

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de casos em dois níveis de gestão do estado de Goiás”

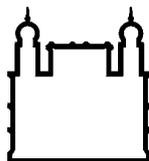
por

Kyara Michelline França Nascimento

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

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristina Maria Rabelais Duarte

Brasília, junho de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de casos em dois níveis de gestão do estado de Goiás”

apresentada por

Kyara Michelline França Nascimento

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Boavista Seara Machado

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Rabelais Duarte – Orientadora

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

N244 Nascimento, Kyara Michelline França.

Monitoramento das condicionalidades de saúde
do Programa Bolsa Família: estudo de casos em dois
níveis de gestão do estado de Goiás./

Kyara Michelline França Nascimento. -- 2013.

193 f. :ilust.; mapas; tab. ; graf.

Orientador: Duarte, Cristina Maria Rabelais

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Programa Bolsa Família. 2. Monitoramento. 3.
Equidade em Saúde. 4. Condicionalidades de Saúde.
5. Estudos de Casos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.882098173

Para meus amores,

Mary, Evaristo e Mayara

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que foi minha única companhia em muitos momentos de realização deste trabalho;

À minha querida família, que tanto amo e que me deu todo o apoio necessário, além de ter sido compreensiva nos momentos em que estive ausente;

Aos professores e professoras, por terem sido os facilitadores do meu processo de aprendizagem; e à minha orientadora, pela parceria na realização desse trabalho;

Aos representantes da gestão do Programa Bolsa Família e da coordenação da Saúde do Estado de Goiás e dos municípios selecionados para a pesquisa, por terem aceitado participar deste trabalho e colaborado com seus depoimentos para os resultados encontrados;

Aos amigos e colegas de trabalho do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Ministério da Saúde, pelos esclarecimentos feitos, que muito contribuíram para análise dos dados deste trabalho.

RESUMO

Esta pesquisa se propõe a analisar como se caracteriza o monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) realizado pela gestão de Goiás nos níveis municipal e estadual. Se é estritamente gerencial, para o cumprimento de metas de cobertura de atendimento em saúde das famílias beneficiárias, ou também analítico, por observar mais detalhadamente os indicadores de saúde e nutrição, procurar interpretá-los e identificar se refletem, ou não, a realidade que representam. Para essa finalidade, foi realizada pesquisa qualitativa, por meio de estudo de casos, que teve por base as entrevistas realizadas com gestores/coordenadores do PBF e da saúde, do Estado de Goiás e de dois municípios selecionados – Nova Veneza e Aparecida de Goiânia. Essa escolha justifica-se pelos dados históricos de alta cobertura de acompanhamento de saúde das famílias do PBF alcançados nesses dois níveis de gestão. Os resultados deste trabalho indicam que, no nível estadual, houve evolução no modelo de monitoramento adotado, pois a presença de alguns aspectos permite caracterizá-lo como analítico. A percepção positiva e institucionalizada que a gestão tem sobre as condicionalidades de saúde e a maior disponibilidade de informações via sistemas do Programa são aspectos que podem ser apontados como facilitadores desse processo. Nos dois municípios da pesquisa, foi identificada a dualidade que existe, nesse nível de gestão, no que se refere ao tipo de monitoramento realizado. Espera-se que, no nível municipal, onde as ações de saúde das condicionalidades de fato acontecem, o monitoramento observe não só os dados quantitativos, mas a ação em si; se pelo acompanhamento de saúde das famílias está havendo o exercício da equidade, o atendimento integral e se os serviços de saúde se organizam para essa finalidade. Mas, muitas vezes, prevalece, nos municípios, o monitoramento gerencial, como se fosse mero cumprimento de protocolos estabelecidos pelo desenho do Programa. Aspectos como percepções contrárias às condicionalidades de saúde, preconceitos sobre a proposta e prática incipiente de acesso aos sistemas numa perspectiva analítica podem ser apontados como fatores que dificultam não só o monitoramento analítico das condicionalidades de saúde, mas o alcance de maior efetividade dessas ações.

