserido na família com renda mensal per capita de até R\$ 140,00.	Até que a criança ou adolescente complete 16 anos
Benefício variável nutriz concedido à criança com idade entre 0 e 6 meses anos inserido na família <i>com renda</i> mensal per capita de até R\$ 140,00.	6 parcelas	
Benefício variável à gestante, concedido a mulher gestante, com idade entre 14 e 44 anos, anos, inserida na família com renda <i>mensal per</i> capita de até R\$ 140,00.	9 parcelas	
Benefício Variável Vinculado ao Jovem (BVJ) no limite máximo de 2 benefícios	Benefício variável concedido por adolescente com idade entre 16 e 17 anos inserido na família com renda mensal per capita de até R\$ 140,00.	Até que o adolescente complete 18 anos

Fonte: Instrução Operacional Conjunta SENARC/MDS/SAS/MS nº 11, Brasília, 2011.

Os benefícios do PBF têm caráter temporário e não geram direito adquirido, conforme art. 21, do Decreto nº 5.209 (BRASIL, 2004), e, a cada dois anos as famílias são reavaliadas para verificar a elegibilidade para o recebimento dos benefícios.

1.1 O CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

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”, e para discipliná-la foi emitido o Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regula a Lei de criação do programa e demais disposições complementares. (BRASIL, 2014). 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).

O PBF 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).

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, 2014). 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, 2014).

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, 2014).

As condicionalidades ou contrapartidas que as famílias beneficiárias do PBF necessitam cumprir para garantir a continuidade do recebimento do benefício, abrangem as seguintes áreas:

Assistência Social – crianças e adolescentes de até 15 anos devem ter frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socioeducativos, e, devendo ser retiradas de situações de risco e do trabalho infantil;

Educação – as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem ter frequência escolar mínima de 85%, e, entre os adolescentes de 16 a 17 anos a frequência mínima deve ser de 75%; e

Saúde - crianças menores de 7 anos devem realizar acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento, gestantes devem realizar o pré-natal e nutrízes de 14 a 44 anos receber acompanhamento.

Neste contexto, O MDS supervisiona o cumprimento das condicionalidades do PBF junto ao Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), através do acompanhamento periódico semestral das famílias beneficiadas.

De acordo com Senna *et al.* (2007), o Município, é o responsável pela maior parte da oferta de serviços e de gestão do acompanhamento do cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias do Programa.

Em relação aos serviços de saúde, o PBF determina que gestantes, nutrízes 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).

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).

Neste contexto, 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, desse modo, torna-se transparente 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).

Destaca-se também, que a Portaria GM/MDS nº 551, de 09 de novembro de 2005 regulamenta a gestão das condicionalidades do PBF, assim, é importante registrar que as famílias beneficiadas que tiverem algum membro que não cumpriu as condicionalidades ficam sujeitas à advertência e às sanções do Programa.

Neste cenário, o primeiro registro de inadimplência quanto às obrigações previstas no art. 3º desta Portaria, a família será notificada por escrito, em caráter preventivo, posteriormente, poderá sofrer a aplicação das seguintes sanções:

- Bloqueio do benefício por 30 dias.
- Suspensão do benefício por 60 dias.
- Suspensão o benefício por mais 60 dias.
- Cancelamento do benefício.

Importante ressaltar que as famílias que não cumprem as condicionalidades necessitam de uma abordagem objetivando conhecer os motivos que levaram a (s) família (s) a não cumprir com as ações, bem como incentivá-las na realização das ações de saúde não cumpridas, onde esta ação é fundamental para a inclusão social destas famílias (BRASIL, 2018).

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-M), 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).

Assim, o IGD-M serve para auxiliar e apoiar o trabalho da gestão municipal do PBF, principalmente em relação à gestão das condicionalidades, cadastramento de novas famílias, atualização dos cadastros atuais e implementação de programas complementares ao Programa Bolsa Família.

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).

2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de políticas públicas é bastante amplo e diverso, vários são os autores que apresentam suas conclusões pessoais e fundamentadas. (SOUZA, 2006), define que não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública, existem várias definições, contudo, trata-se de um conjunto de ações governamentais que produzirão efeitos específicos com influência direta ou indireta sobre os cidadãos.

Segundo Secchi (2010), “Política Pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Geralmente, os conceitos a respeito das políticas públicas se caracterizam por abordar problemas enfrentados por uma coletividade, porém não se há um conceito completo ou pleno do que seja Política Pública pelo fato de se ter vários questionamentos que podem ser abarcados ao se tratar das disparidades de respostas em relação ao tema.

Dye (1984), sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Para Secchi (2010), além da conceituação e tipologia, as políticas públicas são consideradas como um sistema formado por um conjunto de elementos que se interligam com vistas a alcançar o bem comum da população.

Neste contexto, Rua (2009), define políticas públicas como ações que visam garantir o acesso efetivo da população aos direitos constitucionais que, muitas vezes, são exercidos apenas pelos cidadãos que dispõem de mais recursos, onde uma política pública deve ser pensada a partir do diagnóstico dos problemas que demandam intervenção governamental, e seu diagnóstico representa uma leitura da realidade, ou seja, a compreensão e a sistematização dos problemas e necessidades das famílias, assim como o conhecimento de suas características culturais e socioeconômicas.

No entanto definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o *locus* onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos, que apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma

das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores (SOUZA, 2006).

Lowi (1964), define que “as políticas determinam a política”, partindo para uma tentativa de definir algumas tipologias de políticas públicas, estabelecendo uma das primeiras tipologias na área: políticas distributivas; políticas regulatórias; e políticas constituintes. Políticas distributivas são aquelas que alocam recursos a grupos específicos; políticas redistributivas são aquelas que realocam recursos de modo que alguns ganham e alguns perdem, por isso são as mais conflitivas; políticas constituintes são as que têm a ver com modificações do regime político ou administrativo (jurisdição governamental, direitos dos cidadãos, opções de ações públicas e privadas).

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade.

Thomas Dye (2005), se propõe a efetuar um mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas, inicialmente, define o “modelo” como uma representação simplificada de um aspecto do mundo real, sendo que os modelos conceituais utilizados para estudar as políticas públicas servem para simplificar e esclarecer novas ideias sobre política e políticas públicas; identificar aspectos importantes de questões político-sociais; além de direcionar esforços para melhor compreender as políticas públicas.

