



CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL NO PERÍODO DE 2009-2013

ALESSANDRA DA ROSA SANTOS
LUÍS FERNANDO KRANZ
PAUL DOUGLAS FISHER

O Programa Bolsa Família (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. Possui três eixos principais:

- a) a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza;
- b) as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e,
- c) as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

Segundo Trevisani et al. (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 Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (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. Partindo daí a importância de adequar 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 et al., 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 de-

senho 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 et al., 2012).

Trevisani et al. (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. A despeito 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 et al., 2008).

Em pesquisa de Vaitsman et al. (2009), 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. Comprovando 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 de pobres aumentaria de 30% para 42%.

CONDICIONALIDADES DE SAÚDE

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 7 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 do bebê.

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) afirmaram 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%). [...]. 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 et al. (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 que “a concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber de condicionalidades”. 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 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).

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 os de famílias não beneficiárias.

Uma explicação para o efeito do PBF sobre a sobrevivência da criança está associada às condicionalidades na saúde, o que incluem visitas pré-natais, cuidados pós-natais e atividades educacionais de saúde e nutrição para as mães, bem como o respeito do calendário de vacinação regular e de rotinas de *check-up* para crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 7 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 as necessidades de saúde da população e as 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. 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 et al., 2014).

Oliveira et al., (2011) afirmam que “a influência dos fatores socioeconômicos dos pais, como a escolaridade, sobre a saúde dos filhos, gera 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. Sendo importante, então, ir além da evidência científica, além da mobilização e da participação popular, assim como a 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 (SENNA et al., 2007).

Vaitsman et al. (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.

Neste contexto, este estudo apresentou como objetivo geral descrever as condicionalidades de saúde do PBF em Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013. Como objetivos específicos:

- 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 PBF no município de Sapucaia do Sul; e,
- 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.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva de abordagem quantitativa e retrospectiva. Os dados referentes ao período estudado (2009-2013) estão disponíveis em bases de domínio público, viabilizando acesso aos dados disponibilizados pelo governo federal através da geração do relatório de informações vinculados ao Relatório de Informações Sociais e vinculado ao MDS. O acesso aos dados ocorreu na data de 01 de dezembro de 2014 entre 9 e 16h (http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp). A população-alvo englobou dados referentes às famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo PBF, no período de 2009 a 2013 (Quadro 1).

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.

Por fim, a delimitação espacial do estudo se restringe ao município de Sapucaia do Sul, situado na região metropolitana de Porto Alegre, capital estadual do Rio Grande do Sul (RS), ligado aos 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. Em 2010 possuía uma população de 130.988 habitantes

segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,726, na faixa de alto desenvolvimento.

A Rede Municipal de Saúde apresentava a seguinte estrutura:

- a) Atenção Básica: apresenta 19 equipes da Estratégia Saúde da Família e 5 equipes Básicas de Saúde, distribuídas em 23 Unidades de Saúde, além do Programa de Atenção Domiciliar (PAD);
- b) Atenção Secundária: composta por uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS – AD), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), da Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), Infectologia/SAE, do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e da Unidade Central de Especialidades (UCE); e,
- c) Atenção Terciária: abrange o Serviço de Atenção Médica de Urgência (SAMU) e a Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas, além da Coordenação de Vigilância em Saúde.

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

Quadro 1: Condicionalidade de saúde x variáveis abordadas no estudo

CONDICIONALIDADES DE SAÚDE	VARIÁVEIS
Acompanhamento de famílias beneficiadas	Proporção de famílias beneficiadas com perfil saúde totalmente acompanhadas pelo município
Acompanhamento de crianças de famílias beneficiadas	Proporção de crianças de famílias beneficiadas com perfil saúde acompanhadas pelo município
Acompanhamento de crianças de famílias beneficiadas com vacinação em dia	Proporção de crianças de famílias beneficiadas com perfil saúde com vacinação em dia
Acompanhamento de gestantes de famílias beneficiadas	Proporção de gestantes de famílias beneficiadas com pré-natal em dia

RESULTADOS

Na tabela 1 se encontra as metas pactuadas e as atingidas para acompanhamento de famílias beneficiadas para o quinquênio 2009-2013 em Sapucaia do Sul. Observa-se uma redução da cobertura atingida (de 40,8% para 31,7%) ao mesmo tempo que a meta pactuada passou de 30% para 34%.