Palavras-Chave: Programa Bolsa Família. Condicionalidades de Saúde. Equidade. Monitoramento. Indicadores.

ABSTRACT

This research proposes to analyze the features of health care conditionalities monitoring from Programa Bolsa Família – PBF (Family Aid Program) realized by the Goiás management at a county level. If it is strictly managerial, fulfillment of health care treatment coverage goals of beneficiaries families, or also analytic, for observe more closely the health care and nutrition rates, seeking to expound them and identify if it reflects, or not, the reality which it represents. For this purpose it was realized a qualitative research of cases study, which had as base the interviews with managers/coordinators of PBF and health care system of Estado do Goiás in selected cities – Nova Veneza e Aparecida de Goiânia. This choice was made for the historic of a huge coverage of health care attendance from PBF families, achieved in this two levels of management. The results of this work indicate that in the state level there was an evolution of the adopted monitoring model, thus the presence of some aspects allows us to label it as analytic. The positive and institutionalized perception that the management has over the health care conditionalities and the bigger availability of information through the Programa systems are aspects which can be marked as facilitators of this process. In the two researched cities it was identified the duality existing in this level of management, referring to the type of monitoring realized. It is expected that in the county level, where the health care conditionalities indeed happen, the monitoring to observe not only the quantitative data, but also the action itself. If by the families health care attendance it is happening the equity, the integral treatment and if the health care services organize them to this purpose. But many times prevails in the counties the managerial monitoring, as it was a mere fulfillment of protocols established by the Programa layout. Features such as: perceptions contraries to the health care conditionalities, prejudice to the incipient proposal and practice to the access of system in an analytic conditionalities of health care, they can be pointed a factors to hinder not only the analytic monitoring of health care conditionalities, but the range of a bigger effectiveness of this actions.

Keywords: Programa Bolsa Família (Family Aid Program). Health Care Conditionalities. Equity. Monitoring. Rates.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Resumo do Ciclo de gestão das condicionalidades do PBF.....	50
Figura 02: Fluxo operacional do acompanhamento das condicionalidades de saúde...	63
Figura 03: Integração de informações de diferentes fontes na estruturação de um sistema de indicadores de monitoramento.....	75
Figura 04: Diferentes tipos de indicadores a serem observados no monitoramento das condicionalidades de saúde.....	76
Figura 05: Divisão do Estado de Goiás por macrorregiões.....	84
Figura 06: Mapa de distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação ao Índice de Gini no ano de 2010.....	86
Figura 07: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à cobertura de Esgotamento Sanitário no ano de 2010.....	88
Figura 08: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à cobertura de abastecimento de água no ano de 2010.....	89
Figura 09: Mapa de distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à Taxa de Mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade no ano de 2010.....	91
Figura 10: Mapa de distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à Taxa de Imunização contra a poliomielite no ano de 2011.....	92
Figura 11: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à proporção de grávidas que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal no ano de 2010.....	94
Figura 12: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família em março de 2012.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Evolução da Taxa de mortalidade em menores de 5 anos no Estado de Goiás e Brasil - 1996 a 2010.....	90
Gráfico 02: Evolução do percentual de grávidas que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal no Estado de Goiás e no Brasil – 1995 a 2010.....	93
Gráfico 03: Evolução no Brasil (2005 - 2012) do número de famílias acompanhadas pelas condicionalidades de saúde e do percentual de acompanhamento.....	98
Gráfico 04: Evolução da média das coberturas de acompanhamento do Programa Bolsa Família para as condicionalidades de saúde em função da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, da 1ª vigência de 2005 à 1ª vigência de 2011.....	130
Gráfico 05: Evolução da cobertura populacional de equipes de saúde da família no Estado de Goiás, entre 2002 e 2012.....	133
Gráfico 06: Dados sobre o perfil nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Competências dos estados, municípios e do Distrito Federal no âmbito do PBF, de acordo com o Decreto n.º 5.209, de 2004.....	19
Quadro 02: Relação entre o tipo de benefício do PBF, a composição familiar e a renda <i>per capita</i>	23
Quadro 03: Comparação entre as Portarias n.º 321, de 2008, e a Portaria n.º 251, de 2012, no que se refere às ações relacionadas à gestão de condicionalidades do Programa Bolsa Família.....	45
Quadro 04: Período de acompanhamento das condicionalidades das áreas de saúde e educação.....	47
Quadro 05: Evolução dos efeitos gerados por descumprimento de condicionalidades..	51
Quadro 06: Possíveis motivos, apontadas pela gestão da educação, para o descumprimento de condicionalidades nessa área que geram e não geram efeito sobre o benefício da família.....	53
Quadro 07. Meses nos quais pode haver repercussão sobre o benefício das famílias do PBF, em relação ao período de acompanhamento de condicionalidades correspondente.....	54
Quadro 08: Dados relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.....	58
Quadro 09: Competências da União, dos Estados e Municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde de acordo com a Portaria 2.509, de 18 de novembro de 2004.....	60
Quadro 10: Informações resultantes do acompanhamento das condicionalidades de saúde que são inseridas no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde...	63
Quadro 11: Possíveis resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde, considerando diferentes situações que podem ocorrer.....	64
Quadro 12: Perfil dos atores entrevistados, nos dois níveis de atuação, envolvidos na gestão do PBF e das condicionalidades de saúde.....	80
Quadro 13: Perfil da população do Estado de Goiás de acordo com o Censo Demográfico de 2010.....	85
Quadro 14: Sistemas, consultados pela Gestão/Coordenação do PBF e Coordenação da Saúde, relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde.....	156
Quadro 15: Dificuldades apontadas pela Gestão/Coordenação do PBF e Coordenação da Saúde, relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde.....	163

