

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

**“O desempenho do Setor Saúde no acompanhamento das
condicionalidades do Programa Bolsa Família: a intersectorialidade em
ação”**

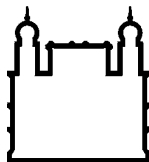
por

Ana Maria Cavalcante de Lima

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos

Brasília, agosto de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“O desempenho do Setor Saúde no acompanhamento das
condicionalidades do Programa Bolsa Família: a intersectorialidade em
ação”***

apresentada por

Ana Maria Cavalcante de Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Patricia Constante Jaime

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos — Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

- L732 Lima, Ana Maria Cavalcante de
O desempenho do setor saúde no acompanhamento das
condicionalidades do Programa Bolsa Família: a
intersectorialidade em ação. / Ana Maria Cavalcante de Lima. --
2013.
xv,76 f. : tab. ; graf.
- Orientador: Santos, Leonor Maria Pacheco dos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
1. Programas Governamentais. 2. Renda. 3. Política Social.
4. Vigilância Nutricional. 5. Desnutrição. 6. Sobrepeso.
7. Monitoramento. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.882

*“desigualdade de tratamento corresponde a um reconhecimento
da desigualdade de situação”
(Bobbio, 2000).*

AGRADECIMENTOS

A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/Ministério da Saúde pela oportunidade na realização do Mestrado.

A ENSP/FIOCRUZ e IPEA pelo aprendizado e inspiração no campo das políticas públicas.

Aos colegas do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas pelo companheirismo e apoio.

Aos colegas do Ministério da Saúde pelo apoio na condução desse estudo.

Ao Sérgio pelo apoio e companheirismo.

RESUMO

A condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) é um conjunto de compromissos do poder público e das famílias inscritas no programa para a garantia dos seus direitos sociais básicos. O estudo avalia a evolução dos resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde no período entre 2005 e 2012 e descreve as tendências da baixa estatura e excesso de peso em crianças menores de cinco anos de idade, inscritas no programa, no período de 2008 e 2012, uma vez que são considerados os principais agravos nutricionais em crianças menores de cinco anos no Brasil. A pesquisa utilizou dados secundários obtidos por consulta ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O número de famílias beneficiárias a serem acompanhadas pela saúde aumentou gradativamente, passando de 5,5 milhões em 2005 a 11,8 milhões em 2012. O número de famílias acompanhadas evoluiu de 1,8 milhões na 1ª vigência de acompanhamento de 2005 para 8,6 milhões na 2ª vigência de 2012. Somente na 2ª vigência de acompanhamento de 2012 conseguiu-se atingir a meta nacional de 73% de acompanhamento, pactuada nos instrumentos de gestão do SUS. A série histórica da prevalência de baixa estatura apresentou significativa tendência de declínio, com destaque para as Regiões Nordeste, Norte e declínio menor, mas significativo, na Região Sul. Já a série histórica da prevalência de excesso de peso nas crianças analisadas neste estudo, mostra tendência crescente significativa apenas na Região Sudeste e estados de Alagoas, Ceará, Espírito Santo e São Paulo. A baixa estatura e o excesso de peso em crianças nesta faixa etária devem ser alvo de monitoramento contínuo. O conjunto de informações aqui apresentadas apoiam as decisões a serem tomadas pelas Políticas Intersetoriais de Segurança Alimentar e Nutricional direcionadas à melhoria das condições de vida, saúde e nutrição das crianças e constitui-se como atividade fundamental no âmbito da Atenção Básica do SUS.

Palavras-chave: Programa de Transferência de Renda; Vigilância Nutricional; Desnutrição; Excesso de Peso; Monitoramento.

ABSTRACT

The health conditionalities of Bolsa Familia Program (PBF) are a set of commitments from the government and families inscribed into the program to guarantee basic social rights. The study assesses developments of the results of monitoring health conditionalities in the period between 2005 and 2012 and describes trends in low height and overweight in children under five years old, enrolled in the program, between 2008 and 2012, since they are considered the main nutritional problems in children under five years in Brazil. The research used secondary data obtained by consulting the Management System of the Bolsa Familia Program in Health and Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). The number of beneficiary families to be accompanied health sector gradually increased from 5.5 million in 2005 to 11.8 million in 2012. The number of families accompanied increased from 1.8 million in the 2nd round of 2005 to 8.6 million in the 2nd round of 2012. Only in the 2nd round of accompaniment in 2012, the national target of 73% agreed in the SUS administration instruments was reached. The historical series of stunting prevalence had a significant decline trend, especially in the north and northeast regions and a smaller, but significant decline, in the southern region. The historical series of overweight prevalence in children analyzed in this study showed significant increasing trend only in the Southeast region and in the states of Alagoas, Ceará, Espírito Santo and São Paulo. Stunting and overweight in children in this age group should be targeted for continuous monitoring. It is believed that all information discussed support the decisions to be taken by the Inter-Sectoral Policies for Food Security and Nutrition directed to the improvement of living standards, health and nutrition of children and constitutes itself as a fundamental activity within the Primary Care in the SUS.

Keywords: Income Transfer Program; Nutritional Surveillance; Malnutrition Overweight; Monitoring.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Calendário de vacinação voltado para crianças menores de quatro anos de idade no país -----	18
Figura 2 - Prevalências de baixa estatura em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF e respectiva linha de tendência no Brasil, 2008 a 2012 -----	51
Figura 3 - Prevalências de baixa estatura em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF e respectivas linhas de tendência nas Regiões Brasileiras, 2008 a 2012 -----	52
Figura 4 – Prevalências de excesso de peso e respectiva linha de tendência no Brasil, 2008 a 2012 -----	55
Figura 5 – Prevalências de excesso de peso e respectivas linhas de tendência nas Regiões Brasileiras, 2008 a 2012 -----	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF entre as segundas vigências de 2005 e 2012 -----	41
Gráfico 2 – Evolução das coberturas de acompanhamento das condicionalidades do PBF em função das coberturas de ACS, entre 2005 e 2012 no Brasil -----	45
Gráfico 3 – Evolução das coberturas de acompanhamento das condicionalidades do PBF em função das coberturas de ESF, entre 2005 e 2012 no Brasil -----	46
Gráfico 4 - Evolução do número de famílias não acompanhadas pela saúde entre 2005 e 2012 -----	47
Gráfico 5 – Evolução do acompanhamento das crianças de zero a sete anos beneficiárias do PBF, segundo o tipo de acompanhamento de saúde. Brasil, 2005 a 2012 -----	48
Gráfico 6 - Acompanhamento das condicionalidades de saúde das gestantes beneficiárias do PBF, segundo o tipo de acompanhamento de saúde. Brasil, 2005 a 2012 -----	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Detalhamento dos benefícios do PBF concedidos na folha de pagamento do mês de maio/2013 -----	10
Tabela 2 – Número de registros nutricionais das crianças beneficiárias, importados ao SISVAN entre 2008 e 2012 -----	39
Tabela 3 - Evolução do número de famílias a serem acompanhadas e as famílias acompanhadas pela saúde, a cada vigência do programa, entre os anos de 2005 e 2012 -- -----	41
Tabela 4 - Acompanhamento das condicionalidades de saúde por Unidade da Federação na 2ª vigência de 2012 -----	42
Tabela 5 - Modelos da tendência linear temporal das prevalências de baixa estatura segundo Unidade Federativa e Região, de 2008 a 2012 -----	53
Tabela 6 - Modelos da tendência linear temporal das prevalências de excesso de peso segundo Unidade Federativa e Região, de 2008 a 2012 -----	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIBF – Avaliação de impacto do Bolsa Família
BSP – Benefício de superação da pobreza
BPN – Baixo peso ao nascer
BVG – Benefício variável à gestante
BVJ – Benefício variável jovem
BVN – Benefício variável à nutriz
CADÚNICO – Cadastro único
CEF – Caixa Econômica Federal
CGAN – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CIAN – Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde
CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB – Departamento de Atenção Básica
DF – Distrito Federal
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IGD – Índice de Gestão Descentralizada
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MESA – Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SAGI – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCFV – Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP – São Paulo
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional
VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
 CAPÍTULO 1 – O Programa de Transferência de Renda – Programa Bolsa Família	 05
1.1 – Antecedentes	05
1.2 - As diretrizes do Programa Bolsa Família	07
1.3 - As condicionalidades do Programa Bolsa Família, em especial as condicionalidades de saúde	14
1.3.1 - O programa nacional de imunização brasileiro	17
1.3.2 - A vigilância nutricional no Sistema Único de Saúde	18
 CAPÍTULO 2 – O Sistema Único de Saúde e a agenda de eliminação da pobreza	 22
2.1 – O exercício da equidade e da intersetorialidade no Sistema Único de Saúde	22
2.2 – A contribuição das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição e de Atenção Básica na agenda de eliminação da pobreza	24
2.3 – O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família nos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde	26
 CAPÍTULO 3 – Evidências do efeito do Programa Bolsa Família na saúde e nutrição das famílias beneficiárias	 29
3.1 – Desnutrição infantil e o baixo peso ao nascer	30
3.2 – Acesso às ações e serviços de saúde	32

3.3 – Mortalidade infantil	35
----------------------------------	----

CAPÍTULO 4 – O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família 37

4.1 – A trajetória da pesquisa	37
--------------------------------------	----

4.2 - O resultado da gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família -	40
--	----

4.3 – O acesso das famílias beneficiárias à agenda de condicionalidades: imunização, pré natal e vigilância nutricional	47
---	----

4.4 – A magnitude dos principais agravos nutricionais nas crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família	50
--	----

CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
-----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
---	-----------

INTRODUÇÃO

A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), vinculada ao Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), é a área técnica responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A PNAN integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2012a).

Como parte das ações relacionadas à diretriz de Cooperação Intersetorial, com vistas a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para a população, a PNAN destaca seu compromisso no desenvolvimento das ações direcionadas à melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda. Segundo a PNAN, o desenvolvimento de ações intersetoriais permite o compartilhamento de decisões entre instituições e setores do governo que atuam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde e SAN da população, uma vez que não depende exclusivamente do setor saúde esta função.

Por seu histórico papel de articulação intersetorial no desenvolvimento de ações e políticas para a garantia da SAN, a PNAN e por consequência a CGAN contribui com a agenda de programas federais de transferência de renda desde o Bolsa Alimentação – um dos antecessores do Programa Bolsa Família (PBF). Desde então, ocorre o apoio à implantação e monitoramento do Bolsa Alimentação e, posteriormente, das condicionalidades de saúde do Bolsa Família, programa que hoje é considerado o maior programa de transferência de renda do país.

As condicionalidades de saúde do PBF são os compromissos do poder público e das famílias beneficiárias do programa que tenham em sua composição crianças menores de sete anos de idade e gestantes para ampliar o acesso dessas famílias aos 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.

As condicionalidades de saúde têm como objetivo ofertar serviços e ações que permitam o cumprimento do calendário básico de vacinação, o seguimento de consultas de pré natal de gestantes, da assistência ao pós parto e a realização da vigilância nutricional das crianças (BRASIL, 2004). O dia a dia de trabalho com o acompanhamento das condicionalidades do PBF me faz compreender a dimensão do desafio enfrentado pelos profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e o que na prática representa o exercício da equidade para redução da vulnerabilidade social.

A cada ciclo de acompanhamento das condicionalidades de saúde (vigência semestral), há uma grande mobilização de profissionais de saúde, gestores e beneficiários, com vistas a cumprir os compromissos básicos assumidos pelo poder público e pelas famílias. Aos poucos, os números indicam que em dez anos de implementação do programa, o setor saúde avançou, com o acompanhamento de pouco mais de 8,5 milhões de famílias beneficiárias por ano.

Sabemos hoje que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF se configura como uma oportunidade para o SUS adentrar e contribuir com a agenda de redução da pobreza no país e consequentemente, demonstra os esforços para ampliação do acesso e maior integralidade às ações e serviços de saúde. Por fim, esse imenso

trabalho executado de forma articulada entre municípios, estados, governo federal e setores afins, conforma e ressalta o papel intersetorial de cada um dos atores envolvidos com o programa.

O objetivo geral do estudo foi analisar os resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Foram definidos também os seguintes objetivos específicos: (1) Analisar o histórico da gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; (2) Avaliar o resultado da vigilância nutricional das crianças beneficiárias do PBF, no que se refere aos agravos de maior relevância em saúde pública nesta faixa etária – desnutrição crônica e excesso de peso.

A análise dos dados disponíveis é de extrema relevância para o Ministério da Saúde, pois demonstra os esforços do setor e, em especial da atenção básica do SUS na agenda de condicionalidades do programa e contribui com o diagnóstico nutricional de parcela importante da população, considerando a situação de vulnerabilidade social em que vivem as crianças beneficiárias do programa. Da mesma forma, esta pesquisa se constituirá numa relevante fonte de informações para avaliação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que é o órgão gestor do programa em nível federal e também das instâncias de controle social do SUS, como a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Segurança Alimentar e Nutricional, como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).

A dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo descreve os aspectos conceituais e as diretrizes gerais do PBF e suas condicionalidades, as perspectivas na agenda de transferência de renda e as responsabilidades assumidas pelo setor saúde. O capítulo 2 traz a confluência de esforços do SUS com a agenda de

eliminação da pobreza, o papel da atenção básica na garantia do acesso às ações e serviços básicos de saúde às famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, a contribuição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na agenda e descreve os instrumentos de pactuação e gestão intergestores do SUS que descrevem de fato o compromisso com o monitoramento das condicionalidades do programa.

O capítulo 3 apresenta as evidências do efeito do PBF nas condições de vida e nutrição dos beneficiários do programa. O capítulo 4 descreve o percurso da pesquisa e apresenta os resultados e discussões obtidos nas análises dos dados da gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde e da vigilância nutricional das crianças beneficiárias. Finalmente, são apresentadas as considerações finais, onde são retomados os objetivos da pesquisa e a síntese dos principais resultados encontrados e possíveis recomendações.

CAPÍTULO 1 – O Programa de Transferência de Renda – Programa Bolsa Família

1.1 – Antecedentes

Os programas de transferência de renda com condicionalidades têm seu início no país, com as experiências dos municípios de Campinas (SP) e Distrito Federal, em 1995. A partir de então, observa-se o desenvolvimento de uma série de programas com esse desenho nas três esferas de governo (CAMPOS FILHO, 2007).

Entre 2001 e 2003, quatro programas de transferência direta de renda às famílias foram lançados pelo Governo Federal. O Programa Bolsa Escola, instituído pela Lei nº 10.219/2001 e regulamentado pelo Decreto nº 3.823/01, tinha como público as famílias com renda *per capita* inferior a R\$90,00 que possuem crianças de seis a 15 anos de idade matriculadas na rede de Ensino Básico em todos os municípios brasileiros. A implementação do programa era de responsabilidade do Ministério da Educação e o recebimento do benefício estava condicionado a frequência escolar mensal mínima de 85% das crianças (BRASIL, 2001a).

O Programa Bolsa Alimentação instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1/2001 e regulamentado pelo Decreto nº 3.934/2001, foi coordenado pelo Ministério da Saúde (MS). Tinha como público beneficiário as gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos de idade em situação de risco nutricional, pertencentes a famílias com renda *per capita* inferior a R\$90,00. Para receber o benefício a família deveria cumprir uma agenda de compromissos que incluíam a participação em ações básicas de saúde como o atendimento de pré-natal; vacinação; acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento infantil; incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas em saúde (BRASIL, 2001b).