Tabela 1: Metas pactuadas e coberturas atingidas pelo município para acompanhamento de famílias beneficiadas de Sapucaia do Sul nos anos avaliados.

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

Fonte: (Sispacto) <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>

O 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, encontra-se na tabela 2.

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=1.058) 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 4.

Tabela 2: Proporção de famílias beneficiadas com perfil saúde totalmente acompanhadas pelos municípios de Sapucaia do Sul e Porto Alegre, o estado do Rio Grande do Sul e o Brasil, 2009-2013

Ano e vigência	Famílias acompanhadas				
	Sapucaia do Sul	Porto Alegre	RS	Brasil	
	%	%	%	%	
2009	1 ^a	61,7	18,6	51,5	71,0
	2 ^a	59,1	42,0	55,7	74,4
2010	1 ^a	66,3	45,1	46,2	76,3
	2 ^a	52,4	50,1	60,6	77,4
2011	1 ^a	54,3	48,1	60,9	78,5
	2 ^a	59,6	48,0	62,2	79,9
2012	1 ^a	32,6	52,9	61,1	80,3
	2 ^a	53,8	66,9	67,2	80,5
2013	1 ^a	13,5	58,1	63,6	80,8
	2 ^a	31,7	58,9	63,6	80,8

*Percentuais obtidos com base no total de famílias perfil saúde

CONDICIONALIDADES – Crianças

Em relação às crianças acompanhadas (Tabela 3), em Sapucaia do Sul ocorreu uma redução no percentual de cobertura de 49,5% (n=833) em 2009-1^a para 31,2% (n=849) em 2013-2^a. Embora tenha ocorrido um aumento do número de crianças do Perfil saúde (2009 - 1^a: 96.909 vs. 2013 - 2^a: 221.927), houve uma redução de 17,4% no número de crianças acompanhadas.

Situação diferente ocorreu na evolução dos dados de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul (RS), que apresentaram aumento do número e proporção de crianças acompanhadas.

No que se refere à proporção de crianças com vacinação em dia (tomando como base o total de crianças acompanhadas), o município de Sapucaia do Sul esteve quase sempre em 100%, Porto Alegre entre 98,3% (2013-2^a) e 99,7% (2009-1^a), o RS de 99,1% (2013 - 1^o) a 99,9%

(2013 – 2ª) e o Brasil 95,1% a 99,2%. Ou seja, a proporção de crianças com vacinação em dia apresentou-se adequado para o município.

CONDICIONALIDADES – Gestantes

No que se refere às informações das gestantes, em Sapucaia do Sul ocorreu um aumento de 72,1% na estimativa do número de gestantes no período, de 68 para 117. Este aumento também ocorreu no município de Porto Alegre (161,7%), para o RS (37,4%).

Quanto à condição das consultas de pré-natal em dia, em Sapucaia do Sul o percentual de gestantes com pré-natal em dia mostrou-se abaixo do observado para Porto Alegre, o RS e o Brasil.

Tabela 3: Proporção de crianças de famílias beneficiadas com perfil saúde acompanhadas pelo município e a proporção com 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		
	% Cobertura	Vacinação em dia %**	% Cobertura	Vacinação em dia %**	% Cobertura	Vacinação em dia %**	% Cobertura	Vacinação em dia %**	
2009	1ª	49,5	100	27,8	99,7	60,9	99,6	75,2	99,0
	2ª	51,4	99,9	47,3	98,5	62,7	99,5	75,4	95,1
2010	1ª	50,0	100	44,5	99,4	61,6	99,4	76,9	99,1
	2ª	42,5	100	52,2	99	64,2	99,6	77,9	99,2
2011	1ª	45,9	90,3	47,9	99,2	63,3	99,5	78,8	99,1
	2ª	48,8	100	46,0	99,2	63,4	99,2	79,9	96,6
2012	1ª	26,2	100	50,7	98,7	63,7	99,4	80,3	98,9
	2ª	38,6	100	70,2	98,8	69,2	99,3	80,5	98,0
2013	1ª	22,4	100	62,1	97,0	64,5	99,1	80,3	99,1
	2ª	31,2	99,8	62,6	98,3	64,7	99,9	80,6	98,7