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF pelas condicionalidades de saúde no Brasil e Região Centro Oeste – 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012.....	114
Tabela 02: Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF, pelas condicionalidades de saúde, no município de Iporá – 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012.....	115
Tabela 03: Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF, pelas condicionalidades de saúde, no município de Jataí – 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012.....	115
Tabela 04: Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF, pelas condicionalidades de saúde, nos municípios de Aparecida de Goiânia e Nova Veneza – 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012 - comparado ao Brasil, Região Centro-Oeste e Goiás.....	118
Tabela 05: Total de gestantes acompanhadas pelas condicionalidades de saúde - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012 - e evolução percentual entre as vigências.....	135
Tabela 06: Evolução comparativa do percentual de acompanhamento de famílias e de crianças - Brasil e Estado de Goiás e Aparecida de Goiânia - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012.....	137
Tabela 07: Evolução do percentual de acompanhamento de gestantes em Aparecida de Goiânia - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012, em relação à estimativa de gestantes do município.....	138
Tabela 08: Evolução do percentual de municípios que registram no Sicon as famílias em Acompanhamento familiar pela assistência social no Brasil, Região Centro-Oeste e Estado de Goiás - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012.....	154

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIBF- Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família
BPC – Benefício de Prestação Continuada
BSM – Brasil sem Miséria
BVG- Benefício Variável à Gestante
BVN - Benefício Variável Nutriz
CadÚnico - Cadastro Único
CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CNS- Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB- Departamento de Atenção Básica
DEBEN – Departamento de benefícios
DECON- Departamento de Condicionalidades
DEOP- Departamento de Operações
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ESF - Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN - Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IGD - Índice de Gestão Descentralizada
IGDE - Índice de Gestão Descentralizada Estadual
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MESA - Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS - Número de Identificação Social
PBA - Programa Bolsa Alimentação
PBE - Programa Bolsa Escola