O Auxílio Gás foi instituído pela Medida Provisória nº 18/2001 e regulamentado pelo Decreto nº 4.102/2002, estava sob gestão do Ministério das Minas e Energia. Constituíam-se num benefício financeiro oferecido às famílias pobres (famílias pobres definidas como aquelas de renda *per capita* mensal inferior a ½ salário mínimo) para compensar o aumento no preço do gás de cozinha resultante da retirada de subsídio a esse produto (BRASIL, 2001c). O Cartão Alimentação, criado pela Medida Provisória nº 108, posteriormente convertida na Lei nº 10.689/2003 e regulamentado pelo Decreto nº. 4675/2003, foi implementado pelo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA) e tinha como finalidade prover ações específicas de promoção da Segurança Alimentar previstas pelo Programa Fome Zero. Prevista desta forma, a adoção de ações específicas, em parceria com os demais entes federados, como educação alimentar, orientações de saúde e higiene e ações estruturais como reforma agrária, saneamento básico, irrigação, habitação, construção de vias de acesso, entre outras para a superação da insegurança alimentar. O benefício de R\$50,00 era dirigido a famílias em situação de insegurança alimentar, com renda mensal inferior a meio salário mínimo *per capita* (BRASIL, 2003a).

Vale ressaltar que os programas anteriores ao PBF tinham objetivos, critérios de seleção e instrumentos de gestão distintos e havia sobreposição de beneficiários, enquanto uma importante parcela da população brasileira pobre permanecia descoberta pelos programas de transferência de renda (CAMPOS FILHO, 2007). O PBF surgiu então da unificação dos quatro programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação. Segundo Fonseca e Viana

(2006), a unificação permitiu o aprimoramento dos mecanismos de gestão, a ampliação da cobertura e a elevação do valor médio dos benefícios, além de propiciar condições para o estabelecimento de relações intergovernamentais mais articuladas na implementação de ações de redução da pobreza.

1.2 - As diretrizes do Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família foi instituído em 2004 pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro. Tem como finalidade promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004a;b).

O programa beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal *per capita* entre R\$ 70,00 e R\$ 140,00) e extrema pobreza (com renda mensal *per capita* de até R\$ 70,00). A inclusão das famílias no programa é feita por meio de seu cadastro no sistema informatizado chamado Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal.

O Cadastro Único é realizado pelos municípios e permite conhecer a realidade socioeconômica das famílias, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família (BRASIL, 2006a). A utilização de um único banco de dados pelas três esferas de governo – união, estados e municípios,

permite a focalização dos programas sociais e integra esforços dos entes federados no enfrentamento da pobreza.

O Relatório de Informações Sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI/MDS (BRASIL, 2013) aponta que o cadastro único conta atualmente com aproximadamente 25,3 milhões de famílias inscritas, o que corresponde a 81,8 milhões de pessoas cadastradas. Abaixo, a distribuição das famílias cadastradas conforme renda *per capita* mensal:

- 13.212.397 possuem renda per capita familiar de até R\$70,00;
- 18.514.807 possuem renda per capita familiar de até R\$ 140,00;
- 23.035.857 possuem renda per capita até meio salário mínimo.

Ainda segundo o Relatório de Informações Sociais da SAGI, o PBF atendeu em maio de 2013 cerca de 13,7 milhões de famílias com o repasse de recursos financeiros pagos em benefícios na ordem de 2 bilhões de reais (BRASIL, 2013). De acordo com o perfil das famílias, podem ser concedidos três tipos de benefícios: o básico, o variável e o benefício para superação da extrema pobreza na primeira infância (BSP).

O benefício básico no valor de R\$ 70, é concedido apenas a famílias extremamente pobres, que tenham renda *per capita* igual ou inferior a R\$ 70. Em maio de 2013 foram concedidos cerca de 12,5 milhões de benefícios básicos na folha de pagamento do programa (BRASIL, 2013).

O benefício variável é concedido às famílias com renda mensal de até R\$ 140,00 per capita, desde que tenham crianças, adolescentes de até 15 anos, gestantes e/ou nutrizes. Cada família pode receber até cinco Benefícios Variáveis no valor de R\$ 32,00. A folha de pagamento do programa, referência do mês de maio/2013 concedeu cerca de 21,1 milhões de benefícios variáveis (BRASIL, 2013).

Sobre os benefícios variáveis, vale descrever os tipos concedidos atualmente. O Benefício Variável à Gestante (BVG) é concedido às gestantes identificadas pelo setor saúde no conjunto das condicionalidades. O detalhamento da concessão desse benefício será explorado em capítulo específico que descreve as condicionalidades de saúde (BRASIL, 2011a).

O Benefício Variável à Nutriz (BVN) é concedido às famílias que tenham crianças com até seis meses de vida. O objetivo do benefício é garantir melhores condições de nutrição à mãe, se ela for a responsável pela(s) criança(s), e ao bebê, como auxílio na promoção da Segurança Alimentar e Nutricional, dada a grande relevância da amamentação nos primeiros seis meses de vida. Para ter direito ao benefício variável à nutriz, as crianças com menos de seis meses de idade devem ser cadastradas no Cadastro Único até o sexto mês de vida, e posteriormente realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde. As parcelas do benefício começam a ser pagas após a identificação das informações cadastrais do recém-nascido no Cadastro Único e o benefício é concedido em seis parcelas consecutivas. Antes da concessão é averiguado se a família já recebe cinco benefícios variáveis, limite atualmente estabelecido pelo programa (BRASIL, 2011a).

O Benefício Variável ao Jovem (BVJ) possui valor diferenciado de R\$ 38,00 e é concedido a todas as famílias que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola, sendo que cada família pode receber até dois BVJs. E, o Benefício para Superação da Extrema Pobreza (BSP) é concedido às famílias que, mesmo recebendo outros benefícios do PBF, continuam em situação de extrema pobreza (renda per capita mensal de até R\$ 70,00). O valor do BSP correspondente ao necessário para que a

família supere os R\$ 70,00 mensais por pessoa e pode ter valores diferenciados para cada família.

Vale esclarecer que a coordenação do programa em nível federal está sob responsabilidade do MDS e a administração do pagamento dos benefícios sob responsabilidade da Caixa Econômica Federal (CEF), legalmente constituída como Agente Operador do Programa pela Lei nº 10.836, de 2004, e pelo Decreto nº 5.209, de 19 de janeiro 2004 (BRASIL, 2004 a;b). Dentre outros objetivos, cabe à CEF organizar e operar a logística de pagamento e elaborar relatórios e fornecer bases de dados necessários ao acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização do PBF. A seguir, são detalhadas as informações acerca da concessão dos benefícios do PBF no mês de maio/2013.

Tabela 1 – Detalhamento dos benefícios do PBF concedidos na folha de pagamento do mês de maio/2013.

Quantidade de famílias beneficiárias do PBF	13.773.316
Valor total de recursos financeiros pagos em benefícios às famílias	2.080.949.976,00
Quantidade de Benefícios Básicos concedidos	12.500.188
Quantidade de Benefícios Variáveis concedidos	21.178.494
Quantidade de Benefícios Variáveis à Gestante concedidos	102.307
Quantidade de Benefícios Variáveis à Nutriz concedidos	116.852
Quantidade de Benefícios Variáveis ao Jovem concedidos	2.962.981
Quantidade de Benefícios Superação da Extrema Pobreza concedidos	4.860.364

Fonte: Construção própria - Relatório de Informações Sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI/MDS (Brasil, 2013).

Considerando as dimensões do programa – a promoção do alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda às famílias; a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza por meio do reforço ao exercício de direitos sociais básicos em saúde e educação e o apoio ao desenvolvimento de capacidades das famílias por meio da articulação com programas e ações complementares de qualificação, de geração de emprego e renda, de alfabetização, entre outros; chama a atenção a definição de condicionalidades aliada à transferência de renda com vistas a contribuir para que as famílias consigam romper o ciclo intergeracional da pobreza (BRASIL, 2004a). A ruptura do ciclo intergeracional da pobreza esperada por meio das condicionalidades, visam reforçar o exercício de direitos sociais nas áreas de saúde e educação, e que potencialmente propiciam o combate à pobreza futura por meio do investimento no desenvolvimento de capital humano (BRASIL, 2007a pág. 19). As condicionalidades definidas para o PBF compõem um conjunto de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social. Assim, as famílias beneficiárias do programa, devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício e o poder público se responsabiliza pela oferta dos serviços públicos.

No Brasil, as políticas públicas de educação e de saúde são de acesso universal, regulamentadas por instrumentos próprios e com financiamento garantido constitucionalmente. A estratégia do PBF de demandar condicionalidades vinculadas a essas políticas tem seu foco dirigido às famílias beneficiárias, em tese as mais pobres, portanto mais vulneráveis e, provavelmente, com maiores dificuldades de acesso aos serviços (CAMPOS FILHO, 2007).

São definidas como condicionalidades de saúde no PBF, o acompanhamento do cumprimento do calendário de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das

crianças menores de sete anos, a realização do pré natal das gestantes e acompanhamento da saúde das nutrizes. Nas condicionalidades de educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária. Já os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. E, na área de assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e obter frequência mínima de 85% da carga horária mensal.

Em caso de descumprimento de condicionalidades, o poder público deve implementar ações complementares de acompanhamento das famílias, em virtude da situação de maior vulnerabilidade social em que vivem essas famílias. Por outro lado, a família que por ventura encontre dificuldades em cumprir as condicionalidades, pode buscar orientações nos equipamentos públicos de assistência social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) ou as equipes de assistência social local. Esta medida busca auxiliar a família a superar as dificuldades enfrentadas. Fato é que esgotadas as chances de reversão do descumprimento das condicionalidades, a família pode ter o benefício bloqueado, suspenso ou até mesmo cancelado.

A gestão do Bolsa Família é descentralizada e compartilhada entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. Os entes federados trabalham em conjunto para aperfeiçoar, ampliar e fiscalizar a execução do Programa (BRASIL, 2004 a;b).

Segundo Licio (2004), a compreensão do contexto federativo brasileiro é fundamental para entender os processos de formulação e de gestão do programa. Os

instrumentos normativos do PBF assinalam a responsabilidade solidária das três esferas de governo e reconhecem que a implementação das condicionalidades depende do estabelecimento de mecanismos de cooperação intergovernamental, tendo em vista sua abrangência territorial, escala e capilaridade.

Esse arranjo político entre os entes federados e entre setores diversos, com vistas à garantia de direitos e redução de iniquidades sociais faz parte da definição de intersectorialidade. A ação intersectorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (JUNQUEIRA, 2000).

A articulação ressaltada no conjunto do acompanhamento do PBF reafirma uma concepção horizontalizada de intervenção pública de combate à pobreza. Segundo Magalhães (2009), os atores sociais envolvidos na implementação das ações devem ser capazes de construir metas de maneira cooperativa, integrando diagnósticos, procedimentos e resultados.

Com vistas a aprimorar os processos de gestão intersectorial e descentralizada, foi criado o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) que é um indicador que mostra a qualidade da gestão descentralizada do PBF. O IGD reflete os compromissos assumidos pelos estados e municípios na gestão do Cadastro Único e das condicionalidades. O índice varia entre zero e 1, quanto mais próximo de 1, melhor a avaliação da gestão desses processos. O método de cálculo do IGD municipal (IGD-M) leva em consideração a qualidade e integridade das informações constantes no Cadastro Único; a atualização da base de dados do Cadastro Único; as informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de educação e saúde; a adesão ao Sistema Único de

Assistência Social (SUAS); a comprovação de gastos dos recursos do IGD-M e a aprovação da comprovação de gastos dos recursos do IGD-M pelo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

Com base nesse índice, o MDS repassa recursos a estados e municípios para a realização da gestão do programa. Ressalta-se que quanto maior o valor do IGD, maior será o valor dos recursos a serem repassados. O repasse dos recursos do IGD é realizado entre o Fundo Nacional e os Fundos Estaduais e Municipais de Assistência Social, mas a perspectiva é envolver as áreas da Saúde e Educação e favorecer a decisão compartilhada sobre prioridades e demandas. Espera-se que o IGD contribua com a gestão do programa e reforce a articulação intersetorial com vistas a garantia de maior efetividade na implementação da ação e por consequência, apoie estados e municípios no alcance de metas e objetivos (MAZMANIAN, 1989).

Considerando que a agenda de eliminação da pobreza é uma competência comum às três esferas de governo e que particularmente aos municípios, são definidos papéis fundamentais na gestão compartilhada do PBF, principalmente no que se refere à coleta e registro de informações sobre as famílias no Cadastro Único, a provisão dos serviços básicos de educação e saúde e a oferta de ações ou programas complementares, foi instituída a Portaria Interministerial nº 2.509/2004. Tal Portaria descreve as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF (BRASIL, 2004a).

1.3 – As condicionalidades do Programa Bolsa Família, em especial as condicionalidades de saúde

Como já dito anteriormente, o PBF articula-se em três dimensões no combate à pobreza, a promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; o reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação, por meio de cumprimento das condicionalidades e a 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. No que se refere às condicionalidades do programa, acredita-se que contribuam para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações na medida em que o reforço ao exercício de direitos sociais nas áreas de saúde e educação potencializem o combate à pobreza futura por meio do investimento no desenvolvimento de capital humano (BRASIL, 2007a).

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos de idade e/ou gestantes. Entende-se que o cumprimento de uma agenda de condicionalidades na área da saúde favorece a utilização das ações e serviços e desta forma, contribui com a prevenção da ocorrência de diversas doenças e fatores de risco que poderiam comprometer as oportunidades de uma vida plena no futuro (MEDEIROS, 2001). Desta forma, Medeiros (2001) infere que as crianças seriam melhor nutridas e saudáveis, frequentariam a escola em condições de alcançar um melhor desempenho e desenvolver suas capacidades nas diversas dimensões da vida – econômica, social, política, cultural. Assim, os programas de transferência de renda com condicionalidades parecem constituir uma estratégia adequada para a redução da pobreza.

As atribuições do Ministério da Saúde (MS) são compartilhadas com as esferas estaduais e municipais do SUS. O conjunto das condicionalidades de saúde se concretiza na oferta dos serviços para acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério (BRASIL, 2004a).

O ciclo de acompanhamento das condicionalidades de saúde é semestral e a cada período são divulgadas as listas das famílias com perfil saúde (aquelas que tenham crianças menores de 7 anos e mulheres para a identificação das gestantes) para acompanhamento. As listas são encaminhadas pelo MDS ao MS e elaboradas com base no cadastro único e na folha de pagamento do programa. Com a divulgação das famílias beneficiárias com perfil saúde, todos os municípios se organizam por meio das equipes de atenção básica ou saúde da família para busca ativa e atendimento às famílias.

O registro das condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do PBF é realizado por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde, disponível no endereço eletrônico – <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>. Os dados transmitidos pelos municípios são consolidados pelo Ministério da Saúde e encaminhados periodicamente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, gestor federal do Programa para início do pagamento do BVG às gestantes localizadas pela saúde e repercussão dos benefícios das famílias em descumprimento de condicionalidades.

Considerando a importância da participação do setor saúde no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, somada à responsabilidade na melhoria das condições de saúde e nutrição da parcela da população em situação de vulnerabilidade social e o reforço ao direito de acesso à política universal de saúde

visando a melhoria das condições de vida, é de suma importância o bom desempenho dos municípios/estados no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias.

1.3.1 - O programa nacional de imunização brasileiro

Uma das condicionalidades de saúde para crianças menores de sete anos é o cumprimento do calendário básico de vacinação. As ações de vacinação em saúde pública são coordenadas pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro (BRASIL, 2001d). As vacinas constituem uma proteção essencial para o desenvolvimento sadio na infância. Em função disso, é estabelecido o calendário de vacinação brasileiro que corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país.