Neste contexto, trata-se de modelos conceituais básicos da ciência política, que oferecem uma maneira diferente de pensar sobre políticas públicas e sugerem algumas causas e consequências das mesmas. Dye (2005), destaca alguns desses modelos, como o institucional; o modelo de processo; o modelo de grupo; o modelo das elites; o modelo racional; o modelo incremental; o modelo da teoria dos jogos; o modelo da opinião pública; e o modelo sistêmico.

Do mesmo modo, Dye (2010), sugere que um modelo é meramente uma abstração ou uma representação da vida política, do mundo real, é uma tentativa de simplificar, esclarecer e entender o que é realmente importante em política, haja vista a necessidade de identificar a relevância, adaptação da realidade, comunicar algo significativo, orientar a investigação e a pesquisa e propor explicações acerca de causas e consequências da política pública.

Destarte, tais modelos não são competitivos entre si, ou seja, nenhum pode ser julgado “o melhor”, cada qual focaliza aspectos distintos da vida política e embora alguns modelos são explicados por um em particular, a maioria deles são utilizados isolados ou em conjunto, descrevendo políticas públicas específicas.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um “programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza”, Caberia ao Programa articular três dimensões necessárias para a superação da fome e da pobreza: “[...] promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações; coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza (BRASIL, 2010).

Comparando o PBF, com a avaliação de políticas públicas, o tema está inserido no contexto pois trata do Estado em ação, definindo o Programa como uma “decisão de fazer algo” por parte do governo (Dye, 2005), ou seja, a “escolha pública” no sentido de tentar melhorar os indicadores sociais do país e combater o grave problema da extrema pobreza de parte significativa da população.

De acordo com os modelos ou tipologias de Dye (2005), considerando o Estado como principal formulador de políticas públicas, onde suas estruturas interferem nas políticas, deve ser destacado o papel de instituições como o Governo Federal, o Ministério do Desenvolvimento Social, as prefeituras municipais envolvidas, organizações não governamentais - ONGs e demais instituições que participam direta ou indiretamente na concepção, implantação e avaliação do Bolsa Família.

O aspecto institucional da política deve ser dotado de legitimidade e universalidade: alcançando todas as pessoas da sociedade ou de um grupo específico, destacando como contribuição deste modelo, a influência da estrutura institucional quanto ao conteúdo e a implementação das políticas públicas, determinando quem participa, como participa e quais recursos pode utilizar.

Com base na teoria dos grupos, podemos destacar a atuação de diferentes grupos de interesse no sentido de pressionar para obter ganhos com o Programa, como os potenciais beneficiários; os comerciantes das pequenas cidades, que veem

nos valores pagos uma oportunidade de negócios; os prefeitos das cidades beneficiadas, que auferem aumento de arrecadação com o pagamento dos benefícios; os grupos de oposição ao governo, que temem que a ampliação do programa possa ter caráter eleitoral e representar dividendos políticos para os grupos governantes.

Dentre as tipologias definidas por Lowi (1964), um programa de transferência direta de renda pode ser entendido como uma política distributiva, pois aloca recursos a grupos específicos da sociedade, no caso brasileiro, aos setores mais pobres da população.

O PBF originou-se do reconhecimento de um “problema” por parte dos grupos dirigentes, no caso a concentração de renda e a existência de um elevado contingente de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza, posteriormente, o “problema” foi inserido na agenda de políticas públicas do Brasil, originando uma política ou proposta de solução.

3 OBJETIVOS

Nesse capítulo são apresentados os objetivos, conforme abaixo:

3.1 Objetivo Geral

Analisar de que modo o cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF em Doutor Ricardo (RS) repercutiu para seus beneficiários no Município no período de 2013 a 2016.

3.2 Objetivos Específicos

a) identificar as variações do número de famílias acompanhadas com perfil saúde durante o período de 2013-2016;

b) descrever a evolução do número de crianças acompanhadas pelo Programa Bolsa Família;

c) identificar o percentual de crianças vacinadas e gestantes com pré-natal em dia atendidas pelo Programa Bolsa Família no município de Doutor Ricardo;

d) comparar as condicionalidades de saúde pelo Programa Bolsa Família com os dados referentes ao Estado do Rio Grande do Sul e ao Brasil.

4 AS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DOUTOR RICARDO (RS)

De modo geral, as Secretarias Municipais de Saúde possuem as seguintes competências (MDS, 2004):

- Participar da coordenação intersetorial do Programa;
- Implantar, realizar e informar semestralmente o acompanhamento das famílias na Saúde (ações básicas de saúde);
- Promover atividades educativas sobre nutrição;
- Capacitar as equipes de Saúde sobre o Programa; e
- Informar ao responsável pelo CadÚnico alterações de dados das famílias.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Doutor Ricardo é responsável pelo acompanhamento das famílias na condicionalidade da área da saúde, esse acompanhamento é realizado através da Equipe de Saúde da Família (ESF) e da Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse acompanhamento é registrado em Mapas Regionalizados que contêm informações sobre a saúde e o cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias.

As ações promovidas pela SMS para o acompanhamento dos beneficiários com Perfil saúde: acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de crianças, consultas pré-Natal, vacinação, localização das famílias cadastradas que devem receber acompanhamento, ações educativas e atualização cadastral das famílias beneficiadas no PBF.

O acompanhamento das famílias no SUS foi compromisso assumido pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios por meio do Pacto pela Vida, enfatizando o fortalecimento da atenção básica para promover a melhora no acompanhamento das condicionalidades do setor da saúde do PBF, onde a meta é o acompanhamento de 80% das famílias com perfil saúde.

O Município de Doutor Ricardo, pactuou a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, no ano de 2013, 80,00%; em 2014, 85,00%; em 2015, 85,00% e no ano de 2016, 82,00% (Brasil, 2018).

As famílias do PBF com crianças de 0 a 7 anos e mulheres com idade entre 14 a 44 anos devem ser acompanhadas por uma ESF ou pela UBS de mais fácil

acesso pela família. Esse acompanhamento é de responsabilidade do Município, através do desenvolvimento de ações de saúde na atenção básica.