PBF - Programa Bolsa Família
PCS - Programa Comunidade Solidária
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PFZ - Programa Fome Zero
PGRM - Programa de Garantia de Renda Mínima
PNAA - Programa Nacional de Acesso à Alimentação
PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
POF - Pesquisa de Orçamento Familiar
PTCR - Programa de Transferência Condicionada de Renda
SAGI - Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAS- Secretaria de Atenção à Saúde
SCFV- Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SENARC - Secretaria Nacional de Renda e Cidadania
SES – Secretaria do Estado de Saúde
SESAN – Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional
SIBEC – Sistema de Benefícios ao Cidadão
SICON – Sistema de Condicionalidades
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL, PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	7
1.1 Proteção Social no Brasil e a Emergência dos Programas de Transferência de Renda Condicionada	7
1.2 Programa Bolsa Família: concepção, desenho e perspectivas atuais.....	17
CAPÍTULO 2: CONDICIONALIDADES EM POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	31
2.1 Condicionalidades - diferentes percepções	31
2.2 Perspectivas das condicionalidades de saúde para equidade em saúde	39
2.3 Gestão das condicionalidades com ênfase na saúde.....	43
2.4 Aspectos do monitoramento das condicionalidades de saúde.....	58
CAPÍTULO 3: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E SISTEMAS DE MONITORAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	69
3.1 Concepções sobre o Monitoramento e Avaliação de Políticas Sociais.....	69
3.2 Monitoramento gerencial ou analítico, e no contexto do Programa Bolsa Família.....	73
CAPÍTULO 4: ESTUDO DE CASOS – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SITUAÇÕES DE ALTA COBERTURA DE CONDICIONALIDADES, EM DOIS NÍVEIS DE GESTÃO	79
4.1 O Percurso da Pesquisa	79
4.2 Caracterização do Estado de Goiás e municípios selecionados	82
4.3 Resultados da pesquisa.....	95
4.3.1 A percepção dos gestores e coordenadores sobre as condicionalidades de saúde do PBF	95
4.3.2 Indicadores, sistemas, base de dados e outras estratégias para realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde	113
4.3.3. Fatores que dificultam ou facilitam a utilização das informações para o monitoramento das condicionalidades de saúde	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXO 1	187
ANEXO 2	187
ANEXO 3	191

INTRODUÇÃO

Segundo Magalhães et al. (2007, p.1419), a pobreza e a vulnerabilidade da população no Brasil são resultados de anos de desigualdades e de fragilidade do sistema de proteção social. Esse histórico influenciou a proposição de Programas de Transferência de renda condicionada, que estão presentes no cenário das políticas públicas, pelo menos, desde o início da década de 1990. A introdução desses Programas ganhou força a partir do debate acerca do projeto de Lei datado de 1991, de autoria do Senador Eduardo Suplicy, que visava instituir o Programa de Renda Mínima e, mais tarde, por meio das experiências pioneiras desenvolvidas nos municípios de Campinas, Ribeirão Preto, Belo Horizonte e no Distrito Federal. Essas iniciativas tinham a intenção de promover o alívio imediato da pobreza e da fome e de causar impactos positivos no desenvolvimento do capital humano. Por meio das condicionalidades, os programas propostos vinculavam a transferência de renda a contrapartidas assumidas pelas famílias, relacionadas ao cumprimento de agendas determinadas pelas políticas de saúde e educação.

Inspirados nas experiências municipais, surgiram, posteriormente, os programas nacionais que previam condicionalidades, a exemplo do Bolsa Escola, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA) e do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde (Bolsa Alimentação), que serviram de base para o desenho do Programa Bolsa Família (PBF), instituído pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004.¹

As condicionalidades do PBF incluem, na área de educação, a manutenção, pelas famílias beneficiárias, das crianças e adolescentes na escola, com frequência mínima de 85% para os com idade entre 6 e 15 anos e de 75% para os de 16 e 17 anos. No caso da saúde, as famílias com crianças menores de sete anos devem periodicamente levar seus filhos ao serviço de saúde para realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e a atualização do calendário de vacinas, e as gestantes devem realizar o acompanhamento do pré-natal e participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável.