A Figura 1 apresenta o calendário de vacinação voltado para crianças menores de quatro anos de idade no país.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Nomenclatura	RDC nº 64/2012 - ANVISA	Vacina BCG	Vacina hepatite B (recombinante)	Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada)	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) e Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) - Esquema sequencial	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)	Vacina meningocócica C (conjugada)	Vacina febre amarela (atenuada)	Vacina sarampo, caxumba, rubéola	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto
	PNI	BCG	Hepatite B	Penta	DTP	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre Amarela	Tríplice viral	dT
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer									
	2 meses			1ª dose		1ª dose (VIP)	1ª dose	1ª dose				
	3 meses								1ª dose			
	4 meses			2ª dose		2ª dose (VIP)	2ª dose	2ª dose				
	5 meses								2ª dose			
	6 meses			3ª dose		3ª dose (VOP)	3ª dose					
	9 meses									Dose inicial ⁽¹⁾		
	12 meses						Reforço				1ª dose	
	15 meses				1º reforço	Reforço (VOP)			Reforço		2ª dose	
	4 anos				2º reforço							

Fonte: Site do Programa Nacional de Imunização (PNI)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>.

Figura 1 - Calendário de vacinação voltado para crianças menores de quatro anos de idade no país.

O programa de imunização brasileiro é considerado uma das formas mais eficazes de realizar a saúde preventiva, principalmente pelo caráter universal da ação. Apesar do alcance, estudos mostram que nas campanhas maciças de vacinação, ainda existem segmentos populacionais, principalmente, entre os grupos menos favorecidos, que não cumprem o calendário vacinal. Dentre os fatores que poderiam explicar essas diferenças estão a falta de informação sobre os benefícios da vacina e os custos de deslocamento até os serviços de saúde. (BRASIL, 2007b). Assim, a inserção do cumprimento do calendário vacinal nas condicionalidades do PBF pode ser uma oportunidade de inclusão de crianças que vivem em situação social menos favorecidos.

1.3.2 - A vigilância nutricional no Sistema Único de Saúde

Além do cumprimento do calendário básico de vacinação, a avaliação nutricional também faz parte do conjunto das condicionalidades de saúde. Especialmente o acompanhamento do estado nutricional das crianças beneficiárias do PBF se justifica pelo forte impacto das condições nutricionais das crianças não somente em seu bem-estar imediato, mas também na determinação do desenvolvimento físico e mental para toda a vida do indivíduo (SANTOS et al, 2011). A desnutrição na infância é considerada um dos maiores problemas de saúde pública enfrentados pelos países (BLACK, 2008) e a obesidade infantil configura-se como problema emergente (WANG Y, et al, 2002).

No Brasil, comparando-se os dados das Pesquisas Nacionais de Demografia em Saúde de 1996 e 2006, observa-se, em crianças menores de cinco anos de idade, declínio não significativo na prevalência de déficit de peso/altura (2,2% em 1996 e 1,5% em 2006), redução significativa na prevalência de déficit de altura/idade (13,4% para 6,7%) e estabilidade na prevalência de excesso de peso/altura (cerca de 7%) (BRASIL, 2009). Há diversas evidências de que déficits de crescimento na infância estão associados a maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psico-motor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta (MONTEIRO, 2009). Ademais, é comprovada a relação estreita entre estado nutricional das crianças e diferenças nas condições socioeconômicas e condições de vida das famílias (TADDEI, 2011). Já o excesso de peso na infância é um importante fator de risco para o desenvolvimento da obesidade na idade adulta e há evidências de que o tempo de exposição à doença esteja diretamente associado à morbimortalidade por doenças cardiovasculares (VITOLLO, 2008).

Apesar dos avanços no controle da desnutrição, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a), ressalta a persistência de altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis, como crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na Região Norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%). Desta forma, a vigilância nutricional de crianças beneficiárias do PBF se constitui numa medida importante para se prever os principais agravos nutricionais e aperfeiçoar o cuidado e a atenção em saúde.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) corresponde às ações da Vigilância Epidemiológica (VE) no contexto da Alimentação e Nutrição. Os objetivos propostos para a VAN incluem a avaliar o estado nutricional de diferentes grupos populacionais; avaliar as morbidades associadas aos principais desvios nutricionais; avaliar as carências nutricionais específicas de vitamina A, ferro, zinco e cálcio, entre outras; acompanhar a prevalência de aleitamento materno e a introdução de novos alimentos; acompanhar o consumo de macronutrientes e de energia, incluindo dados tanto de ingestão alimentar como de despesas familiares; acompanhar a qualidade da alimentação quanto ao consumo de frutas, verduras e legumes, gorduras (trans e saturadas), sódio e açúcares livres; acompanhar o consumo de micronutrientes, principalmente de vitamina A, ferro, zinco e cálcio (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a VAN foi consolidada por meio da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN, que foi regulamentado como atribuição do SUS, por meio da Portaria nº 080/90, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 90 - Lei Orgânica da Saúde. Ademais, foi concebido para auxiliar na formulação de políticas

públicas; planejar, acompanhar e avaliar programas sociais relacionados à alimentação e nutrição; e por fim, avaliar a eficácia das ações governamentais (BRASIL, 2008).

Por sua função em contribuir com os programas sociais e levando em consideração o potencial de uso da VAN ao permitir a utilização local da informação sobre o perfil alimentar e nutricional e o possível impacto do PBF no estado nutricional de seus beneficiários, a Vigilância Nutricional foi incluída no conjunto das condicionalidades de saúde do PBF. As informações de peso e altura dos beneficiários do programa são coletadas localmente durante o acompanhamento das condicionalidades de saúde e registradas no Sistema de Gestão do PBF na Saúde.

Ao final de cada vigência de acompanhamento, os dados do estado nutricional dos beneficiários são importados e consolidados no SISVAN e ficam disponíveis publicamente por meio de relatórios. As informações consolidadas e públicas têm o potencial de servirem de subsídio para a realização de ações voltadas ao restabelecimento das condições adequadas de saúde e nutrição da população acompanhada.

CAPÍTULO 2 – O Sistema Único de Saúde e agenda de eliminação da pobreza

2.1 – O exercício da equidade e da intersetorialidade no Sistema Único de Saúde

Além de reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases do SUS, devidamente ratificadas pela Lei Orgânica 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). Os princípios constitucionais do SUS incluem a universalização da assistência garantida a todo cidadão; a integralidade da atenção incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Por sua vez os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas de gestão - federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema (BRASIL, 2011b).

Por seu caráter universal, o SUS é tido como uma importante política de promoção de inclusão social e seus avanços são significativos, apesar de persistirem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público equânimo (BRASIL, 2011b). Ainda são observadas desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde e/ou condições de saúde. Por exemplo, quando analisado o coeficiente de mortalidade infantil observa-se em 2004, 44 mortes por 1.000 crianças negras e 29 mortes por 1.000 crianças brancas. Assim, apesar de evidente o decréscimo da mortalidade infantil no país, as disparidades sociais ainda persistem (VICTORA et al, 2011).

Outra evidência da magnitude da desigualdade social no país foi evidenciada no diagnóstico de famílias em situação de pobreza extrema. Segundo dados do Censo 2010, o perfil dos extremamente pobres no Brasil compreende (BRASIL, 2011d):

- 59% estão concentrados na Região Nordeste - 9,6 milhões de pessoas;
- do total de brasileiros residentes no campo, um em cada quatro se encontra em extrema pobreza (25,5%);
- 51% tem até 19 anos de idade;
- 40% tem até 14 anos de idade;
- 53% dos domicílios não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossa séptica;
- 48% dos domicílios rurais em extrema pobreza não estão ligados à rede geral de distribuição de água e não têm poço ou nascente na propriedade;
- 71% são negros (pretos e pardos);
- 26% são analfabetos (15 anos ou mais).

Para melhorar a situação da saúde da população e reduzir as iniquidades, considera-se a abordagem dos determinantes sociais (DSS). Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Tal abordagem reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam e prevê a construção de intervenções coordenadas e coerentes entre si, capazes de potencializar a redução da vulnerabilidade e da desigualdade (CNDSS, 2008).

Desta forma, o enfrentamento das desigualdades é um desafio no âmbito da saúde pública e acredita-se que o SUS possa promover equidade na utilização e acesso a serviços de saúde, sem comprometer seu caráter universal e igualitário (PAIM, 2006).

Acredita-se ser esta a contribuição do SUS à agenda de redução da pobreza no país, revelada pela busca da garantia da inclusão e consequentemente redução da vulnerabilidade social.

Ainda com vistas a reduzir as iniquidades relacionadas à estratificação social, as intervenções sobre os níveis de DSS devem atuar de forma coordenada e intersetorial, considerando as políticas mais gerais de caráter transversal que fortaleçam a coesão e ampliem o capital social das comunidades vulneráveis. Tendo o PBF caráter equânime e intersetorial, dialoga de forma estreita com a lógica da DSS e conflui com o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BUSS, Et al, 2007).

2.2 – A contribuição das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição e de Atenção Básica na agenda de eliminação da pobreza

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) compreende os esforços do Ministério da Saúde com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Em sua primeira edição, publicada em 1999, a PNAN já apontava como um dos seus compromissos a vigilância nutricional dos grupos biológicos (crianças, gestantes) e sociais (baixa renda) mais expostos aos problemas da nutrição (BRASIL, 2003b). Em sua atualização e aprimoramento, realizada em 2011, a PNAN reforça seu compromisso com o acompanhamento nutricional e de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda no sentido de potencializar as ações

desenvolvidas pelas equipes de saúde, de forma a qualificar a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias (BRASIL, 2012a).

Por sua vez a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), inova e amplia o seu escopo na medida em que assume ser a atenção básica a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e articula a atenção básica do SUS a importantes iniciativas no contexto intersetorial e de promoção da saúde (BRASIL, 2012b). Passa a caracterizar a atenção básica por:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

Adicionalmente, outras características comuns à atuação da atenção básica e dos programas de transferência de renda aproximam ambas as ações, como por exemplo, o seu desenvolvimento com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e o contato permanente com as famílias, de forma a aproxima-se da vida das pessoas. Das atribuições específicas do agente comunitário de saúde compartilha a responsabilidade com a agenda de condicionalidades do PBF:

“Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da

saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012b).”

Observa-se claramente na PNAN e PNAB o compromisso e o alinhamento com políticas intersetoriais que buscam contribuir com o desenvolvimento social da população. Pode-se afirmar que a agenda de condicionalidades de programas de transferência de renda, entre eles o PBF passa a ser citado no conjunto de responsabilidades das políticas de saúde o que expressa o papel relevante que os profissionais de saúde desempenham na busca por um cuidado integral à saúde e prioridade aos que têm mais necessidade, reforçando a sua atuação na perspectiva da equidade.

2.3 – O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família nos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde

A gestão do PBF na saúde segue a lógica organizativa do SUS e desta forma é descentralizada e compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios. Com o intuito de reforçar o compromisso dos gestores do SUS com essa agenda, alguns indicadores relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF foram incluídos nos instrumentos de gestão do SUS. O Pacto pela Saúde constitui-se

num conjunto de indicadores de saúde pactuados entre gestores para o alcance de metas e objetivos baseados em prioridades da rede de atenção à saúde. Esse Pacto leva em consideração as diferenças e iniquidades regionais. Segundo instrutivo de pactuação de indicadores do pacto, o intuito do instrumento é não somente definir metas e prioridades em nível nacional, mas avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais (BRASIL, 2006b).

A diretriz 1 do pacto aponta as prioridades na garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada (BRASIL, 2006b). No conjunto de objetivos nacionais a serem alcançados, o objetivo 1.1 refere-se à utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica. Para alcance desse objetivo foi construído o indicador 2 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, cuja descrição é: Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica. A meta nacional pactuada a ser atingida é cobertura maior ou igual a 73%. As esferas de pactuação são: Federal, Estadual, DF e Municipal (BRASIL, 2006b).

Em 2011 foi instituído no SUS o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Seguindo a mesma lógica do Pacto de Gestão, estabelece compromissos entre gestores para organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na Região de Saúde. A diretriz 1 que trata da Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada

traz o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF como uma das prioridades entre gestores (BRASIL, 2011d).

Por fim, o Plano Nacional de Saúde 2012 – 2015 destaca os fatores socioeconômicos, culturais, condições de vida e trabalho como condicionantes da saúde da população. Além de reforçar o papel do SUS na redução das desigualdades sociais, tem como objetivo aperfeiçoar o SUS para que a população tenha acesso integral às ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim, para a melhoria das condições de saúde, redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2011e). Como instrumento de monitoramento do Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015 foram definidos Objetivos Estratégicos onde a agenda do acompanhamento das condicionalidades de saúde ganha destaque no conjunto de resultados a serem alcançados no Objetivo Estratégico 16, cuja finalidade é “Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país” (Brasil, 2011e).

Assim, considerando a inclusão da agenda de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF nos instrumentos de gestão e pactuação intergestores do SUS atesta-se o reconhecimento da ação no conjunto de prioridades do setor saúde. Igualmente reforça o compromisso de estados e municípios no acompanhamento das famílias beneficiárias do programa, de forma a garantir de fato um maior acesso e utilização dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 3 – Evidências do efeito do Programa Bolsa Família na saúde e nutrição das crianças de famílias beneficiárias

O desenvolvimento do conhecimento em saúde possibilita a geração de evidências e instrumentos importantes à gestão e avaliação de ações e serviços de saúde. Neste sentido, evidências científicas são bases fundamentais e mecanismos importantes de transferência de conhecimento na defesa de sistemas e condições no cuidado em saúde. Entende-se que os estudos e pesquisas disponíveis contribuem para o fortalecimento e aumento da capacidade institucional das políticas públicas de saúde e de assistência social no país.

Considerando a relevante contribuição das pesquisas na tomada de decisão, apresenta-se a seguir a síntese das principais evidências sobre o efeito do Programa Bolsa Família na saúde e nutrição infantil. Serão destacados seis estudos e pesquisas:

- As Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007 (MONTEIRO, 2009);
- Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc (SANTOS, et al, 2010);
- Efeitos do programa de transferência de renda sobre a nutrição infantil no Brasil (PAES-SOUSA, 2011);
- Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012c);
- Pesquisa AQUARES sobre o Perfil epidemiológico dos beneficiários do Programa Bolsa Família e o desempenho dos serviços de atenção básica à saúde nas Regiões Nordeste e Sul do Brasil (FACCHINI, 2013); e

- Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities (RASELLA, 2013).

3.1 – A desnutrição infantil e o baixo peso ao nascer

A desnutrição infantil é um dos maiores problemas de saúde enfrentados nos países em desenvolvimento. Há evidências exaustivas de que déficits de crescimento na infância estão associados a maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psico-motor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta (BLACK, 2008).

A tendência secular da desnutrição em crianças menores de cinco anos tem sido objeto de estudos em função da disponibilidade de inquéritos antropométricos nacionais realizados no País. Com base nesses inquéritos, tendências declinantes na prevalência de desnutrição na infância foram identificadas, possibilitando um estudo detalhado dos fatores que influenciaram essa tendência. Os dados analisados no artigo “As Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007” (MONTEIRO, 2009), foram realizados no Brasil em 1996 e 2006/7 em amostras probabilísticas de cerca de 4 mil crianças menores de cinco anos. A identificação dos fatores responsáveis pela variação temporal da prevalência da desnutrição considerou mudanças na distribuição de quatro determinantes potenciais do estado nutricional.