As ações de saúde no Programa Bolsa Família são:

- **O pré-natal das gestantes:** propõe a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Durante o pré-natal é realizado um acompanhamento do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Se a gestante estiver com baixo peso, sobrepeso ou obesidade, deverá receber orientações quanto a uma alimentação saudável;

- **O retorno para a consulta após o parto:** a amamentação (dores, fissuras nos mamilos, mama endurecida) e alimentação saudável deverão ser investigadas, bem como a depressão pós-parto e outras alterações emocionais;

- **A orientação alimentar:** deverão ser promovidas atividades educativas na gestação e no pós-parto para valorização da alimentação saudável, promover a orientação para o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e a gradual introdução de alimentos complementares ao leite materno;

- **Monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças:** acompanhar crescimento e desenvolvimento significa verificar o peso e a altura das crianças. O estado nutricional das crianças por meio dos gráficos de Peso por Idade e a Altura por Idade, que estão no Cartão da Criança. Quando a criança se encontra em situações de risco nutricional (muito baixo peso, baixo peso, peso elevado, muito baixa estatura e baixa estatura), a Equipe do ESF deve orientar quanto aos hábitos de uma alimentação saudável ou a criança deve ser encaminhada à consulta com nutricionista, médico ou enfermeiro; e

- **Monitoramento da vacinação infantil:** o profissional de saúde deve verificar no Cartão da Criança se a vacinação infantil está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, se não estiver, deve-se orientar o responsável sobre a importância da vacinação e encaminhar a criança para realizar as imunizações pendentes.

O acompanhamento das famílias deve ser realizado semestralmente, e, necessitam ser registros nos Mapas de Acompanhamento das informações das condicionalidades da saúde.

5 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Para o atendimento do escopo, foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória com dados secundários, descritiva e retrospectiva. A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas particularidades está no emprego de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Ainda segundo Zanella *et al.* (2013), a pesquisa descritiva procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Para melhor compreensão do tema estudado, foi realizado um levantamento bibliográfico que permitirá também expandir e detalhar aspectos importantes sobre o programa a partir de outros textos. A abordagem de tempo determinada como retrospectiva deve-se ao fato de as informações serem analisadas sobre os anos anteriores a 2013 até a base de 2016.

Quadro 2 - Condicionalidade de saúde x variáveis abordadas no estudo.

Condicionalidades	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.

Fonte: Elaborada pelo autor

O levantamento das informações foi efetuado acessando a base de dados disponibilizados pelo Governo Federal através da geração do relatório de informações vinculado ao Relatório de Informações Sociais, o qual faz parte do Ministério da Cidadania (MDS), em que a população alvo englobou informações referentes às famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo Programa Bolsa Família, no período de 2013 a 2016.

Nesse contexto, uma análise sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família se justifica, considerando aspectos de inserção,

acompanhamento, aprimoramento e avaliação do programa de transferência de renda, contribuindo para a melhoria das ações e propostas.

O acesso dos dados ocorreu no mês de janeiro de 2019, no endereço eletrônico (http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp), e a população alvo englobou informações referentes às famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo PBF, no período de 2013-2016.

Para o cumprimento 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.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, apresentamos os resultados da análise estatística sob a abordagem quantitativa dos dados atinentes ao cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF no município de Doutor Ricardo (RS), no período de 2013 a 2016.

6.1 DADOS DE DOUTOR RICARDO

Em 2013 o Município contava com um total de 33 famílias com perfil saúde, sendo que 02 famílias (6,06%) não foram acompanhadas e 31 famílias (93,94%) foram totalmente acompanhadas, com um superávit de (13,94%) em relação a meta pactuada; em 2014, o Município contava com 34 famílias no perfil saúde, com 02 famílias (5,88%) não acompanhadas e 32 famílias (94,12%), totalmente acompanhadas, com superávit de (9,12%) em relação a meta pactuada. Quanto ao ano de 2015, foram 27 famílias no perfil saúde, 05 famílias (18,51%) não acompanhadas e 22 famílias (81,48%) totalmente acompanhadas, gerando um déficit de acompanhamento de (3,52%) em relação a meta pactuada.

No ano de 2016 os dados referiam que o Município contava com um total de 26 famílias no perfil saúde, sendo que 06 famílias (23,07%) não foram acompanhadas, restando 20 famílias (76,92%) totalmente acompanhadas, causando um déficit de acompanhamento de (5,08%), conforme tabela 1.

Tabela 1 – Famílias acompanhadas, não acompanhadas e déficit/superávit de cobertura pactuada nos anos avaliados.

Ano	Famílias totalmente acompanhadas %	Famílias não acompanhadas %	Déficit/superávit %	Cobertura pactuada %
2013	93,94	6,06	(+)13,94	80,0
2014	94,12	5,88	(+)9,12	85,0
2015	81,48	18,51	(-)3,52	85,0
2016	76,92	23,08	(-)5,08	82,0

Fonte: Elaborada pelo Autor.

Analisando este cenário inquietante, observamos especialmente os anos de 2015 e 2016 onde ocorre um déficit significativo no acompanhamento das famílias com perfil saúde, 3,52% e 5,08% respectivamente. No que tange aos períodos de 2013 e 2014, a meta atingida ficou acima da pactuação dos indicadores do PBF nas condicionalidades de saúde, gerando um superávit de 13,94% e 9,12%

respectivamente. Corrobora a tabela 2, elucidando os dados acerca das metas pactuadas e atingidas, obtidos através do acesso ao SISPACTO (Sistema de Pactuação do MS).