De acordo com as normativas do governo federal, a transferência monetária do PBF se articula às condicionalidades. Para Ferreira (2009), a exigência das

¹ Regulamentada pelo Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004, que foi revisado recentemente pelo Decreto n.º 7.758, de 15 de junho de 2012.

condicionalidades está baseada em evidências empíricas que mostram a relação entre pobreza e indicadores de saúde e educação, em que os pobres apresentam menor nível de escolaridade, maiores taxas de mortalidade e morbidade, menor expectativa de vida e maiores dificuldades em utilizar os serviços públicos. Considerando esses fatores, as condicionalidades seriam uma estratégia para ampliar o acesso da população pobre aos serviços públicos, em especial aos de saúde, educação e assistência social, reduzindo a pobreza intergeracional pelo aumento do capital humano.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família devem ser entendidas como um compromisso que tem dois lados: o poder público e as famílias. Se, por um lado, estas últimas devem cumprir uma agenda mínima relacionada às políticas de saúde e educação, por outro, aumenta a responsabilidade do poder público em prover serviços nessas áreas (Cunha, 2009). Embora a saúde e a educação estejam definidas na Constituição de 1988 como políticas universais, por várias circunstâncias o acesso a elas pelos excluídos não é garantido. Mesmo diante dos avanços na oferta e na cobertura do Sistema Único de Saúde, é notória a maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde e piores os indicadores sanitários para os grupos mais pobres e de baixa escolaridade, como os negros, indígenas e habitantes das regiões Norte e Nordeste (MAGALHÃES et al., 2007). Considerando que grande parte das iniquidades em saúde é produto da desigualdade social e econômica, aumentar a equidade implica tratar de forma desigual aqueles que estão sob condições de desigualdade diante de outros. Nesse sentido, as condicionalidades, como uma ação focalizada nas famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, objetivam a promoção do acesso mais equânime às políticas universais supracitadas.

Apesar de serem essas as concepções institucionalizadas sobre as condicionalidades, de modo geral, há uma divisão de opiniões a respeito desse tema na literatura. Alguns autores defendem que as condicionalidades são tão importantes quanto o benefício em si, pois incentivam o capital humano das famílias mais pobres. Outros sublinham o caráter de proteção social do PBF, argumentando que, ao estabelecer contrapartidas, essa função é prejudicada, já que, possivelmente, são as famílias mais vulneráveis as que têm maior probabilidade de não cumpri-las.²

Em meio a opiniões contrárias e favoráveis às condicionalidades, a ação ganhou escala, além do fato de alguns estudos apontarem para impactos positivos em relação a

²A esse respeito, ver considerações de Soares e Sátyro (2009).

essa ação.³ Desde o início de sua implementação, a cobertura de acompanhamento das famílias pela área de saúde aumentou de 6%, no 1º semestre de 2005, para 73,12 %, no 2º semestre de 2012, que corresponde ao total de 8.689.047 famílias acompanhadas pelas condicionalidades de saúde em um universo de 11.883.263 famílias beneficiárias do Programa.⁴

Essa evolução implica maior volume de informações disponíveis sobre saúde e situação nutricional das famílias beneficiárias e possibilita um monitoramento sistemático, tanto pela gestão do Programa no nível municipal, que operacionaliza o acompanhamento de saúde das famílias, como pelo Estado, cujo papel é coordenar e supervisionar as ações nos municípios. O monitoramento permite a observação de vários indicadores, entre eles aqueles relacionados ao alcance dos objetivos das condicionalidades nessa área. Da mesma forma, subsidia a gestão sobre a qualidade da assistência à saúde prestada às famílias beneficiárias e oportuniza o aprimoramento da organização dos serviços de modo a atender a um público em situação de maior vulnerabilidade social. O monitoramento fecha, assim, um ciclo virtuoso em relação às condicionalidades de saúde.

Em uma situação ideal, as informações sobre as famílias beneficiárias existiriam, seriam de boa qualidade e poderiam ser utilizadas para o planejamento de ações em todos os níveis do sistema de saúde. Entretanto, a mera disponibilidade de informações não garante nem a sua qualidade nem a existência, nos níveis estaduais e municipais, de um monitoramento analítico, voltado para a tomada de decisões. O registro do acompanhamento das condicionalidades pode ser visto apenas como o cumprimento de uma exigência burocrática das coordenações centrais do PBF. A efetiva utilização das informações geradas pelos gestores pode ainda ser dificultada por várias questões de ordem tecnológica, que vão desde dificuldades relacionadas ao sistema de registro dos dados até a falta de familiaridade com o uso de indicadores. Pode, igualmente, ser influenciada pelo julgamento pessoal do gestor a respeito das condicionalidades. Aqueles que porventura tenham uma percepção positiva sobre essa ação tenderão a utilizar a informação e a valorizar o processo de produção dos dados, contribuindo para a sua qualidade, sendo o contrário também verdadeiro.