*Percentuais obtidos com base no total de crianças - perfil saúde;

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

Tabela 4: Proporção de gestantes de famílias beneficiadas com pré-natal em dia em 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	
		Pré-natal em dia	Pré-natal em dia	Pré-natal em dia	Pré-natal e dia	
		%	%*	%	n	%
2009	1 ^a	27,9	54,7	42,6	96020	28,4
	2 ^a	26,5	57,0	42,7	100421	29,7
2010	1 ^a	21,4	44,1	43,6	100284	28,7
	2 ^a	68,6	64,8	51,2	114542	32,8
2011	1 ^a	69,7	42,5	36,4	113061	24,2
	2 ^a	8,1	35,6	36,0	115825	24,8
2012	1 ^a	7,1	59,1	49,6	166397	35,7
	2 ^a	48,5	78,3	55,5	169558	34,9
2013	1 ^a	4,3	68,2	51,9	174947	35,0
	2 ^a	24,8	83,1	58,5	196333	39,0

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

DISCUSSÃO

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 foram decrescentes ainda que os números demonstrem uma elevação no número de beneficiários. Diferenciado da capital Porto Alegre e

dos números para o RS e Brasil onde aumentaram o número de famílias acompanhadas.

As pesquisas em geral mostram que as condicionalidades de saúde apresentam crescimento tanto no acompanhamento como em resultados de saúde para a população. No artigo de Jaime et al., (2011), os autores descrevem 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 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. A intersectorialidade é uma das vertentes das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, tanto com atendimento as famílias beneficiárias do PBF como com a integração das ações dos diferentes setores (Saúde, Educação, Assistência Social e Trabalho) no território.

Trevisani et al. (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. É funda-

mental que a equipe de saúde esclareça a família sobre o seu papel no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do PBF 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 et al., (2014), os autores comentam que apesar da expansão do PBF ainda são pouca 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 Bolsa Família certamente conterà problemas pendentes, trata-se 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 constitui 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, na ampla discussão de Trevisani et al. (2012) salientaram 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 se apresentam 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. A autora cita 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 no seu estudo, a 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.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste trabalho, apesar de mostrar o baixo avanço do município de Sapucaia do Sul, demonstram que Porto Alegre, o Rio Grande do Sul e o 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 Contrato Organizativo da ação Pública da Saúde (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 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 saúde com a eliminação da pobreza.

REFERÊNCIAS

Brasil. Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm

_____. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 09 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.

_____. Portaria nº 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a Portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2008/Portaria%20no%20321-%20de%2029%20de%20setembro%20de%202008.pdf

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Castro CO, Walter MIMT, Santana CMB, Stephanou MC. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. *Opinião pública*, 15(2): 333-355, 2009.

Estrella J & Ribeiro LM. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. *Rev. Adm. Pública*, 42(3): 625-641, 2008.

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.* 24(6): 809-824, 2011.

Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB, Almeida CCB, Matuda NS. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5): 1347-1357, 2014.

Oliveira FCC, Cotta RMM, Sant'ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3307-3316, 2011.

Senna MCM, Monnerat GL, Schottz V, Magalhães R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira. *Rev. Katál*, 10(1): 86-94, 2007.

Rasella D. Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil. [Tese de doutorado]. Salvador: Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013.

Trevisani JJD, Burlandy L, Jaime PC. Fluxos Decisórios na Formulação das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família. *Saúde e Sociedade*, 21(2): 492-509, 2012.

Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 731-41, 2009.

Wolf MR & Barros Filho AA. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil – uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5): 1331-1338, 2014.