Tabela 2 – Metas pactuadas e atingidas pelo Município de Doutor Ricardo nos anos avaliados

Ano	Meta pactuada	Meta atingida %
2013	80,0	93,94
2014	85,0	94,12
2015	85,0	81,48
2016	82,0	76,92

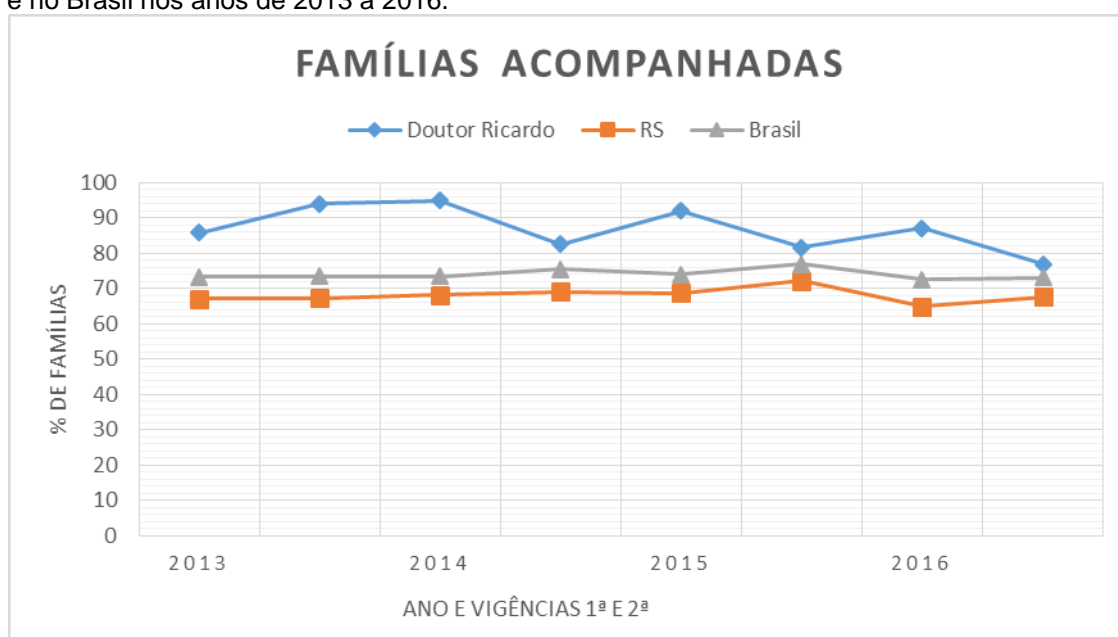
Fonte: Brasil, 2018

Ressaltamos que a meta pactuada no Estado do RS, é de no mínimo 70%, e no Brasil, é de 73%, constatando que, mesmo com um déficit de acompanhamento nos períodos 2015 e 2016, o Município se manteve acima na média de pactuação da meta no RS e no Brasil.

6.2 EVOLUÇÃO 2013-2016

Avaliando os dados relativos ao percentual de famílias acompanhadas no Município de Doutor Ricardo, adquirido através da razão número de famílias acompanhadas sobre o total de famílias com perfil saúde, constatou-se que houve redução, especialmente do ano 2013 em comparação a 2016.

Gráfico 1 - Distribuição relativa para as famílias acompanhadas no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil nos anos de 2013 a 2016.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados apontaram uma redução na proporção de famílias, passando de 93,94%(n=31) em 2013 – 2ª vigência, para 76,92%(n=20) em 2016 – 2ª vigência. Ainda que os números absolutos não demonstrem uma grande elevação do número de famílias acompanhadas, nota-se uma redução na proporção dos acompanhamentos, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa para as famílias acompanhadas no Município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil.

Ano e Vigência		Famílias acompanhadas					
		Doutor Ricardo		Rio Grande do Sul		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
2013	1ª	30	85,71	236615	67,11	8688863	73,18
	2º	31	93,94	234603	67,19	8698858	73,44
2014	1ª	36	94,74	238155	68,19	8860677	73,32
	2º	32	82,52	238494	69,01	9136116	75,30
2015	1ª	23	92,0	231158	68,71	8889141	73,90
	2º	22	81,48	226526	72,05	8895725	76,81
2016	1ª	20	86,96	204980	64,86	8480299	72,50
	2º	20	76,92	205750	67,61	8588261	73,02

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

Fonte: BRASIL, 2018.

Na tabela 3 torna-se visível o número total de famílias acompanhadas conforme o ano e a vigência (1ª e 2ª respectivamente conforme o ano), 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.

6.3 CONDICIONALIDADES

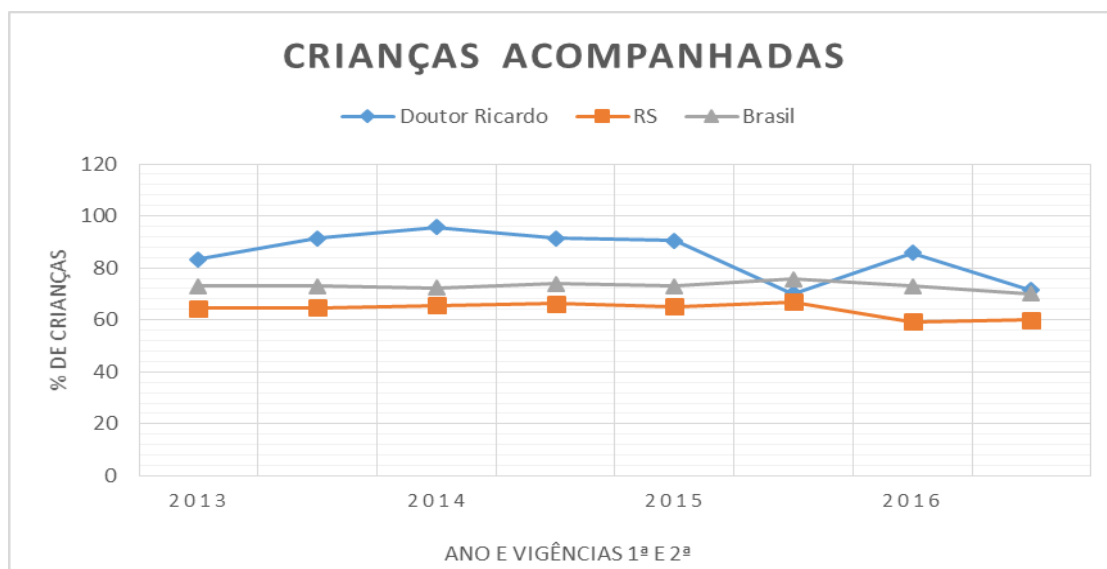
As variáveis a seguir apresentam os compromissos assumidos pelas beneficiárias na população alvo estudada.