³ A esse respeito, ver os resultados de estudos de Paes-Souza e Quiroga (2010).

⁴ Relatórios de acesso público dos dados de acompanhamento da condicionalidade da saúde de 2005 até a data mais atual disponíveis em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>>.

Segundo Trevisani (2012), as representações e percepções dos diferentes atores envolvidos no processo de acompanhamento de saúde do PBF podem auxiliar a compreensão do papel dos serviços de saúde no âmbito do programa e das dificuldades e alternativas para sua concretização. Nessa linha de raciocínio, Deslandes (1997) menciona o seguinte:

A categoria "atuação do serviço" retém não somente a base empírica das ações (registro de casos, atendimentos, procedimentos efetuados, caracterização da população-alvo e outras atividades), como também contempla as relações que fundam a estrutura do serviço, seus processos e ainda inclui o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre esta ação. (DESLANDES, 1997, p.106).

A motivação para realizar este trabalho surgiu a partir da atuação profissional no Departamento de Condicionalidades (Decon) ligado à Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O Decon é responsável por coordenar todas as etapas e processos relacionados à gestão de condicionalidades, previstos na Portaria GM/MDS n.º 251, de 12 de dezembro de 2012, e sob essa coordenação estão os departamentos que tratam deste tema nos Ministérios da Saúde e da Educação. Esses órgãos, por meio de suas respectivas redes de atuação nos estados e municípios, são os responsáveis legais pelo acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.⁵

A atuação profissional no âmbito do DECON determinou o interesse pelo objeto de pesquisa, que nasceu a partir da constatação do pouco conhecimento acerca da rotina de monitoramento das condicionalidades de saúde nos dois níveis de gestão: municipal e estadual. É certo que, dependendo da forma como é realizado esse monitoramento, é possível acompanhar aspectos relacionados à saúde e nutrição das famílias beneficiárias, além de identificar possíveis vulnerabilidades vivenciadas por elas. Da mesma forma, é possível estabelecer diagnósticos relacionados à oferta e qualidade dos serviços de saúde prestados, com vistas a implementar ações. Mas será que a gestão tem apenas a preocupação precípua de observar indicadores ligados ao cumprimento de metas, a exemplo da meta de cobertura de acompanhamento de condicionalidades estabelecida para o recebimento de recursos financeiros do nível federal? Ou pode-se considerar que locais com bons indicadores de cobertura de acompanhamento tendem a

⁵O Decreto 5.209 de 17 de setembro de 2004 que regulamenta a Lei de criação do PBF, no Capítulo III, Seção I menciona que cabe aos Ministérios da Saúde e Educação a responsabilidade pelo acompanhamento e fiscalização do cumprimento das condicionalidades vinculadas ao Programa Bolsa Família.

apresentar um sistema de monitoramento das condicionalidades mais estruturado, confiável e útil? Qual a percepção dos gestores, responsáveis pelo monitoramento, acerca das condicionalidades de saúde? Como se caracteriza o monitoramento das condicionalidades de saúde realizado pelos gestores no nível municipal e estadual?

Essas inquietações estavam na origem do presente estudo, que buscou descrever e analisar como ocorre monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) nos níveis de gestão municipal e estadual, por meio de estudo de casos em um estado e dois municípios, selecionados entre aqueles com melhores coberturas de acompanhamento das condicionalidades.