Os resultados da análise comprovaram que a prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50%: de 13,5% em 1996 para 6,8% em 2006/7. Dois terços dessa redução poderiam ser atribuídos à evolução favorável dos quatro fatores estudados: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo

das famílias (programas de transferência de renda); 11,6% à expansão da assistência à saúde (em especial a organização da atenção básica) e 4,3% à melhoria nas condições de saneamento. Assim, o estudo conclui que a conquista desse resultado depende da manutenção das políticas econômicas e sociais que têm favorecido o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento.

O estudo “Efeitos do programa de transferência de renda sobre a nutrição infantil no Brasil” (PAES-SOUSA, 2011) teve como objetivo identificar possíveis associações entre a inclusão no PBF e indicadores antropométricos em crianças menores de 5 anos de idade. Os autores verificaram efeito geralmente positivo entre a transferência de renda e os resultados antropométricos. Constataram que as transferências de renda podem contribuir com o acesso aos direitos sociais básicos de alimentação, vestuário, transporte e bens e serviços. As condicionalidades do programa podem induzir os beneficiários a procurar a saúde pública, a educação e os serviços de assistência social. E, o aumento na utilização dos serviços sociais públicos dependerá da medida em que tais serviços são prestados. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de garantir às famílias no PBF maior acesso a bens e serviços que possibilitem a melhoria da nutrição e por consequência da saúde das famílias.

O peso ao nascer também é considerado um dos principais fatores de risco relacionados à mortalidade infantil e a sobrevivência das crianças. Vários fatores são responsáveis pelo aumento do baixo peso ao nascer (BPN) em uma população, como condições socioeconômicas ruins, baixa estatura das mães, hábito de fumar, mães de baixa escolaridade, mães adolescentes e solteiras, bem como patologias da gestação tais

como hemorragias, infecções urinárias, doença hipertensiva da gestação. Em síntese, todos esses fatores levam a dois processos que fazem com que uma criança nasça com baixo peso ao nascer: o encurtamento da gestação – a prematuridade – e o crescimento intrauterino retardado ou desnutrição intra-uterina (MONTEIRO, 2000).

O estudo “Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste: pareamento entre CadÚnico e Sinasc (SANTOS, et al, 2010)” teve como objetivo avaliar o efeito do PBF no baixo peso ao nascer. Os resultados do estudo apontaram que a prevalência de BPN nos filhos de mulheres beneficiárias do PBF (5,5%) foi menor do que nas não beneficiárias (6,5%), no estrato mais baixo de renda familiar per capita (< R\$ 70,00). Nos nascidos vivos de famílias com renda per capita mais elevada (R\$ 70,00 a R\$ 140,00) a diferença não foi estatisticamente significativa. Os autores concluem que o benefício do PBF pode ter um papel importante na prevenção do baixo peso ao nascer.

3.2 – O acesso às ações e serviços de saúde

Vários são os estudos que buscam avaliar o acesso ou utilização dos serviços de saúde do SUS pela população beneficiária do PBF. A Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – 2ª rodada (AIBF II), por exemplo, foi organizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em 2009 e teve com o objetivo compreender o impacto do Programa nas condições de vida das famílias beneficiadas. A AIBF é uma pesquisa longitudinal de avaliação do impacto do PBF, que contrasta famílias beneficiárias e não beneficiárias, quanto aos itens de consumo das famílias beneficiárias, à antropometria de crianças, à vida escolar das crianças, além de

outros aspectos-chave do PBF, considerando condições de acesso à educação, saúde e mercado de trabalho. Tal pesquisa, foi realizada em 269 municípios, tem representatividade nacional e para três macrorregiões: Nordeste, Norte Urbano e Centro Oeste e Sul e Sudeste. Em 2005, foi realizada a sua primeira rodada, na qual se utilizou metodologia quase experimental e técnicas de pareamento por escore de propensão. Na coleta de dados realizada em 2005, foram entrevistadas 15.426 famílias. Dessas, 11.433 foram novamente entrevistadas na segunda rodada da pesquisa, realizada em 2009. Com as duas rodadas já realizadas foi possível responder a duas questões: as famílias beneficiárias do PBF estão em melhores condições de vida em 2009 do que estavam em 2005 e se as famílias beneficiárias estão em melhores condições de vida em 2009 do que estavam em 2005 por causa do PBF.

Dentre os resultados encontrados na seção que apresenta os resultados de saúde, a proporção dos filhos de beneficiárias do PBF que eram amamentados de maneira exclusiva, pelo menos durante os seis primeiros meses de vida, é oito pontos percentuais maior (61%, em comparação com 53%) quando comparado com as não beneficiárias do PBF. Sobre a desnutrição em crianças, verificou-se uma redução da prevalência de desnutrição crônica entre 2005 e 2009 e, comparando essas tendências em função do benefício do PBF, o predomínio de desnutrição crônica entre as crianças cujas mães recebem benefícios do PBF diminuiu de 15% para 10% em quatro anos. Contudo, redução semelhante ocorreu entre as crianças de domicílios não beneficiários do PBF. A análise de impacto mostrou um efeito positivo do programa em relação à desnutrição aguda e ao Índice de Massa Corporal em crianças (BRASIL, 2012c).

Sobre os programas de vacinação, sabe-se que são amplamente considerados como um indicador da qualidade geral da prestação de serviços de saúde de um país, em

função da universalidade e excelente cobertura. Pelo importante papel protetor do esquema vacinal no primeiro ano de vida, a AIBF II focou no atendimento ao calendário de vacinação nessa faixa etária. A proporção de crianças com até seis anos de idade que nunca recebeu nenhuma vacina caiu de 21% para 18% entre 2005 e 2009, mostrando algum aumento da cobertura de vacinação. De modo geral, a cobertura vacinal tende a ser um pouco maior entre as crianças de famílias beneficiárias do PBF. Com relação à análise de impacto, observou-se um efeito positivo do programa sobre o esquema vacinal, especialmente quando se observam os índices de vacinação DTP e contra poliomielite. A DTP foi mais frequente entre as famílias beneficiárias do PBF, com uma diferença de 15,5 pontos percentuais na segunda dose e 26 pontos percentuais na terceira dose. Por sua vez, a proporção de crianças beneficiárias que receberam a terceira dose da pólio no período apropriado foi 11,6 pontos percentuais maior do que a proporção de crianças de famílias não beneficiárias. Assim, os resultados da AIBF II contribuem no reconhecimento dos efeitos do programa e possibilitam a descoberta de uma grande agenda para o aperfeiçoamento do acompanhamento da gestão das condicionalidades, em especial a de saúde.

Mais recentemente, foi publicado o Relatório do Projeto “Perfil epidemiológico dos beneficiários do Programa Bolsa Família e o desempenho dos serviços de atenção básica à saúde nas regiões Nordeste e Sul do Brasil (FACCHINI, 2013)”. Mães e responsáveis por crianças de até sete anos de idade, residentes nas áreas de abrangência de 244 Unidades Básicas de Saúde em 35 municípios, participaram do estudo e responderam questões sobre o perfil dos beneficiários do Programa Bolsa Família, a utilização de serviços de saúde, a frequência à escola e a exposição ao trabalho infantil.

De acordo com o estudo, crianças menores de sete anos beneficiárias do Bolsa Família utilizaram mais a Unidade Básica de Saúde da área de abrangência comparadas àquelas que não recebiam o benefício. Isso evidencia avanços importantes no aumento do atendimento básico à saúde de grupos vulneráveis. Na Região Nordeste a realização de sete ou mais consultas de pré-natal na UBS do bairro foi maior em gestantes de famílias que recebiam o Bolsa Família e 90% das gestantes receberam orientação para aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, independente da região. O esquema vacinal infantil em dia alcançou, no mínimo, 90% das crianças no Nordeste e 95% no Sul. No Nordeste, a realização de consulta de puericultura, até os 15 dias de vida do bebê foi maior em beneficiários do PBF comparados aos não beneficiários. Tanto no Sul quanto no Nordeste, as consultas de puericultura de 15 dias a um ano de vida foram mais frequentes entre os beneficiários do PBF. O estudo conclui que as condicionalidades do PBF poderiam abordar uma cadeia completa do processo de cuidado, por exemplo, desde o pré-natal até o primeiro ano de vida das crianças, passando pelos cuidados do pós-parto.

3.3 – A mortalidade infantil

Ainda em 2013 foi publicado o estudo do Efeito do Programa Bolsa Família na mortalidade infantil, que se concentrou no estudo do período de 2004 a 2009 e teve como objetivo avaliar o efeito do Programa sob as taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos nos municípios brasileiros (RASELLA, 2013). Centrou-se nas causas associadas à pobreza, como a desnutrição, diarreia e infecções respiratórias, além

de alguns dos potenciais mecanismos intermediários, tais como vacinação, assistência pré-natal e internamentos hospitalares.

O estudo constatou que nos municípios onde havia alta cobertura do PBF, a mortalidade geral entre crianças foi 17% menor, sendo ainda maior quando a mortalidade específica por algumas causas como desnutrição (65%) e diarreia (53%) foi analisada. A explicação dos autores para o efeito do PBF é que o aumento da renda permite o acesso das crianças a alimentos e outros bens relacionados com a saúde. E, esses fatores ajudam na redução da pobreza das famílias, melhora as condições de vida, elimina as dificuldades no acesso à saúde e conseqüentemente, contribui para diminuição das mortes entre crianças. De forma geral, os autores reforçaram o quanto o programa de transferência de renda pode modificar as chances de sobrevivência das crianças e esperam que estes resultados contribuam para o debate sobre a relação entre as políticas sociais distributivas e as condições de saúde da população.

Concluindo, os estudos brevemente descritos neste capítulo possibilitam reconhecer ganhos importantes das políticas de transferência de renda e saúde. Oportunizam a cooperação entre academia e serviço no âmbito da gestão do SUS e contribuem sobremaneira para o fortalecimento e aumento da capacidade institucional das políticas e ações de saúde e de assistência social.

Para o setor saúde, trazem informações relevantes do impacto do programa de transferência de renda às condições de vida, saúde e nutrição das famílias beneficiárias e reforçam o papel de gestores e profissionais de saúde nesta agenda. Jannuzzi (2011) reforça a tese de que a institucionalização das atividades de monitoramento e avaliação da ação governamental ganha espaço no país e possibilita a ampliação, revisão e escala dos programas sociais.

CAPÍTULO 4 – O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família

4.1 – A trajetória da pesquisa

O presente trabalho analisou dados secundários oriundos do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, disponível no endereço eletrônico - <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>. Neste sistema estão armazenados todos os resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde, desde o ano de 2005, com destaque para o total de famílias com perfil saúde acompanhadas pelas equipes de saúde da atenção básica e a quantidade de crianças e gestantes em cumprimento de condicionalidades.

Buscou-se analisar os resultados alcançados no acompanhamento geral das famílias e no cumprimento das condicionalidades de saúde para o Brasil, Regiões e Estados. Os dados foram coletados entre os dias 10 e 12 de fevereiro de 2013. Para a análise comparativa da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi realizada pesquisa do histórico da cobertura da ESF nos municípios, disponível no endereço eletrônico - http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php - acesso realizado em 20 de junho de 2013.

Na comparação da cobertura de acompanhamento das condicionalidades, com a proporção da cobertura populacional estimada por ESF e ACS fez-se adaptação dos pontos de corte, utilizados em outro estudo: incipiente (< 30,0% de cobertura);

intermediário (30,0 – 69,9% de cobertura) e consolidado ($\geq 70,0\%$ de cobertura) (RASELLA, 2013). Na tabulação e consolidação dos dados utilizou-se o software Excel 2010 para descrição, análises e elaboração das figuras e tabelas do estudo.

Na análise dos dados nutricionais das crianças beneficiárias do PBF, foi realizado estudo de série temporal e exploratório. Os dados nutricionais das crianças beneficiárias do PBF acompanhadas pelas equipes de saúde são registrados no Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Ao final de cada vigência de acompanhamento é realizada a importação dos dados nutricionais para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), onde é possível extrair relatórios isolados do acompanhamento nutricional dos beneficiários do PBF.

As informações analisadas foram extraídas do relatório público do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, disponível no endereço eletrônico - http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios_publicos/rel_consolidado_acompanhamento.php . A população da pesquisa abrange as crianças menores de cinco anos de idade, beneficiárias do PBF com estado nutricional avaliado no conjunto das condicionalidades de saúde, no período de 2008 a 2012 (somente a partir de 2008 estão disponíveis, no SISVAN, os dados do estado nutricional das crianças beneficiárias do PBF).

Vale esclarecer que os dados referentes ao acompanhamento das condicionalidades de saúde são coletados pelos profissionais de saúde que compõem a atenção básica do SUS e inseridos no Sistema de Gestão do PBF na Saúde duas vezes por ano – ciclos de acompanhamento do programa na saúde. Os dados extraídos referem-se ao último registro nutricional das crianças beneficiárias, importados ao SISVAN no ano de referência, até o dia 12 de fevereiro de 2013. Vale ressaltar que os

dados disponíveis podem não ser exatamente das mesmas crianças, pois a cada vigência do programa é gerada a lista de famílias com perfil saúde a serem acompanhadas, com base na folha de pagamento do programa e no cadastro único. Abaixo, o número de registros extraídos do sistema ano a ano.

Tabela 2 – Número de registros nutricionais das crianças beneficiárias, importados ao Sistema de Vigilância Nutricional. Brasil, 2008 a 2012.

Ano de referência da extração dos dados	Quantidade de registros sobre o estado nutricional de crianças beneficiárias do PBF disponíveis no SISVAN
2008	1.510.523
2009	1.934.203
2010	2.490.825
2011	2.275.607
2012	1.721.490

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

As análises estatísticas avaliaram as tendências temporais das prevalências de baixa estatura, realizada com indicador baixa estatura/idade (inferior a -2 escores z; padrão OMS 2006) e excesso de peso/altura (acima de +2 escores z; padrão OMS 2006), segundo Unidade da Federação, Região, Brasil. As análises foram feitas no software Stata, versão 10 e utilizadas análises univariadas para descrição da prevalência de baixa estatura e excesso de peso no período. A regressão linear simples foi utilizada para avaliar a tendência temporal, que determinou os diagramas de dispersão e os valores dos coeficientes de determinação. Para análise do R^2 utilizou o padrão de que quanto mais próximo de um, mais ajustado encontra-se o modelo.

A partir das taxas de prevalência encontradas, foi realizada análise de tendência, tendo como variáveis dependentes (y) as prevalências de baixa estatura e excesso de

peso por Unidade da Federação, Regiões e Brasil; e como variável independente (x), os anos de verificação das taxas. A tendência foi considerada significativa quando os modelos de regressão estimados obtiveram um $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

Não foi necessária a submissão deste estudo à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, pois o procedimento de obtenção das informações utilizou base de dados secundária, disponível na Internet, de acesso público e não possui identificação nominal das famílias.

Retomando os objetivos do estudo, espera-se: Analisar os resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. E, de forma específica: Analisar o histórico da gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e Avaliar o resultado da vigilância nutricional das crianças beneficiárias do PBF, no que se refere aos agravos de maior relevância em saúde pública – baixa estatura e excesso de peso.

4.2 - O resultado da gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

A Tabela 3 apresenta a evolução do número de famílias a serem acompanhadas e as famílias acompanhadas pela saúde, a cada vigência do programa, entre os anos de 2005 e 2012. O número de famílias a serem acompanhadas na saúde entre 2005 e 2012 (chamadas “famílias com perfil saúde”), aumentou gradativamente, passando de 5,5 milhões em 2005 a 11,8 milhões em 2012 – aumento de 114%. O número de famílias acompanhadas, aumentou de 5,8 milhões no segundo semestre (vigência) de 2005 para 8,6 milhões no segundo semestre (vigência) em 2012 – aumento de 148%. Somente no

último ano, houve um aumento de aproximadamente 1,7 milhão de famílias com perfil saúde, das quais 1,4 milhão de famílias foram acompanhadas.