6.3.1 Condicionalidades – crianças

Em relação às crianças acompanhadas, nota-se que no Município de Doutor Ricardo ocorreu uma redução no percentual de cobertura de 91,3% (n=21) – 2ª vigência de 2013, para 71,4% (n=15) – 2ª vigência de 2016. Também ocorreu uma

diminuição do número de crianças do perfil saúde (2013 – 1ª vigência: 20, em relação a 2016 – 2ª vigência: 15).

Gráfico 2 – Distribuição relativa para as crianças acompanhadas no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil, nos anos de 2013 a 2016.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Situação idêntica ocorreu no RS e no Brasil, no período estudado, onde na evolução de dados, ambos se caracterizaram pela diminuição tanto no número, quanto na proporção de crianças acompanhadas conforme tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa para as crianças acompanhadas, cobertura e vacinação em dia no município de Doutor Ricardo, RS e Brasil.

		Crianças											
		Doutor Ricardo				Rio Grande do Sul				Brasil			
Ano e Vigência		Acompanhadas		Vacinação em dia		Acompanhadas		Vacinação em dia		Acompanhadas		Vacinação em dia	
		n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**		
2013	1ª	20	83,3	20	100	145555	64,5	144257	99,1	5215865	73,0	5169543	99,1
	2ª	21	91,3	21	100	143512	64,6	142352	99,1	5108200	73,1	5039837	98,6
2014	1ª	22	95,6	22	100	150096	65,6	148960	99,2	5314975	72,3	5243765	98,6
	2ª	21	91,3	21	100	157100	66,2	155878	99,2	5584835	74,0	5530686	99,0
2015	1ª	19	90,48	19	100	153747	65,2	152528	99,2	5509186	73,0	5462720	99,1
	2ª	14	70,0	14	100	147076	67,0	146137	99,3	5425411	75,6	5378847	99,1
2016	1ª	18	85,7	18	100	138156	59,3	137185	99,3	5509186	73,0	5462720	99,1
	2ª	15	71,4	15	100	136232	60,0	135023	99,1	5286670	70,0	5237147	99,0

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

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

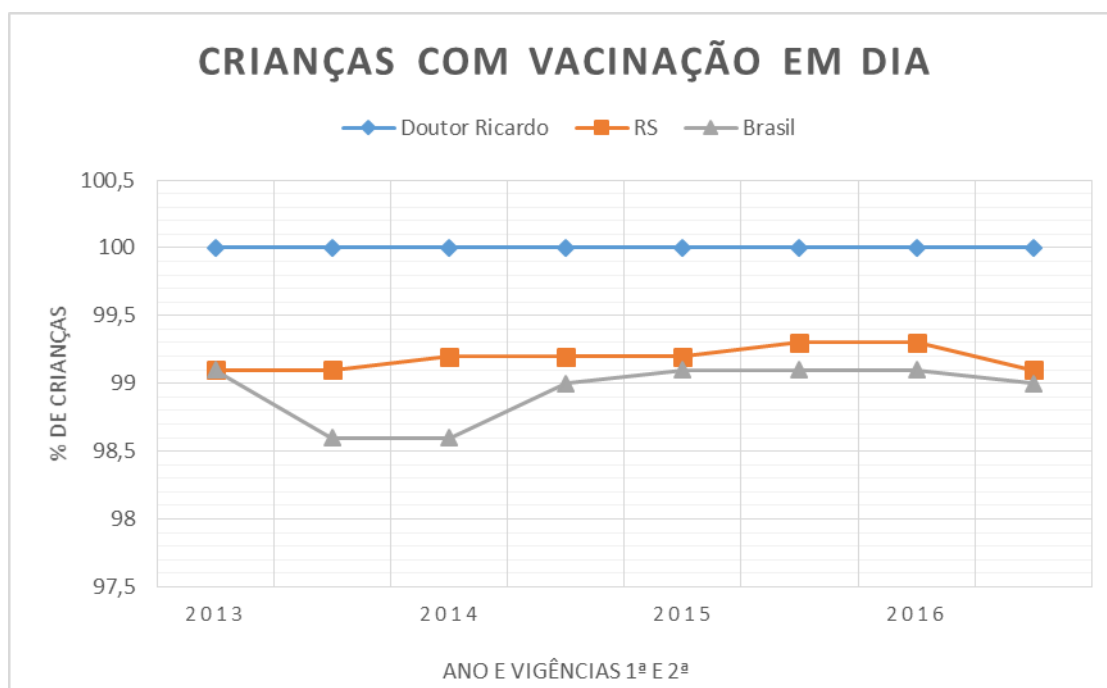
Fonte: BRASIL, 2018

Analisando os dados referentes à evolução das crianças acompanhadas pelo PBF observou-se que no RS, também houve redução do percentual de cobertura, se compararmos os percentuais de 2013 – 2ª vigência (64,5%) com 2016 – 2ª vigência (60,0%). O cenário no Brasil, se mantém idêntico com a cobertura reduzida de (73,1%) em 2013 – 2ª vigência, para (70,0%) em 2016 – 2ª vigência.

Quanto ao quesito referente à proporção de vacinação em dia (considerando o total de crianças acompanhadas), o Município de Doutor Ricardo, apresentou o máximo de (100%) em todas as vigências (1ª e 2ª) de todos os anos pesquisados do período 2013-2016, enquanto que no RS, a cobertura mínima foi de (99,1%) em 2013 – 1ª vigência, e a cobertura máxima de (99,3%) em 2016 – 1ª vigência de 2016. Nos dados atinentes ao Brasil, a menor cobertura ocorreu em 2013 – 2ª vigência, com (98,6%) e a maior cobertura em 2016 – 1ª vigência com (99,1%).

No gráfico 3, foi possível verificar a diferença mínima conforme os períodos de avaliação entre as proporções de crianças com vacinação em dia.

Gráfico 3 - Distribuição relativa para as crianças acompanhadas com vacinação em dia no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil nos anos de 2013 a 2016.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Importante o achado positivo referente à proporção de crianças com vacinação em dia no Município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil, também obtivemos coberturas vacinais com pequenas variações, mas consideradas adequadas.