Para o estudo de casos, foram eleitos o Estado de Goiás e dois de seus municípios – Nova Veneza e Aparecida de Goiânia –, tendo por base os resultados históricos de alta cobertura de acompanhamento de condicionalidades de saúde alcançados nas duas esferas de atuação. Para aproximação ao objeto da pesquisa, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar qual é a percepção dos coordenadores estaduais e municipais da saúde e dos coordenadores estaduais e gestores municipais do Programa Bolsa Família sobre as condicionalidades de saúde do Programa;
- Investigar quais sistemas, base de dados ou indicadores são utilizados por esses atores para realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde; e
- Determinar quais fatores facilitam ou dificultam o monitoramento de indicadores relacionados aos resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde nos dois níveis de gestão.

Análises dessa natureza são de grande relevância para Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que é o setor responsável por coordenar a gestão de condicionalidades do PBF no nível federal, e para o Ministério da Saúde (MS), órgão legalmente responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família realizado nos municípios por meio da atenção básica. Um estudo exploratório sobre o monitoramento das condicionalidades de saúde, em dois níveis de gestão, com bons resultados de acompanhamento, tem a perspectiva de, uma vez confirmadas como experiências exitosas, poder descrevê-las em relação às rotinas de monitoramento adotadas, a fim de sejam balizadoras para outros estados e municípios. Seus resultados podem também

subsidiar o aprimoramento dos sistemas relacionados à gestão de condicionalidades, a exemplo do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, do Sistema de Condicionalidades (Sicon) e do Painel de Indicadores de Condicionalidades. Igualmente podem fornecer subsídios para os gestores refletirem sobre como devem ser os processos de monitoramento, de maneira a cumprir os objetivos para os quais as condicionalidades foram criadas e auxiliar em decisões relacionadas às políticas de saúde e nutrição.

O trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro, procura-se contextualizar historicamente a proteção social no Brasil, com ênfase para a criação dos programas de transferência de renda e, especificamente, para o Programa Bolsa Família, apontando as questões atualmente colocadas na literatura sobre o tema. Para melhor compreensão do Programa, também são descritas as suas características, incluindo fluxos, procedimentos e cadastro utilizado; critérios de elegibilidade, inclusive relacionados à linha de pobreza; valores repassados às famílias, assim como as condicionalidades e a noção de corresponsabilidades a elas associadas.

O Capítulo 2 aborda especificamente o tema das condicionalidades. Procura apresentar as diferentes concepções, institucionalizadas ou não, sobre a sua adoção em políticas sociais no Brasil, e trata de suas perspectivas para a busca da equidade. Para completar a descrição do Bolsa Família, concluindo, o Capítulo 2 apresenta as normas e as especificidades do ciclo de gestão das condicionalidades no Programa Bolsa Família.

O Capítulo 3 aborda os conceitos relacionados ao monitoramento e à avaliação e a sua aplicação em políticas públicas, bem como as diferenças entre monitoramento gerencial e analítico, e finaliza caracterizando a tendência de monitoramento encontrado no Programa Bolsa Família.

Antecedendo as considerações finais, o Capítulo 4 relata os estudos de caso realizados. Descreve o percurso da pesquisa, caracteriza o Estado e os Municípios estudados e apresenta os resultados encontrados.

Finalmente, nas Considerações Finais, os objetivos da pesquisa são retomados, e uma síntese dos principais resultados encontrados é apresentada, com apontamento de algumas recomendações.

CAPÍTULO 1: PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL, PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1.1 Proteção Social no Brasil e a Emergência dos Programas de Transferência de Renda Condicionada

Fleury (2004) explica que, antes da Constituição Federal de 1988, o Sistema de Proteção Social no Brasil era uma combinação de dois modelos: o do seguro social na área previdenciária, incluindo a saúde, e um modelo assistencial para quem não tinha vínculos trabalhistas formais. No primeiro modelo, para ter acesso à proteção social, necessariamente o indivíduo deveria estar inserido no processo produtivo e vinculado a certas categorias profissionais autorizadas a operar um seguro, o que levou Santos (1979) a cunhar o conceito de “cidadania regulada”, ou seja, definida pela condição de inserção no mercado de trabalho.