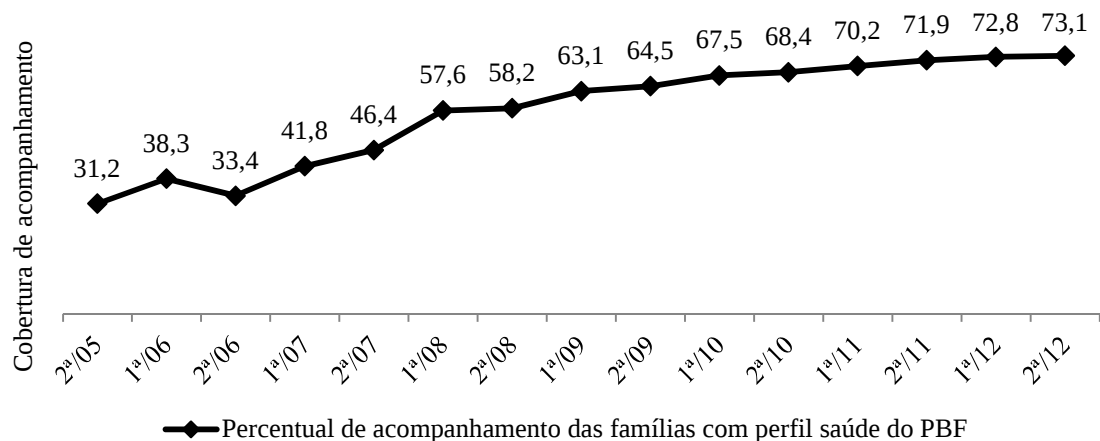
Tabela 3 - Evolução do número de famílias com perfil saúde e do número de famílias acompanhadas pela saúde a cada vigência do programa. Brasil, 2005 a 2012.

Vigência do programa	Número de famílias com perfil saúde	Número de famílias acompanhadas
2ª/2005	5.751.203	1.796.601
1ª/2006	7.338.833	2.808.992
2ª/2006	9.493.873	3.172.629
1ª/2007	10.584.746	4.425.320
2ª/2007	10.472.495	4.858.116
1ª/2008	10.460.963	6.025.288
2ª/2008	9.663.238	5.627.611
1ª/2009	9.690.559	6.112.420
2ª/2009	9.820.535	6.332.142
1ª/2010	10.020.880	6.765.524
2ª/2010	10.602.965	7.254.691
1ª/2011	10.475.913	7.354.105
2ª/2011	10.086.288	7.247.353
1ª/2012	10.322.561	7.514.018
2ª/2012	11.883.263	8.689.047

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2012.

Apesar do aumento expressivo no número de famílias acompanhadas pela saúde, somente na 2ª vigência de 2012 conseguiu-se atingir a meta nacional de 73%, pactuada nos instrumentos de gestão do SUS. O Gráfico 1 apresenta a evolução da cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde entre as segundas vigências de 2005 e 2012.

Gráfico 1 - Evolução da cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde. Brasil, 2005 a 2012



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Gestão das condicionalidades de saúde do PBF.

A Tabela 4 apresenta o número de famílias com perfil saúde, as famílias acompanhadas e a cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF por estado e região, no último ciclo de acompanhamento das condicionalidades de saúde no ano de 2012. Os Estados com maior número de famílias com perfil saúde são Bahia, São Paulo e Minas Gerais, com mais de 1 milhão de famílias a serem acompanhadas cada, em 2012. Os estados com cobertura de acompanhamento superior à meta de 73% são: Roraima, Paraná, Santa Catarina, Sergipe, Amazonas, Tocantins, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraíba, Pará, Bahia, Alagoas e Goiás (em ordem decrescente).

Tabela 4 - Acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde por Unidade da Federação na 2ª vigência de 2012. Brasil 2012.

UF/Região	Famílias com perfil saúde	Famílias Acompanhadas	Cobertura de Acompanhamento
Acre	63.852	42.004	65,7%
Amapá	46.716	17.237	36,9%
Amazonas	294.898	235.889	79,9%
Pará	724.819	552.337	76,2%
Rondônia	102.991	66.008	64,0%

UF/Região (cont.)	Famílias com perfil saúde	Famílias Acompanhadas	Cobertura de Acompanhamento
Roraima	44.099	38.257	86,7%
Tocantins	119.620	95.639	79,9%
Total Norte	1.396.995	1.047.371	74,9%
Alagoas	376.375	279.355	74,2%
Bahia	1.529.947	1.144.922	74,8%
Ceará	973.907	772.002	79,2%
Maranhão	827.417	588.026	71,0%
Paraíba	430.133	328.954	76,4%
Pernambuco	977.547	693.714	70,9%
Piauí	378.935	300.588	79,3%
Rio Grande do Norte	310.237	238.086	76,7%
Sergipe	233.861	189.031	80,8%
Total Nordeste	6.038.359	4.534.678	75,1%
Distrito Federal	72.679	21.136	29,0%
Goiás	302.377	224.000	74,0%
Mato Grosso	156.164	101.315	64,8%
Mato Grosso do Sul	121.656	84.831	69,7%
Total Centro Oeste	652.876	431.282	66,0%
Espírito Santo	171.326	124.768	72,8%
Minas Gerais	1.032.560	791.558	76,6%
Rio de Janeiro	649.579	346.427	53,3%
São Paulo	1.048.412	737.480	70,3%
Total Sudeste	2.901.877	2.000.233	68,9%
Paraná	389.788	319.443	81,9%
Rio Grande do Sul	379.643	255.401	67,2%
Santa Catarina	123.725	100.639	81,3%
Total Sul	893.156	675.483	75,6%
Total Brasil	11.883.263	8.689.047	73,1%

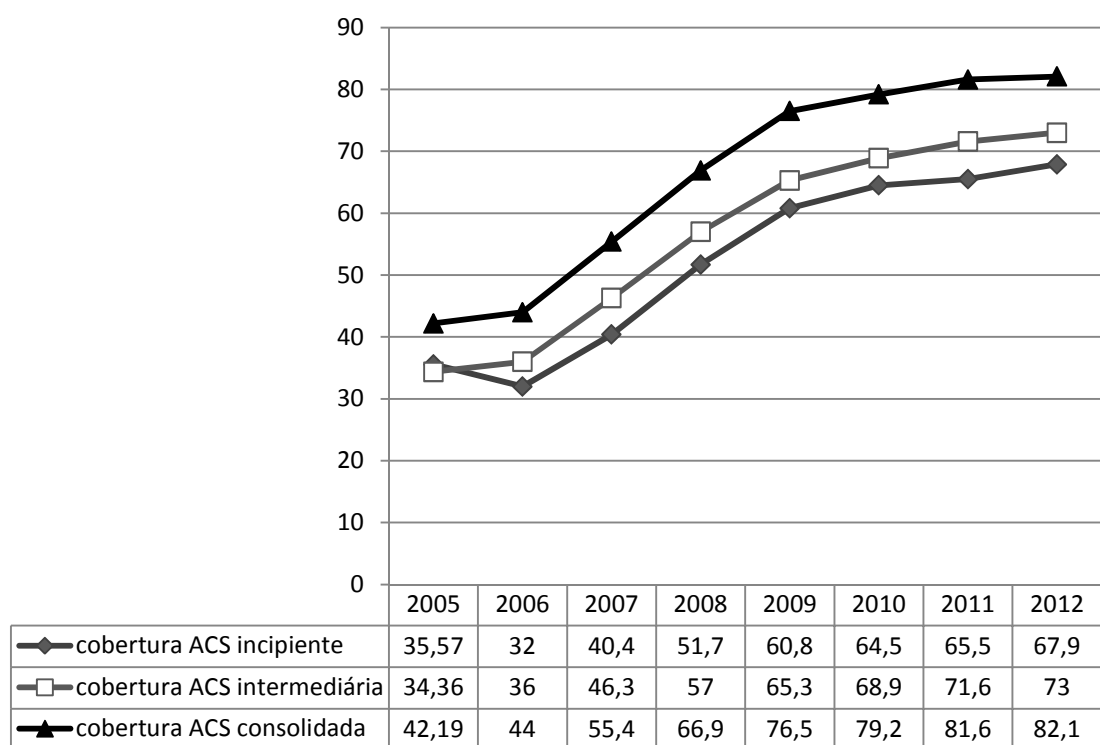
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2012.

Considerando as regiões brasileiras, observa-se que a Região Nordeste apresenta o maior número de famílias com perfil saúde (6 milhões). As famílias beneficiárias do PBF acompanhadas pela saúde e residentes na Região Nordeste correspondem a 52% do total de famílias acompanhadas no país, pouco mais de 4,5 milhões. As Regiões Sul, Nordeste e Norte apresentam as maiores coberturas de acompanhamento, 75,6%, 75,1% e 74,9% respectivamente, superiores à média nacional de 73,1%.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como a estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, propicia uma importante relação custo-efetividade à reorganização da atenção básica no País (BRASIL, 2012b).

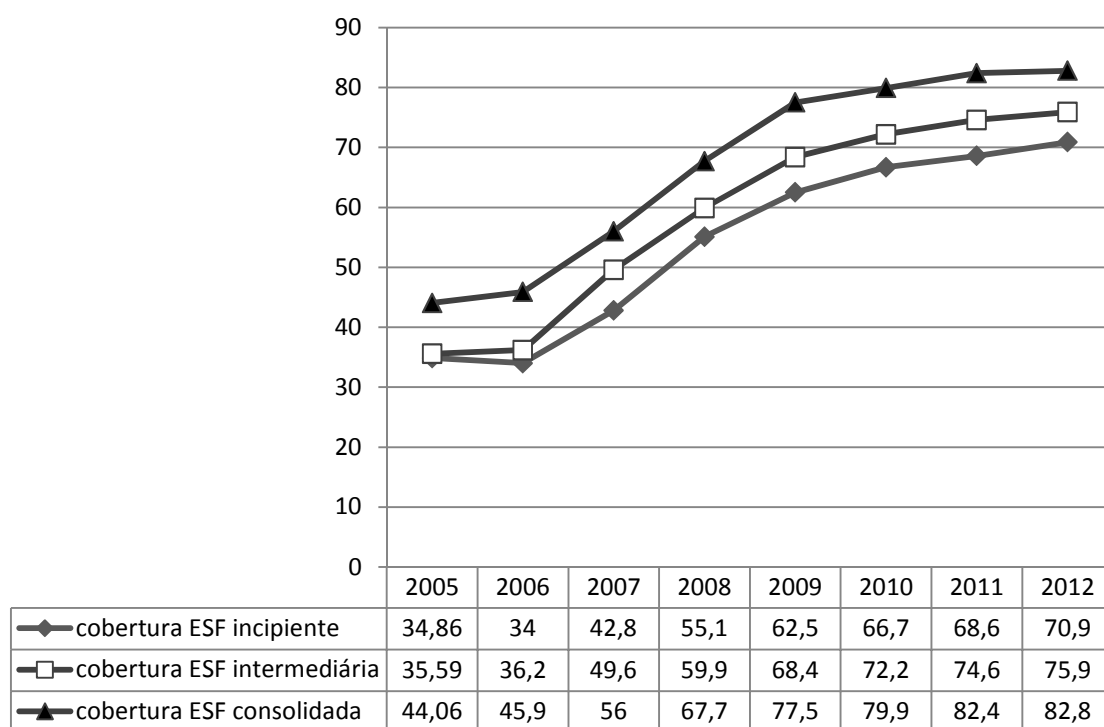
Ao analisar os dados de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF em função da cobertura populacional estimada por ACS e por ESF, observa-se que os municípios com cobertura consolidada de ACS e ESF apresentavam melhor desempenho no acompanhamento das condicionalidades. Em 2012, os municípios com cobertura consolidada de ACS tiveram desempenho superior em 9 pontos percentuais àqueles com cobertura intermediária de ACS e 14 pontos percentuais maior que aqueles municípios com cobertura incipiente de ACS. Sobre o desempenho dos municípios no acompanhamento das condicionalidades em função da cobertura de ESF, observa-se que os municípios com cobertura consolidada de ESF apresentaram 7 pontos percentuais a mais do que àqueles com cobertura intermediária e aproximadamente 12 pontos percentuais a mais do que os municípios com cobertura de ESF incipiente. Os Gráficos 2 e 3 mostram a evolução das coberturas de acompanhamento das condicionalidades do PBF em função das coberturas de ACS e ESF.

Gráfico 2 – Evolução das coberturas de acompanhamento das condicionalidades do PBF em função das coberturas de ACS. Brasil, 2005 a 2012



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde e Histórico de Cobertura da ESF nos anos de 2005 a 2012.

Gráfico 3 – Evolução das coberturas de acompanhamento das condicionalidades do PBF em função das coberturas de ESF. Brasil, 2005 a 2012



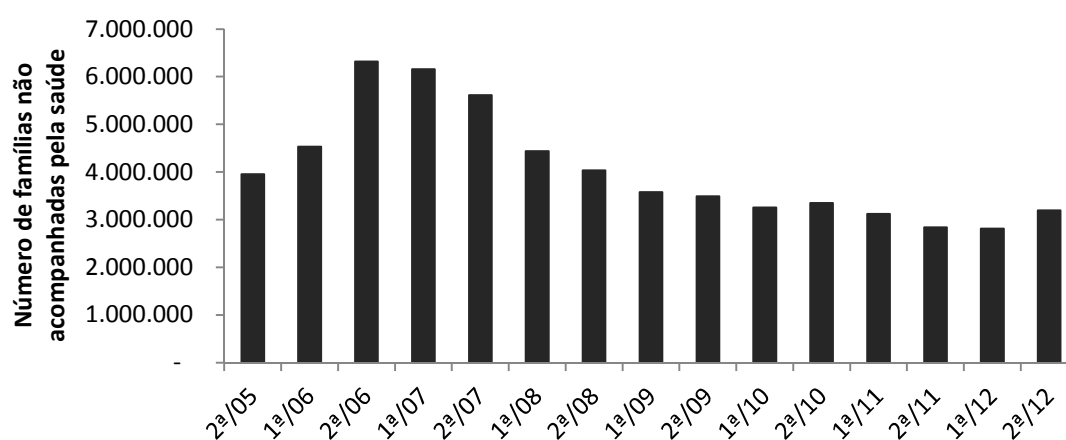
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde e Histórico de Cobertura da ESF nos anos de 2005 a 2012.

Esta análise corrobora com o entendimento de que a atenção básica do SUS contribui sobremaneira com a utilização e acesso aos serviços de saúde pelas famílias beneficiárias do PBF, e, em especial as estratégias de ACS e ESF se mostraram fundamentais na agenda de condicionalidades de saúde. Neste sentido, profissionais de saúde da atenção básica ocupam papel central na atenção integral às famílias beneficiárias do PBF.

Apesar do alto grau de cumprimento das condicionalidades, observa-se que ainda há uma parcela importante de famílias em descumprimento, o que requer a continuidade da atenção dos serviços e dos profissionais de saúde em função da maior

vulnerabilidade na qual essas famílias se encontram. O Gráfico 4 apresenta a evolução do número de famílias não acompanhadas pela saúde ao longo das vigências de acompanhamento do programa. Possivelmente o aumento observado entre 2006 e 2007 se deve ao aumento rápido de novos inscritos no programa.

Gráfico 4 - Evolução do número de famílias não acompanhadas pela saúde. Brasil, 2005 e 2012



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2012.