6.3.2 Condicionais – gestantes

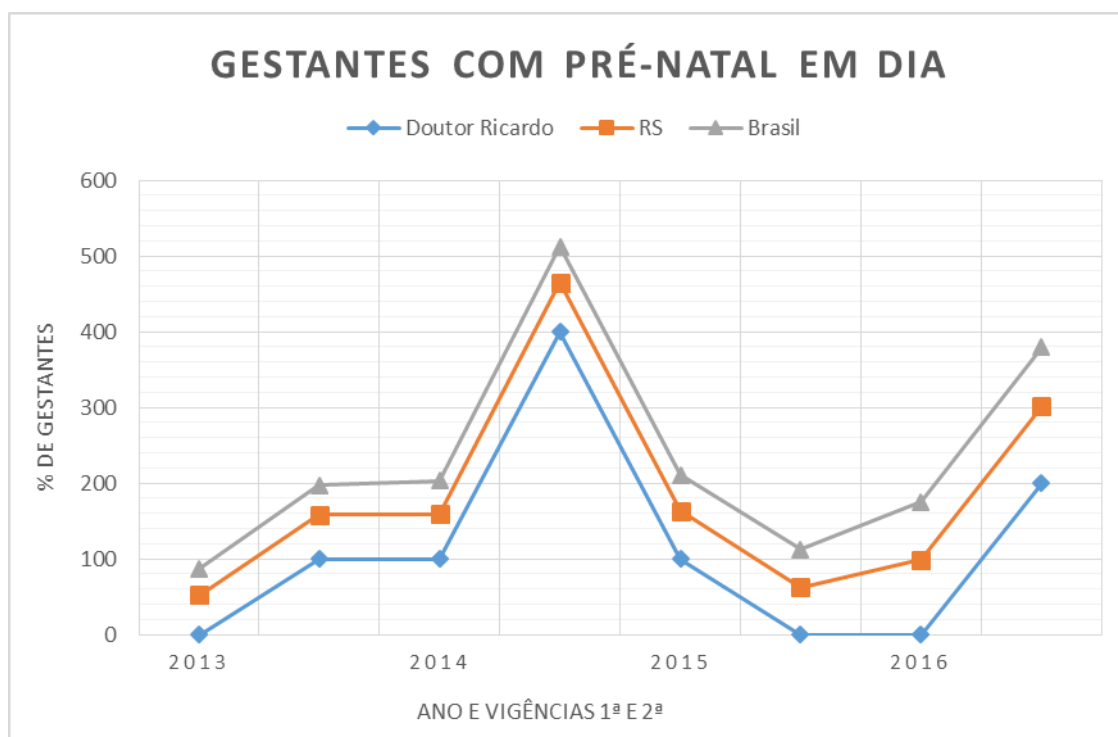
No que se refere aos dados atinentes às gestantes, no Município de Doutor Ricardo, observou-se que a estimativa total se manteve estável com (1) uma gestante em todo o período estudado, ou seja, de 2013 a 2016. O perfil no RS, se mostrou com redução de 7,4% (comparando 2013: 13942, e 2016: 12980), já no Brasil, o cenário também foi reduzido em 3,9% (comparando a 2ª vigência de 2013: 503377 e a 2ª vigência 2016: 484182).

No que tange às consultas de pré-natal em dia, em Doutor Ricardo, as estimativas oscilaram entre 0,0% em 2013 – 1ª vigência; em 2015 – 2ª vigência e 2016 – 1ª vigência, até o máximo de 400% em 2014 – 2ª vigência. Quanto à evolução de 2013-2016, a proporção de gestantes com pré-natal em dia teve variação de 0,0% (n=0) em 2013 – 1ª vigência, para 200% (n=2) em 2016 – 2ª vigência.

Quando os dados referentes à Doutor Ricardo foram comparados com a evolução do RS e do Brasil, em relação à proporção de gestantes com pré-natal em dia, verificou-se que os percentuais se mostraram mais estagnados se comparados ao RS e ao Brasil.

Desta forma, as informações sugerem aumento do percentual das gestantes com pré-natal em dia no RS, que parte de 51,9% na 1ª vigência de 2013 a 101,1% em 2016 – 2ª vigência. Quanto aos dados do Brasil, ocorre idêntico cenário de ampliação com percentuais de 35,0% em 2013 – 1ª vigência, para 78,0% em 2016 – 2ª vigência.

Gráfico 4 - Distribuição relativa para as gestantes com pré-natal em dia no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil, nos anos de 2013-2016.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa para as gestantes e pré-natal em dia no município de Doutor Ricardo, no RS e no Brasil

		Gestantes								
		Doutor Ricardo			Rio Grande do Sul			Brasil		
Ano e vigência		Estimativa total	Pré-natal em dia		Estimativa total	Pré-natal em dia		Estimativa total	Pré-natal em dia	
			n	%*		n	%*		n	%*
2013	1ª	1	0	0,0	13942	7232	51,9	500144	174947	35,0
	2ª	1	1	100,0	13942	8159	58,5	503377	196333	39,0
2014	1ª	1	1	100,0	13408	7974	59,4	476222	206331	43,3
	2ª	1	4	400,0	13408	8677	64,7	476922	225756	47,3
2015	1ª	1	1	100,0	13647	8626	63,2	488559	232477	47,6
	2ª	1	0	0,0	13647	8516	62,4	488559	244760	50,1
2016	1ª	1	0	0,0	12980	12823	98,7	484182	369983	76,4
	2ª	1	2	200,0	12980	13236	101,1	484182	376712	78,0

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

Fonte: BRASIL, 2018.

O trabalho apresentado, buscou e revisou dados do cumprimento das condicionalidades do PBF referentes ao Município de Doutor Ricardo (RS), no período de 2013 a 2016. Observa-se que a efetividade na transferência de renda depende da redução da desigualdade de renda e dos valores dos benefícios pagos, bem como dos graus de cobertura e de atendimento da população carente (BARROS; FOGUEL; ULYSSEA, 2006), portanto, adequada para pelo menos minimizar suas consequências.