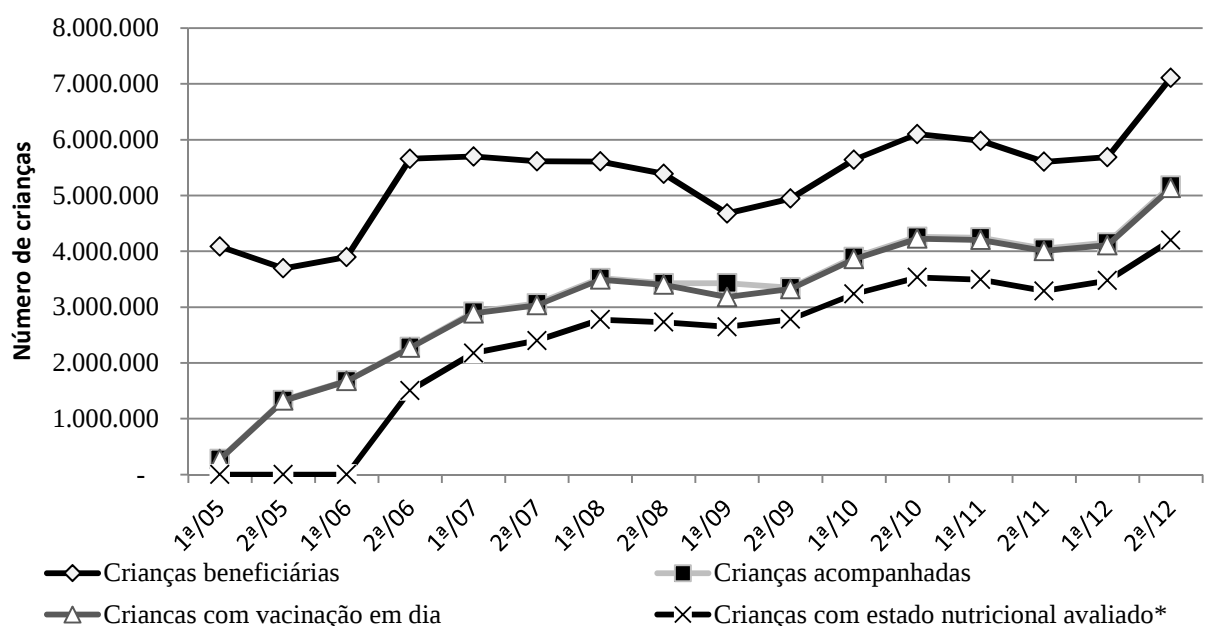
4.3 – O acesso das famílias beneficiárias à agenda de condicionalidades: imunização, pré natal e vigilância nutricional

Entre as ações de saúde contempladas no conjunto das condicionalidades tem-se o cumprimento do calendário vacinal e o acompanhamento nutricional das crianças menores de 7 anos. Ao longo das vigências observa-se o aumento no número de crianças acompanhadas, do cumprimento do calendário vacinal e de avaliação do estado nutricional (Gráfico 5). Na 2ª vigência de 2012, foram acompanhadas 5.175.023

crianças, sendo que 5.134.044 estavam com o calendário vacinal em dia (99,2% de cumprimento) e 4.199.543 crianças tiveram o estado nutricional avaliado (cerca de 81,0% das crianças). A cobertura isolada do acompanhamento das crianças é maior do que a média de acompanhamento das famílias, pois observa-se que as famílias que tenham em sua composição crianças com perfil saúde são priorizadas no acompanhamento das condicionalidades.

Esse resultado é bastante satisfatório e demonstra amplo envolvimento das equipes e profissionais de saúde da atenção básica com a agenda de condicionalidades em saúde das crianças beneficiárias do PBF. Ademais implica reconhecer que as condicionalidades de saúde são compreendidas no conjunto, pelos profissionais de saúde que lidam com essa rotina e o esforço empreendido para acompanhamento e priorização do cuidado de parcela importante da população que busca o acesso aos serviços básicos de saúde.

Gráfico 5 – Evolução do acompanhamento das crianças de zero a sete anos beneficiárias do PBF, segundo o tipo de acompanhamento de saúde. Brasil, 2005 a 2012



* A avaliação do estado nutricional (inserção dos dados de peso e altura no Sistema de Gestão do PBF na saúde) é facultativa.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2012.

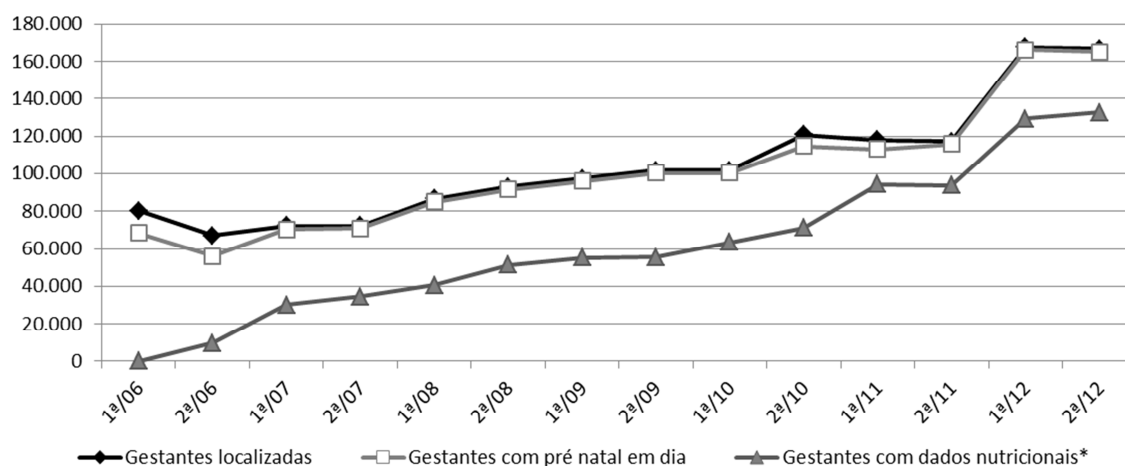
Sobre as gestantes beneficiárias do PBF identificadas pela saúde, as condicionalidades têm como objetivo reforçar a importância do acesso e cuidado realizados no pré natal de qualidade para promoção de melhores condições de vida e nutrição não somente da gestante mas também do bebê. A importância dessa ação no conjunto das condicionalidades de saúde do PBF ocorre em virtude da assistência adequada ao pré-natal, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, ser um dos determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (DUNCAN, 2004).

A seguir, o Gráfico 6 mostra a evolução do acompanhamento das gestantes beneficiárias do PBF e o cumprimento da condicionalidade – acesso ao pré-natal. Na 2ª vigência de 2012, foram localizadas 165.048 gestantes, estando 163.488 (99,0%) com pré natal em dia e 132.499 com estado nutricional avaliado (80,3%).

Observa-se um aumento de 41% no número de gestantes localizadas entre 2011 e 2012. Tal aumento deve-se à implementação do Benefício Variável à Gestante – BVG em dezembro de 2011, que prevê a concessão de um benefício variável a cada gestante beneficiária do PBF localizada pelas equipes de saúde. O BVG tem como objetivo aumentar a proteção à mãe e ao bebê durante a gestação, elevando a renda familiar nesta fase bastante importante da vida. Essa condicionalidade reforça o papel intersetorial da saúde no programa de transferência renda, na medida em que as gestantes devem

obrigatoriamente ser localizadas pelos profissionais de saúde para recebimento do benefício variável.

Gráfico 6 - Acompanhamento das condicionalidades de saúde das gestantes beneficiárias do PBF, segundo o tipo de acompanhamento de saúde. Brasil, 2006 a 2012



* A avaliação do estado nutricional (inserção dos dados de peso e altura no Sistema de Gestão do PBF na saúde) é facultativa.

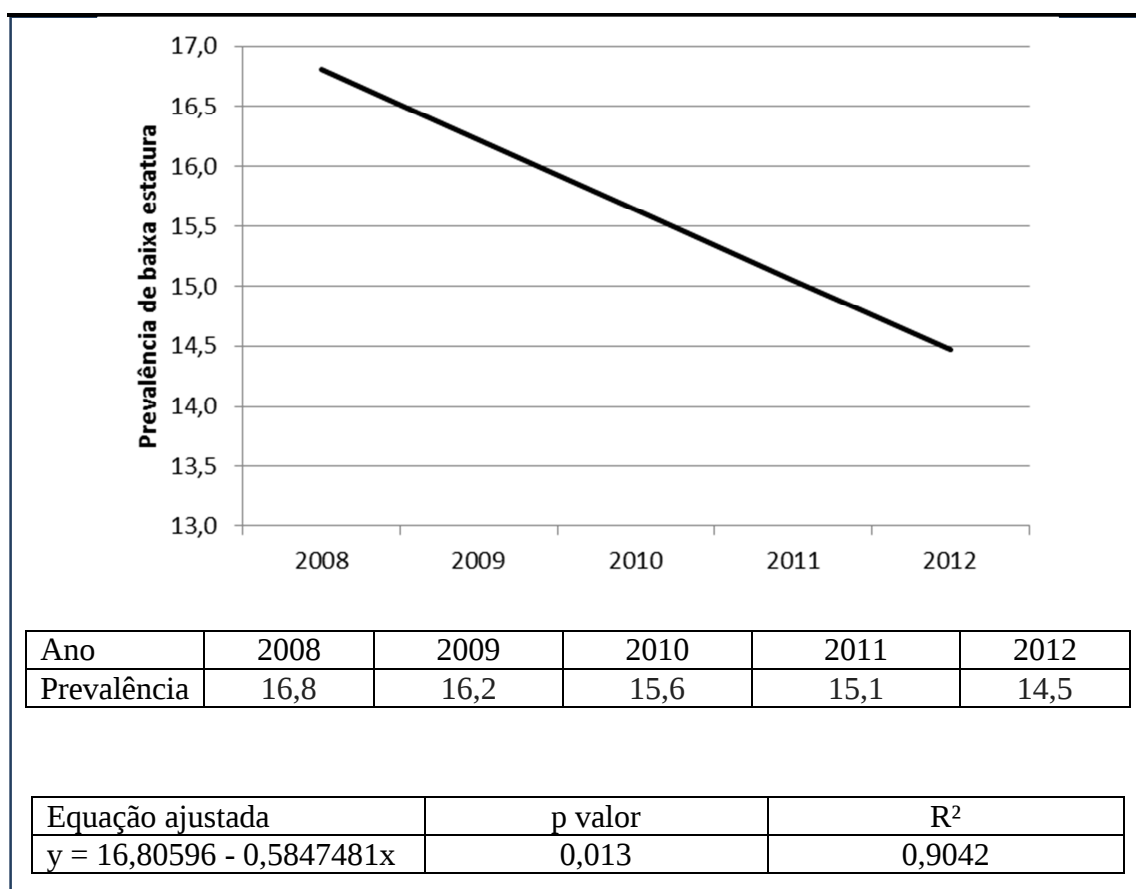
** A localização de gestantes beneficiárias do programa foi consolidada apenas em 2006.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2012.

No que se refere às ações de saúde preconizadas nas condicionalidades do PBF, os registros evidenciam um elevado percentual de cumprimento das condicionalidades, tanto para gestantes quanto para crianças. Esses resultados indicam a atenção e cuidado das equipes de saúde para a agenda de condicionalidades, reforçam o papel e contribuição do SUS para a eliminação da pobreza no país e expressam a prática da intersetorialidade em políticas públicas.

4.4 – A magnitude dos principais agravos nutricionais nas crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família – a baixa estatura e o excesso de peso

A Figura 2 apresenta a prevalência de baixa estatura em crianças beneficiárias do PBF e respectiva linha de tendência no Brasil, no período de 2008 a 2012, com base nos dados do SISVAN. Verificou-se que a prevalência apresentou significativa tendência de redução ($p < 0,05$). No período estudado, a prevalência média foi de 15,6%, variando de 16,8% em 2008 a 14,5% em 2012.

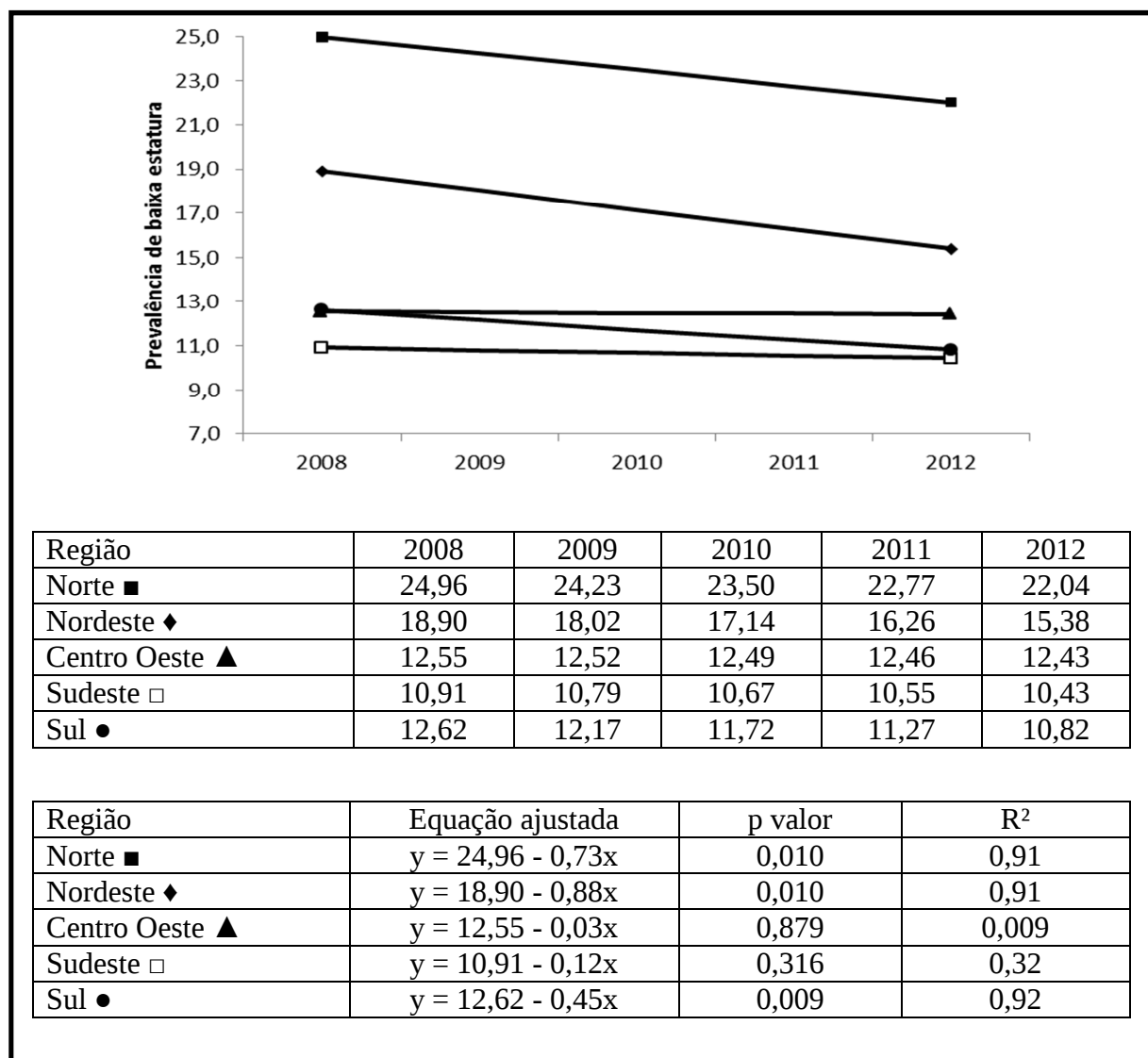


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

Figura 2 - Prevalências de baixa estatura em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF e respectiva linha de tendência no Brasil, 2008 a 2012

Em relação às regiões brasileiras (Figura 3), as prevalências de baixa estatura de crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF mostraram tendência de redução

significante nas Regiões Norte, Nordeste e Sul. Porém nas Regiões Centro Oeste e Sudeste não houve significância estatística ($p = 0,879$ e $0,316$, respectivamente).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

Figura 3 - Prevalências de baixa estatura em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF e respectivas linhas de tendência nas Regiões Brasileiras, 2008 a 2012

As prevalências de baixa estatura de crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF por Unidade da Federação reforçaram as tendências observadas

nas grandes regiões. A Tabela 5 mostra que dos estados que compõem as Regiões Norte e Nordeste, merecerem destaque aqueles que apresentaram tendência de redução extremamente significativa da prevalência de baixa estatura, como o Estado de Tocantins (p valor $< 0,001$); tendência de redução muito significativa, como Amazonas, Maranhão, Paraíba (p valor entre 0,001 a 0,01) e tendência de redução significativa (p valor entre 0,01 a 0,05), como Pará, Bahia, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Todos os estados da Região Sul apresentaram tendência de declínio de menor magnitude, porém, significantes, da prevalência de baixa estatura.

Durante os cinco anos analisados no estudo, foi possível identificar a tendência significativa de redução da baixa estatura em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF em 14 estados brasileiros, com destaque para os que se situam em regiões historicamente com maiores taxas deste tipo de desnutrição (Região Norte e Nordeste). Este resultado mostra um avanço na redução do agravo que ainda ocorre, de forma importante, populações em situação de vulnerabilidade social.

Tabela 5 - Modelos da tendência linear temporal das prevalências de baixa estatura segundo Unidade Federativa e Região, de 2008 a 2012

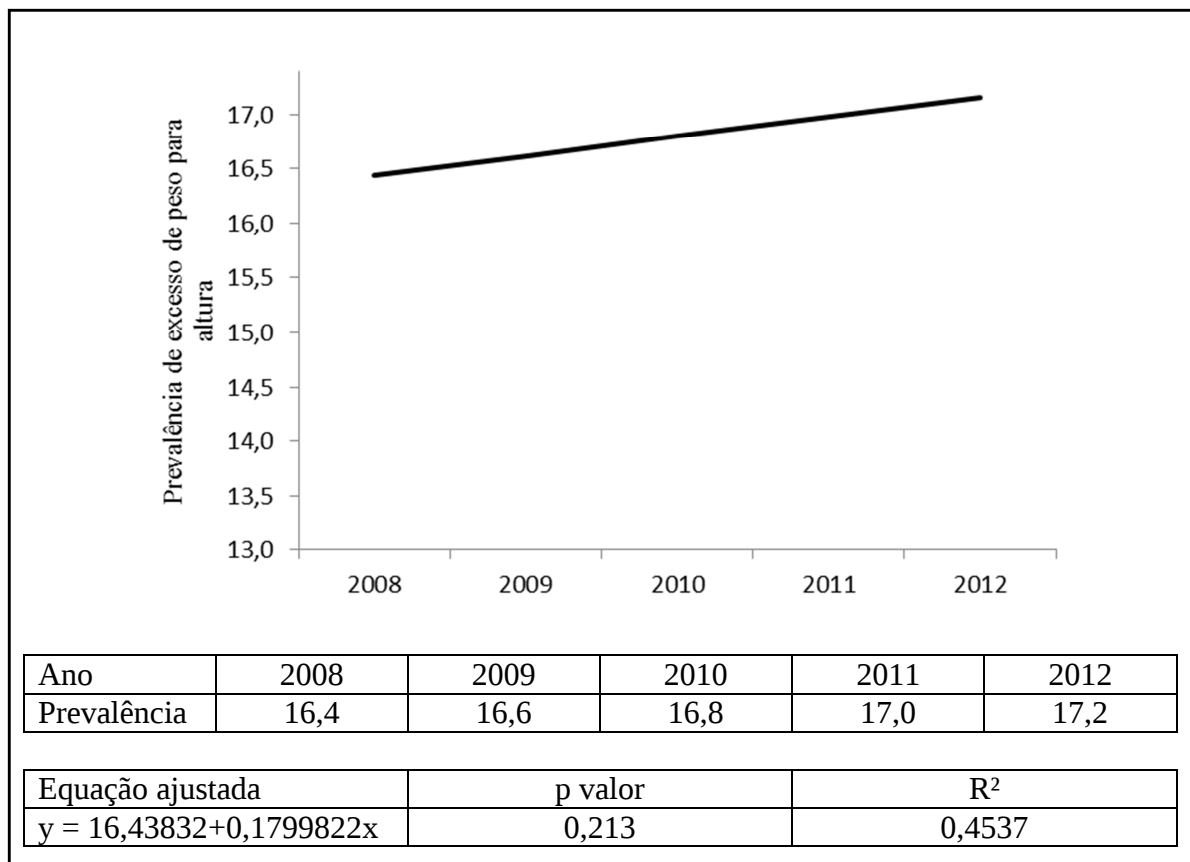
UF/Região	Modelo	p valor	R ²	Tendência
Acre	$y = 23,66 - 0,40x$	0,106	0,63	NS
Amapá	$y = 24,73 - 0,86x$	0,050	0,75	NS
Amazonas	$y = 27,85 - 0,73x$	0,008	0,92	Decrescente
Pará	$y = 28,18 - 1,06x$	0,042	0,79	Decrescente
Rondônia	$y = 11,29 - 0,12x$	0,533	0,14	NS
Roraima	$y = 19,74 - 0,27x$	0,400	0,24	NS
Tocantins	$y = 18,94 - 0,85x$	$< 0,001$	0,99	Decrescente
Total Norte	$y = 24,96 - 0,73x$	0,010	0,91	Decrescente
Alagoas	$y = 18,06 - 0,77x$	0,082	0,68	NS
Bahia	$y = 15,39 - 0,66x$	0,039	0,80	Decrescente
Ceará	$y = 19,73 - 1,1x$	0,019	0,87	Decrescente
Maranhão	$y = 28,65 - 1,48x$	0,003	0,96	Decrescente
Paraíba	$y = 14,05 - 0,67x$	0,002	0,97	Decrescente

UF/Região (cont.)	Modelo	p valor	R ²	Tendência
Pernambuco	$y = 16,64 - 0,56x$	0,032	0,82	Decrescente
Piauí	$y = 18,59 - 0,76x$	0,018	0,88	Decrescente
Rio Grande do Norte	$y = 18,18 - 0,95x$	0,016	0,89	Decrescente
Sergipe	$y = 17,08 - 0,85x$	0,020	0,87	Decrescente
Total Nordeste	$y = 18,90 - 0,88x$	0,010	0,91	Decrescente
Distrito Federal	$y = 13,39 - 0,50x$	0,638	0,08	NS
Goiás	$y = 10,61 + 0,25x$	0,576	0,11	NS
Mato Grosso	$y = 14,35 - 0,52x$	0,050	0,75	NS
Mato Grosso do Sul	$y = 15,78 - 0,26x$	0,452	0,19	NS
Total Centro Oeste	$y = 12,55 - 0,03x$	0,879	0,009	NS
Espírito Santo	$y = 9,26 - 0,16x$	0,147	0,55	NS
Minas Gerais	$y = 12,57 - 0,29x$	0,077	0,70	NS
Rio de Janeiro	$y = 11,19 + 0,07x$	0,658	0,07	NS
São Paulo	$y = 9,27 + 0,0002x$	0,999	0,00	NS
Total Sudeste	$y = 10,91 - 0,12x$	0,316	0,32	NS
Paraná	$y = 11,76 - 0,29x$	0,041	0,79	Decrescente
Rio Grande do Sul	$y = 11,85 - 0,40x$	0,010	0,92	Decrescente
Santa Catarina	$y = 18,91 - 1,3x$	0,021	0,86	Decrescente
Total Sul	$y = 12,62 - 0,45x$	0,009	0,92	Decrescente
Total Brasil	$y = 16,80 - 0,58x$	0,013	0,90	Decrescente

NS = não significativo.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

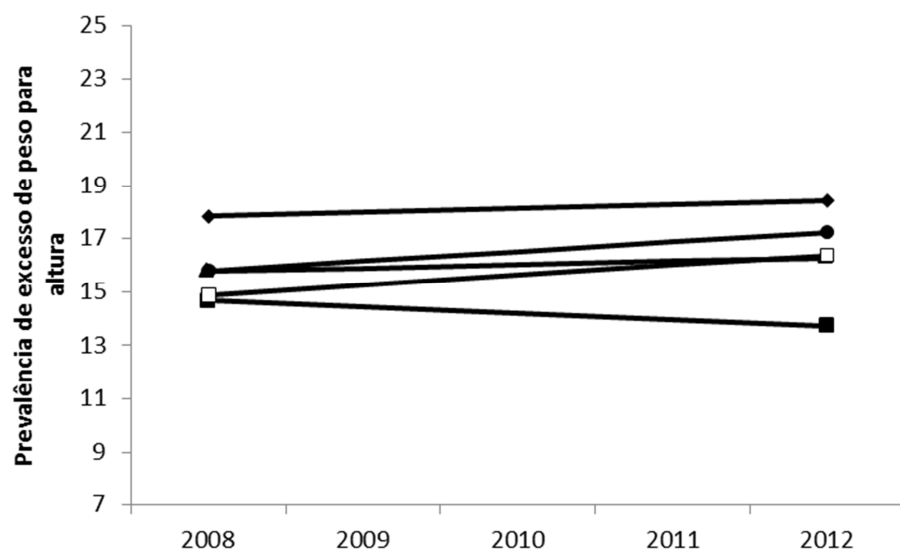
Sobre as tendências de excesso de peso entre as crianças menores de cinco anos de idade, beneficiárias do PBF no país, observa-se na Figura 4 que a prevalência é maior que a baixa estatura, mas sem significância estatística ($p < 0,05$) no período estudado.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

Figura 4 – Prevalências de excesso de peso e respectiva linha de tendência no Brasil, 2008 a 2012

A análise das tendências de excesso de peso por Região mostra tendência crescente significativa estatisticamente apenas na Região Sudeste do país (p valor < 0,05). A Região Norte apresenta tendência decrescente, mas não significativa e as outras regiões brasileiras apresentam tendência crescente de excesso de peso, mas também sem significância estatística. Este resultado reforça a necessidade de monitoramento do estado nutricional das crianças beneficiárias do PBF com idade menor de cinco anos para que preveja o curso da doença (Figura 5).



Região	2008	2009	2010	2011	2012
Norte ■	14,66	14,43	14,2	13,97	13,74
Nordeste ♦	17,83	17,98	18,13	18,28	18,43
Centro Oeste ▲	15,76	15,89	16,02	16,15	16,28
Sudeste □	14,86	15,24	15,62	16,00	16,38
Sul ●	15,80	16,16	16,52	16,88	17,24

Região	Equação ajustada	p valor	R ²
Norte ■	$y = 14,66 - 0,23x$	0,203	0,46
Nordeste ♦	$y = 17,83 + 0,15x$	0,365	0,27
Centro Oeste ▲	$y = 15,76 + 0,13x$	0,409	0,23
Sudeste □	$y = 14,86 + 0,38x$	0,035	0,81
Sul ●	$y = 15,80 + 0,36x$	0,131	0,58

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

Figura 5 – Prevalências de excesso de peso e respectivas linhas de tendência nas Regiões Brasileiras, 2008 a 2012

As prevalências de excesso de peso por Unidade da Federação (Tabela 6), mostram tendência crescente significativa estatisticamente nos Estados de Alagoas,

Ceará, Espírito Santo e São Paulo. Os Estados do Pará e Sergipe tiveram significância estatística de decréscimo de excesso de peso.

Tabela 6 - Modelos da tendência linear temporal das prevalências de excesso de peso segundo Unidade Federativa e Região, de 2008 a 2012

UF/Região	Modelo	p valor	R ²	Tendência
Acre	$y = 15,75 + 0,09x$	0,287	0,35	NS
Amapá	$y = 10,04 + 0,37x$	0,312	0,32	NS
Amazonas	$y = 13,95 - 0,06x$	0,883	0,00	NS
Pará	$y = 15,16 - 0,14x$	0,029	0,83	Decrescente
Rondônia	$y = 14,35 - 0,14x$	0,701	0,05	NS
Roraima	$y = 13,41 + 0,26x$	0,544	0,13	NS
Tocantins	$y = 15,35 - 0,07x$	0,674	0,06	NS
Total Norte	$y = 14,66 - 0,23x$	0,203	0,46	NS
Alagoas	$y = 17,62 + 0,52x$	0,033	0,82	Crescente
Bahia	$y = 14,10 + 0,21x$	0,363	0,27	NS
Ceará	$y = 19,15 + 0,40x$	0,026	0,85	Crescente
Maranhão	$y = 19,87 - 0,59x$	0,050	0,75	NS
Paraíba	$y = 17,45 + 0,15x$	0,303	0,33	NS
Pernambuco	$y = 20,72 + 0,48x$	0,128	0,59	NS
Piauí	$y = 15,47 + 0,11x$	0,600	0,10	NS
Rio Grande do Norte	$y = 20,19 + 0,27x$	0,460	0,19	NS
Sergipe	$y = 21,12 - 0,46x$	0,042	0,79	Decrescente
Total Nordeste	$y = 17,83 + 0,15x$	0,365	0,27	NS
Distrito Federal	$y = 17,88 - 0,55x$	0,273	0,37	NS
Goiás	$y = 15,34 + 0,32x$	0,265	0,38	NS
Mato Grosso	$y = 16,73 - 0,12x$	0,434	0,21	NS
Mato Grosso do Sul	$y = 15,70 - 0,06x$	0,815	0,02	NS
Total Centro Oeste	$y = 15,76 + 0,13x$	0,409	0,23	NS
Espírito Santo	$y = 11,97 + 0,48x$	0,016	0,88	Crescente
Minas Gerais	$y = 15,53 + 0,23x$	0,174	0,51	NS
Rio de Janeiro	$y = 16,72 + 0,40x$	0,103	0,64	NS
São Paulo	$y = 13,99 + 0,48x$	0,014	0,89	Crescente
Total Sudeste	$y = 14,86 + 0,38x$	0,035	0,81	Crescente
Paraná	$y = 15,40 + 0,25x$	0,314	0,32	NS
Rio Grande do Sul	$y = 15,84 + 0,59x$	0,091	0,66	NS
Santa Catarina	$y = 17,23 + 0,13x$	0,339	0,30	NS
Total Sul	$y = 15,80 + 0,36x$	0,131	0,58	NS
Total Brasil	$y = 16,43 + 0,17x$	0,213	0,45	NS

NS = não significativo.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos anos de 2008 a 2012.

Este resultado induz a necessidade de melhoria das ações de monitoramento nutricional das crianças, tendo em vista a identificação de tendências acidentais de excesso de peso, mesmo que localizadas em alguns estados e numa região. Para todos os outros que ainda não apresentaram tal perspectiva, vale ressaltar o cuidado e atenção às crianças, principalmente no que se refere à prevenção e controle desse agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, pelo fato de a saúde, a educação e a assistência social serem políticas universais e as condicionalidades do PBF se constituírem em aspectos obrigatórios dessas políticas por parte de toda a população, o objetivo mais direto das condicionalidades se traduz no reforço ao acesso a esses direitos sociais, partindo-se da premissa de que, apesar de universais, essas políticas não alcançam a totalidade da população, principalmente por problemas relacionados à oferta dos serviços e às dificuldades vivenciadas pelas famílias mais pobres e socialmente excluídas (BRASIL, 2010). As exigências, ou condicionalidades mais cobradas dos beneficiários do Programa Bolsa Família são aquelas que se constituem em direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990b), ou seja, todos deveriam e tem obrigação legal de cumprir.