Os programas de TCR, 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 Doutor Ricardo, a variação do número de famílias acompanhadas com perfil saúde no período de 2013-2016, foi decrescente, mesmo com os números indicando uma diminuição dos beneficiários. Cenário idêntico ocorre com os números do RS e do Brasil, onde reduziu o número de famílias acompanhadas no período estudado.

Valente (2002), ao discutir a realidade social brasileira e o direito humano à alimentação adequada, descreve que o Brasil ainda convive com a presença de doenças associadas à pobreza e à exclusão, tais como a fome, a desnutrição e aquelas associadas a hábitos alimentares inadequados, que afetam mais gravemente as populações pobres (VALENTE, 2002).

Pesquisas em geral demonstram que as condicionalidades de saúde apresentam crescimento tanto no acompanhamento quanto nos resultados de saúde para a população.

Carvalho et al., 2014, considera que os efeitos do programa são positivos na vida da população, que passou a procurar mais pelos serviços de saúde ainda que seja por medo de perder o benefício, o que resulta em cartões de vacinas em dia e o aumento da procura pelo pré-natal, além disso, as famílias passaram a consumir alimentos que antes não tinham condições de consumir, melhorando consideravelmente a situação nutricional.

Uma demonstração desses efeitos foi constatada numa pesquisa publicada na revista (*The Lancet*), mostrando que o Bolsa Família reduziu em 17% a mortalidade de crianças menores de cinco anos entre os anos de 2004 e 2009 nas cidades

brasileiras atendidas pelo programa. O autor da pesquisa, o italiano Davide Rasella, afirmou que as condicionalidades do programa em relação à saúde impactam na qualidade de vida dos beneficiários. Segundo ele, a imunização das crianças é um fator importante e o número de mulheres grávidas nas consultas sem exames de pré-natal era bem menor nas cidades com cobertura do PBF (DOURADO, 2013).

Jaime *et al.* (2011) destacam a importância da experiência do governo brasileiro na organização das ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde, nas redes de atenção integral da saúde e os vários esforços na organização da atenção básica para garantir a oferta de serviços às famílias beneficiárias do programa, constituindo uma excepcional oportunidade para a qualificação da agenda de saúde às famílias em situação de vulnerabilidade social, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e para a vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades em situação de pobreza, configurando-se como desafio a consolidação, expansão e universalização das mesmas.

Ainda segundo Jaime et al. (2011), o PBF figura como ponto central na agenda intersetorial, na medida em que, ao articular os diversos setores (Saúde, Educação e Assistência Social), busca assegurar o direito humano à alimentação, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável.

As famílias beneficiárias do PBF devem ser assistidas por uma equipe da Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo 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 (BRASIL, 2010).

Poucos são os estudos que discorrem sobre as condicionalidades de saúde do PBF nos municípios como um todo. Wolf e Barros Filho (2014), comentam que apesar da expansão do PBF ainda são poucas as avaliações que aprimoram os avanços e os desafios a serem enfrentados, bem como os impactos nas condições de saúde e nutrição da população, onde a dificuldade na obtenção de dados é o maior obstáculo para as pesquisas, considerado um grande desafio.

Frequentes notícias sobre fraudes na inclusão de pessoas fora dos critérios estabelecidos, confirmam que as pessoas encontraram meios de fraudar o programa e desviar recursos para outra finalidade, especialmente em auditorias realizadas pela Controladoria Geral da União (CGU). Neste contexto, Castro *et al.* (2009) destacam que os dados desarmônicos 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 inevitavelmente fariam parte do caráter dos brasileiros, contudo a legitimidade política que o PBF adquiriu junto à sociedade brasileira, dado o nível de conhecimento da política e mesmo de apoio à sua existência, contribui para proporcionar melhorias para a vida das pessoas, das famílias e das comunidades.

Castro *et al.* (2009) reiteram que supervisão, avaliação e aprimoramentos devem fazer parte da implementação das políticas públicas e que uma iniciativa da envergadura do PBF certamente conterà problemas, ainda que se aborde de uma política que conta com o apoio da sociedade brasileira. O autor, ainda 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.

Trevisani, Burlandy e Jaime (2012, p. 506), evidenciam que a desigualdade e a fragmentação no acesso aos serviços do SUS e as diferenças de condições de vida que levam as desigualdades no perfil de saúde da população, estão implicadas no quadro de pobreza atual. Esse cenário 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.

Ainda conforme Trevisani, Burlandy e Jaime (2012, p. 506), outro destaque importante e polêmico, é que as condicionalidades se apresentam como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos, mas que esse modelo 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.

Neste prisma, muitos são os desafios que ainda se interpõe nessa direção, tendo em vista grandeza e complexidade da questão social e a histórica fragilidade do Estado Brasileiro em dar respostas eficazes e efetivas.

Magalhães *et al.* (2009), apontam diversos problemas na gestão do programa como: a grande dificuldade no acompanhamento das condicionalidades, a demora no estabelecimento dos dispositivos legais e a falta de incentivo para fortalecer a operacionalidade do programa, considerando ainda o aspecto da intersetorialidade e da interação entre os demais setores, para a eficiência do programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou avaliar o cumprimento das condicionalidades referentes à área da saúde do PBF no município de Doutor Ricardo, fundamental para a proposição e ampliação de ações e programas que funcionem, efetivamente, na promoção e no direito ao acesso da saúde.

Através deste estudo, foi possível identificar no que tange às condicionalidades de saúde no período avaliado (2013-2016), que muitos avanços ainda deverão fazer parte da agenda governamental na área da saúde no Município de Doutor Ricardo, considerando a responsabilidade municipal pela organização da rede de atenção primária, e que neste cenário, as condicionalidades de saúde do PBF, são um importante meio de assegurar e garantir a atenção básica aos beneficiários.

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 93,94% em 2013 – 2ª vigência, para 76,92% em 2016 – 2ª vigência. Quanto ao objetivo (b), essa queda também ocorreu na evolução de crianças acompanhadas de 91,3% em 2013 - 2ª vigência, para 71,4% em 2016 – 2ª vigência. Também ocorreu uma diminuição do número de crianças do perfil saúde (2013 – 1ª vigência em relação a 2016 – 2ª vigência. Quanto à avaliação do RS e do Brasil, constatamos que ambos tiveram seu percentual de cobertura reduzido.