Segundo o ECA, crianças e adolescentes têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Cabe ao SUS, assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, com destaque para a obrigatoriedade da vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Neste sentido, as condicionalidades de saúde reforçam o papel do estado na garantia de dos direitos à saúde das crianças (BRASIL, 1990b).

Sobre a concepção e relevância das condicionalidades atreladas aos programas de transferência de renda, Amartya Sen (1999) afirma:

“É perigoso ver a pobreza segundo a perspectiva limitada da privação de renda e a partir daí justificar investimentos em educação, serviços de saúde etc. com o argumento de que são bons meios para atingir o fim da redução da pobreza de renda. Isso seria confundir os fins com os meios” (p.114).

De forma complementar, Medeiros (2001) ratifica que a melhoria esperada nas condições educacionais e de saúde dos beneficiários do PBF não deve ser reduzida ao aspecto instrumental de registro de prestação de contas. Deve-se incluir nesta agenda o desenvolvimento das capacidades dos beneficiários.

Segundo Monnerat (2007), é bastante provável que o PBF provoque efeitos positivos principalmente na ampliação do acesso à educação e saúde, à parcela da população que historicamente apresenta baixo poder de utilização destes serviços. No entanto, se o incentivo do governo federal para deslanchar o acompanhamento das condicionalidades se resumir ao financiamento, em virtude do repasse do IGD, há o risco de disseminação de uma concepção restrita da questão, cuja consequência é o desenvolvimento de mero controle da frequência escolar e da adesão às ações de saúde.

Magalhães (2009) reforça que na medida em que a implementação local do PBF perde a capacidade de garantir maior integração entre o conjunto de políticas sociais de saneamento básico, alfabetização de adultos, geração de trabalho e renda, capacitação profissional, dentre outras, pode ocorrer a tendência a uma maior "verticalização" do programa. Além disso, a fragilidade das instâncias de controle social em torno do programa dificulta o aprendizado com a política.

As condicionalidades de saúde não tem uma cobertura de acompanhamento tão alta quanto as de educação, embora a taxa de acompanhamento tenha subido de 31% na

segunda vigência de 2005, a 73% na segunda vigência de 2012. O cumprimento dessas contrapartidas por parte das famílias que vivem em situação de extrema vulnerabilidade social e de renda não é tão simples quanto o é para as famílias menos vulneráveis. São famílias cujo vínculo com a formalidade e a institucionalidade é mais frágil. Vivem longe das escolas e dos postos de saúde. Supõe-se, portanto, que o Estado deva cumprir o seu dever constitucional de criar condições para que as famílias acessem os serviços sociais básicos (BRASIL, 2009c).

As avaliações de efeito do programa indicam que o mesmo é efetivo na redução dos indicadores de pobreza e de desigualdade de renda. Com relação aos indicadores de qualidade de vida, saúde e nutrição, já existem estudos que mostram efeito positivo ou estreita contribuição do PBF no aumento dos níveis de vacinação no período apropriado, redução da desnutrição infantil; melhoria do acompanhamento médico das gestantes; na redução de agravos, como o baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012c). Assim, contribui para o acesso às políticas de saúde e educação com vistas a superação da pobreza, por meio da atuação de uma rede intersetorial constituída para essa finalidade (BRASIL, 2007b). Essas evidências reforçam o papel dos entes públicos na oferta de ações e as condicionalidades são um meio para isso.

A atenção básica sempre foi estratégia preferida para porta de entrada no sistema, em função do seu papel coordenador da rede de atenção à saúde e ordenador do cuidado aos usuários. Além disso, tem função primordial na garantia da equidade, na medida em que as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. Por isso,

desempenham um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012b).

A agenda de acompanhamento das condicionalidades de saúde tem uma série de confluências com a atenção básica do SUS. Apesar das condicionalidades de saúde se dirigirem a indivíduos (crianças menores de 7 anos e gestantes), o foco é na família e por este motivo, as ações devem ser direcionadas para todo o grupo familiar e não para cada um de seus integrantes de forma isolada (BRASIL, 2010). O mesmo critério é adotado pela ESF no país.

A análise temporal das vigências do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF evidencia uma crescente evolução de cobertura das famílias com crianças menores de 7 anos e gestantes, o que demonstra o resultado de um esforço positivo dos gestores e profissionais de saúde da atenção básica do SUS na oferta de ações de saúde. Esse resultado ressalta o relevante papel da atenção básica e das equipes de saúde da família com a busca ativa e garantia de atendimento das famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF.

Quanto ao descumprimento das condicionalidades, observa-se que apesar do esforço de integração e oferta dos serviços, algumas famílias ou seus integrantes não são acompanhados pelas equipes de saúde. Esse fato pode ser observado, por exemplo, em municípios com baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família, ou com estruturas deficientes na oferta de serviços básicos de saúde. Quaisquer que sejam os aspectos que dificultam o acesso das famílias às políticas públicas em geral, cabe ao Estado providenciar o apoio para a redução do nível de vulnerabilidades ao qual essas famílias se encontram expostas.

Verificou-se em estudos, que a maioria das crianças que não realizavam o acompanhamento antropométrico mensal e que não frequentavam a escola residia em área rural, o que leva a crer que os principais obstáculos para essas famílias eram a inacessibilidade geográfica ou a inexistência de serviços disponíveis nestas comunidades (BRASIL, 2012d). Assim, cabe ao poder público estimular o aumento da oferta local de serviços de saúde, educação e assistência social, e identificar as famílias em situação de maior vulnerabilidade social, para que sejam encaminhadas a ações específicas de acompanhamento. É importante ressaltar que o cumprimento das condicionalidades é dever tanto das famílias como do governo, pois se os serviços não estiverem acessíveis à população, principalmente a residente em área rural, torna-se inviável sua realização por parte das famílias.

Por fim, nos programas de transferência de renda, as condicionalidades são utilizadas para estimular comportamentos que contribuem para a promoção social das famílias. O cumprimento das agendas de saúde, por exemplo, ao promoverem o aumento do capital humano das populações mais pobres, possibilitariam novas perspectivas de inserção socioeconômica. No âmbito dos programas de transferência condicionada de renda, as condicionalidades miram um objetivo de longo prazo, o qual visa à ruptura do ciclo intergeracional da pobreza, por meio da elevação do capital humano das populações mais pobres e excluídas (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Entre as ações de saúde preconizadas no conjunto de condicionalidades do PBF, a vacinação infantil apresenta excelência de alcance e efetividade, enquanto o pré natal e vigilância nutricional das crianças apresentam crescente evolução de cobertura populacional ao longo dos anos. Como parte das condicionalidades de saúde do PBF, o acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias, disponível no SISVAN,

possibilita prover informações contínuas sobre o seu estado nutricional e servem de subsídio para a realização de ações voltadas ao restabelecimento das condições adequadas de saúde e nutrição da população acompanhada (BRASIL, 2008).

A estratégia de vigilância nutricional, realizada por meio do SISVAN, tem como vantagem o baixo custo, a possibilidade de avaliação antes e depois de intervenções específicas e a desagregação das informações até os municípios. Contudo, as principais limitações, apontadas em literatura, são a necessidade de profissionais habilitados no tratamento de banco de dados, a qualidade duvidosa das informações registradas, a especificidade das variáveis (como indicadores nutricionais), a periodicidade de coleta de alguns sistemas e os vieses de cobertura populacional, dentre outros (BRASIL, 2009b).

Além de propiciar o conhecimento acerca da natureza e a magnitude dos problemas nutricionais do país, as informações disponíveis no SISVAN contribuem nas decisões políticas, no sentido de auxiliar no planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e nutricionais da população (COUTINHO, 2009). Ademais, reforça a importância da atuação dos profissionais de saúde da atenção básica no cuidado diferenciado às crianças beneficiárias do Bolsa Família.

Este estudo possibilitou estimar as tendências de dois dos principais agravos nutricionais que acometem as crianças brasileiras. A baixa estatura sintetiza a história do estado nutricional pregresso e associa-se a maior mortalidade infantil, prejuízos no desenvolvimento psico-motor, no aproveitamento escolar e na capacidade produtiva na idade adulta, dentre outros (MONTEIRO, 2000). O excesso de peso, que apresenta-se

como um agravo emergente, é considerado importante fator de risco para o desenvolvimento da obesidade na idade adulta (MENEZES, 2011).

Ambos os agravos analisados, tem uma relação bastante estreita com a renda, pois diversos estudos mostram que um incremento na situação financeira de uma família poderá promover uma melhora no estado nutricional das crianças que nela vivem (MONTEIRO, 2009). Em especial, o declínio da desnutrição infantil no Brasil tem sido atribuído ao expressivo aumento do poder aquisitivo das famílias, ao crescimento da escolaridade materna, ao maior acesso à assistência à saúde materno-infantil e à ampliação de serviços públicos essenciais, tais como redes de abastecimento de água e de coleta de lixo (MONTEIRO, 2009). Já o excesso de peso, acomete principalmente as crianças de famílias com melhores condições socioeconômicas (MENEZES, 2011).

Sobre a prevalência de desnutrição crônica, a II Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família, observou uma redução entre 2005 e 2009. Comparando as tendências em função do recebimento do benefício do PBF, o predomínio de desnutrição crônica entre as crianças cujas mães recebiam benefícios do PBF diminuiu de 15% para 10% em quatro anos (BRASIL, 2012c).

A série histórica da prevalência de baixa estatura em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF, analisadas neste estudo, apresentou significativa tendência de declínio. Apesar do declínio, este ainda é um problema importante de saúde, pois de forma geral, a baixa estatura acomete cerca de 14,5% das crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF no país. Em especial nas Regiões Norte e Nordeste ressalta-se a magnitude das prevalências encontradas, da ordem de 22 e 15% respectivamente.

Nas demais regiões, a baixa estatura ainda é importante, mas o excesso de peso apresenta-se em maior proporção.

A série histórica da prevalência de excesso de peso em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF, analisadas neste estudo, mostram tendência crescente significativa estatisticamente na Região Sudeste e, em especial, nos Estados de Alagoas, Ceará, Espírito Santo e São Paulo. Outros estudos já apontam o excesso de peso como um dos principais problemas nutricionais deste grupo (OLIVEIRA, 2011). O dado nacional encontrado chega a 17% de excesso de peso em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF, com destaque para as Regiões Nordeste e Sul que ultrapassam a média brasileira. Excetuando-se a Região Norte, todas as outras apresentam prevalência maior de excesso de peso do que a baixa estatura.

Este resultado mostra um avanço da vigilância nutricional enquanto ação estratégica do SUS no monitoramento da situação de nutrição da população. É evidente a potencialidade do SISVAN enquanto ferramenta analítica do perfil nutricional da população, em específico dos beneficiários do PBF, em função da cobertura e valorização da avaliação nutricional enquanto condicionalidade do programa e da interoperabilidade entre os sistemas de vigilância alimentar e nutricional e o sistema de gestão das condicionalidades de saúde do PBF. Adicionalmente, esse conjunto de informações deve ser reforçado em virtude da capacidade em apoiar as decisões políticas voltadas para a melhoria da situação de nutrição e saúde das populações e constituir-se como atividade fundamental no âmbito do SUS e da Segurança Alimentar e Nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLACK RE, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008.

BOBBIO, N. Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos. Organização: Michelangelo Bovero. Tradução: Daniela B. Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL 1990. Lei N º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.219 de 11 de abril de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação – “Bolsa Escola”, e dá outras providências. Brasília, 2001a.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 2.206 de 06 de setembro de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: “Bolsa Alimentação” e dá outras providências. Brasília, 2001b.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 18 de 28 de dezembro de 2001. Cria o Programa Auxílio Gás. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Vacinação. 3.ed. Brasília, 2001d.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003. Cria o Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/ MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Brasília, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM 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. Brasília, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI). Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados: Bolsa Família e Assistência Social. Volume 2, Brasília, 2007a.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Cedeplar/UFMG. Sumário Executivo - AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA. Outubro de 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômicas e Aplicadas (IPEA), Texto de opinião nº 1424 - O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. Brasília, 2009c.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Bolsa Família 2003:2010: avanços e desafios. Volume 1. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério do do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Saúde. Instrução Operacional Conjunta n.º 11, de 18 de novembro de 2011. Divulga informações e procedimentos sobre a implantação do Benefício Variável destinado a unidades familiares que tenham em sua composição gestantes (Benefício Variável à Gestante) e crianças menores de seis meses (Benefício Variável Nutriz). Brasília, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate á Fome. Álbum Brasil Sem Miséria. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/>

cidadania/brasil-sem- miseria/album_tecnico_final_modificado-internet.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Sumário Executivo - Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família - 2ª Rodada (AIBF II), Brasília, junho de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatório de Informações Sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI/MDS. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Riv3/geral/index.php> . Acesso em 23 de junho de 2013.

BUSS, P; P, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMPOS FILHO, AC. Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: Uma análise a partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima. **Tese** (Doutorado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

COUTINHO, Janine Giuberti et al . A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 12, n. 4, Dec. 2009.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GUIGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FACCHINI, LA; et al. Perfil epidemiológico dos beneficiários do bolsa família e desempenho dos serviços básicos de saúde de saúde: relatório final. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 2013.

FONSECA, AMM e VIANA, ALCA, Tensões e avanços na descentralização das políticas sociais: o caso do Bolsa Família. In: FLEURY, Sônia. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

JANNUZZI, PM. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. In: Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação. Número 1. Janeiro-Junho de 2011.

JUNQUEIRA LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública 2000; 34(6):35-45.

LÍCIO, Elaine, 2004. A trajetória dos programas de transferência de renda no Brasil: o impacto da variável federativa. Revista do Serviço Público Ano 55 nº 3. Brasília: ENAP.

MAGALHAES, Rosana; Bodstein, Regina. Avaliação de Iniciativas e Programas intersetoriais em Saúde:. Desafios e aprendizados Ciênc.. Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v.14, n. 3, junho de 2009.

MAZMANIAN, DA. Et al. Implementation and Public Policy, with a New Postscript. New York: University Press of America; 1989.

MEDEIROS, Carlos A, 2001. Desenvolvimento econômico e estratégias de redução da pobreza e das desigualdades no Brasil. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

MENEZES, Risia Cristina Egito de et al. Prevalência e determinantes do excesso de peso de pré-escolares. J. Pediatr. (Rio J.), 2011.

MONNERAT, Giselle Lavinias et al . Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dec. 2007.

MONTEIRO C.A., et al. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). Rev. Saúde Pública 2000;34 (suppl 6):26-40.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al . Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, fev. 2009.

OLIVEIRA, FCC et al. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. Ciênc. saúde coletiva, Jul 2011, vol.16, no.7, p.3307-3316.

PAES-SOUSA, R; SANTOS, LMP; MIAZAKI ES. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. Bull World Health Organ 2011;89:496–503.

PAIM, J. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006.

RASELLA, D; et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian Municipalities. Lancet, May/2013.

SANTOS, LMP. et al. Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc. In: Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

SEN, A. Sobre ética e economia. São Paulo: Editora Schwarcz, 1999.

TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo, et al [editores]. Nutrição em Saúde Pública. – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

VICTORA, CG; Aquino EML; Leal, MCL; Monteiro, CAM; Barros, FCB; Szwarcwald, CL. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet, 2011.

VITOLO, Márcia R. et al . Alguns fatores associados a excesso de peso, baixa estatura e déficit de peso em menores de 5 anos. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 84, n. 3, Junho, 2008.

WANG Y, MONTEIRO C, POPKIN BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. Am J Clin Nutr. 2002;75:971-7.