Em relação ao objetivo (c), identificou-se que apesar da queda no acompanhamento das famílias, o percentual de crianças com vacinação em dia, foi satisfatório, apresentando o percentual máximo em todos os anos estudados. Do mesmo os dados do RS e do Brasil, atingiram níveis elevados de cobertura vacinal.

Outro dado importante avaliado, se referiu às gestantes com pré-natal em dia, que oscilou, ora chegando a níveis baixos, ora a níveis mais altos, remetendo à várias interpretações, contudo a principal delas é a ineficiência no acompanhamento mínimo recomendado.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, 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.

Quanto ao objetivo (d), os dados apresentados neste trabalho, apesar de mostrar o baixo avanço do Município de Doutor Ricardo, também demonstraram que o RS e o Brasil, tiveram uma redução no número de famílias acompanhadas, durante o período estudado, restando o Município de Doutor Ricardo, sem alcance da meta pactuada nos anos de 2015 e 2016.

Existem importantes desafios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde no âmbito do SUS. Os instrumentos de pactuação do SUS, tais como o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, bem como programas complementares e intersetoriais reforçam o alcance das metas pactuadas, impulsionando 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.

O objetivo geral deste estudo e as descrições sobre as condicionalidades do PBF no Município, serviram como um exame minucioso, pois temos um diagnóstico situacional, onde mesmo reduzindo o número de beneficiários do PBF, reduziu também o acompanhamento.

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, sua formulação e implementação baseadas em evidências científicas de qualidade podem assegurar que a tomada de decisões seja a mais

apropriada, porém trata-se de um desafio para que sejam traduzidas em medidas efetivas para melhoria da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: < http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/doutor-ricardo_rs >. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 de dez. 2018.

_____. **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/L10.836.htm >. Acesso em: 16 dez. 2018.

_____. **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: 16 dez. 2018.

_____. 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: 16 dez. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> >. Acesso em: 16 dez. 2018.

_____. **SAS/DAB - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: < http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp >. Acesso em: 16 dez. 2018.

_____. **Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde**. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/sistemas/saude> >. Acesso em: 17 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. – 3ª ed. – Brasília/DF. 2010b. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.PDF >. Acesso em: 17 dez. 2018.

_____. 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.

CARVALHO, Alice Teles de et al. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1370-1382, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000401370&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2019.

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.

CNM. Confederação Nacional dos Municípios. NOTA TÉCNICA nº. 19/2018 - **Condicionalidades e Processos Administrativos do Programa Bolsa Família**. Brasília/DF. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/NT_19_2018_PBF_%20Condicionalidades%20e%20Processos%20Administrativos.pdf>. Acesso em 18 dez. 2018.

Desigualdade de renda no Brasil : uma análise da queda recente / organizadores: Ricardo Paes de Barros, Miguel Nathan Foguel, Gabriel Ulysea. – Brasília: Ipea, 2006. 2 v. : gráfs., tabs. 446 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/319691/mod_resource/content/1/Desigualdade%20de%20renda%20no%20Brasil%20-%20v.%201.pdf> Acesso em 18 jan. 2019.

DOURADO, Tatiana Maria. Bolsa Família reduz em 17% a mortalidade infantil, aponta pesquisa. **G1. Globo**. Bahia, 29 mai. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bahia/noticia/2013/05/bolsa-familia-reduz-em-17mortalidade-infantilaponta-pesquisa.html>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

DOUTOR RICARDO. Prefeitura Municipal. **Município**. Disponível em: <http://doutorricardo.rs.gov.br/municipio/>. Acesso em 14 dez. 2018.

DYE, Thomas R. (2010). **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. In: HEIDMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Orgs). **Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

_____, Thomas. R. (2005). **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. (Traduzido de: Dye, Thomas. R. (2005). **Models of politics; some help in thinking about public policy**. In *Understanding public policy*. 11 ed. New Jersey: Prentice-Hall, pp. 356).

ESTRELLA, Juliana and RIBEIRO, Leandro Molhano. **Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada.** *Rev. Adm. Pública* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 625-641. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000300009&lng=pt&tlng=pt >. Acesso em: 16 dez. 2018.

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.

LASWELL, H.D. **Politics: who gets what, when, how.** Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.

LIMA, Ana Maria Cavalcante de. **O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: A intersectorialidade em ação.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Brasília/DF.30f. 2013. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24447>. Acesso em 17 dez. 2018.

Lowi, T. (1964, Julho). **American business, public policy, case studies, and political theory.** *World Politics*. Vol. 16 (4), 677-715, John Hospkins University Press.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.861-868, jun.2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=141381232009000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2019.

NASCIMENTO, Thiago Silvestre do; CAMPOS, Daniela Cristina. Anais eletrônicos da I CIEGESI/I Encontro Científico do PNAP/UEG. Programa Bolsa Família como Política Pública destinada a Erradicação da Pobreza Brasileira. 22-23/06/2012 – Goiana, Goiás. Orientações Técnicas:Centro de Referência de Assistência. Disponível em: < <http://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/download/782/821> >. Acesso em 12 fev. 2019.

NOVAES, Flavio Santos. **O Bolsa Família no contexto das Políticas Públicas.** ANPAD, Vitória/ES – 28 a 30 de novembro de 2010. Disponível em: < <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enapg165.pdf> > Acesso em 12 fev. 2019.

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: 16 dez. 2018.

ROCHA, S. Estimação de linhas de indigência e de pobreza: opções metodológicas no Brasil. In: **DESIGUALDADE e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

_____. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC [Brasília]: CAPS: UAB, 2009.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

_____, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

_____, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos esquemas de análises, casos práticos**. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

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.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p.20-45, jul/dez 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf> > Acesso em: 12 fev. 2019.

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. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a21v21n2.pdf> > Acesso em: 16 jan. 2019.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIA S, 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.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** /Liane Carly Hermes Zanella.– Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES :UAB, 2009.164p.

_____, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa** / Liane Carly Hermes Zanella.–2. ed. reimp.–Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2013. 134 p.

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.

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas.São Paulo: Cortez, 2002.

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.