No modelo assistencial, as ações de proteção social são dirigidas à população pobre não inserida no mercado de trabalho. Essas ações se dão em uma perspectiva emergencial e resultam de uma mistura de iniciativas voluntárias e políticas públicas, caracterizadas pela superposição de ações e pela descontinuidade. Por seu caráter de benesse, o acesso aos bens e serviços não se daria por uma relação de direito social. Nesse modelo, os assistidos são aqueles considerados não aptos à inserção no mercado de trabalho, por várias razões, inclusive relacionadas às falhas no caráter do indivíduo, e esse aspecto acaba por um estigma para os que dependem desse modelo de proteção social (Fleury, 2004).

Seguro social é um conceito da política previdenciária brasileira, que foi fundada desde os anos de 1920, inspirada no modelo alemão criado por Bismark na segunda metade do século XIX. De acordo com Rangel et al (2008), no plano previdenciário, são desse período a Lei dos Acidentes de Trabalho (Lei n.º 3.724, de 15 de janeiro de 1919) e a Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923), que estabeleceu a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAP) para os trabalhadores de empresas ferroviárias. Fleury (2004) ressalta que, somente a partir da década de 30, no período do autoritarismo Vargasista, ampliou-se o Sistema Previdenciário como parte do processo mais geral de construção de um Estado moderno, intervencionista e centralizador. São dessa época os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), organizados por categorias profissionais, que, na visão de Rangel et al (2008), diferiam

das CAPs, pois estas eram estruturadas por empresas. Pelos IAPS, cada Instituição – Institutos ou Caixas – tinha a liberdade para o estabelecimento de seu pacote de benefícios e suas alíquotas de contribuição. Esse tipo de regra dava muita autonomia a certas classes de trabalhadores em troca da manutenção de poder dos dirigentes, pois nas palavras de Fleury:

No período da democracia populista (1946-1963), a expansão do sistema de seguro social vai fazer parte do jogo político de concessão de benefícios em troca da legitimação dos governantes, diferenciando os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha (FLEURY, 2004, p.111).

Para Monnerat (2009), nesse modelo de Proteção Social, o direito a ter direito social é condicionado à inserção do indivíduo no sistema produtivo, e não a partir de um código de valores políticos universais, e esse fator não dá possibilidades para que o indivíduo se reconheça como cidadão de direitos. Ainda segundo a autora:

O Estado ao definir legalmente as categorias profissionais que teriam acesso aos benefícios e assistência médica previdenciários, pautados em contribuição pretérita, promove uma intervenção sobre a questão social fundada nos problemas da acumulação e não da equidade, e na noção de direito contratual em detrimento do direito de cidadania (MONNERAT, 2009, p.16).

Esse padrão de Proteção Social, que vigorou por mais de 60 anos, somente foi alterado na década de 80. Draibe (2002) ressalta que, depois de quase cinquenta anos de construção institucional, implementação e desenvolvimento de políticas e programas, o sistema brasileiro de proteção social mostrava, no início dos anos 80, baixa capacidade de melhora na equidade social, além de sua incapacidade em se constituir no canal apropriado para que o desenvolvimento social do país pudesse acompanhar, de algum modo, seu desenvolvimento econômico.

Essa mesma autora também caracteriza o sistema de proteção social construído até aquele momento, e que depois deixaria sequelas na sociedade brasileira:

- fraca capacidade de incorporação social, deixando à margem do progresso social um vasto contingente de excluídos de todo o tipo, em especial os trabalhadores rurais e grupos urbanos pobres;
- seus programas, mesmo os mais universais, pouco contribuíram para a redução das acentuadas desigualdades sociais, do mesmo modo que foram praticamente nulos os seus efeitos sobre os resistentes bolsões de pobreza. Desigualdade e

pobreza tenderam então a se reduzir menos por impacto das políticas, antes em decorrência das altas taxas de crescimento econômico, assalariamento e mobilidade social;

- no plano dos benefícios dispensados, os programas e as políticas abrigaram e reforçaram privilégios, mesmo quando presididos por concepções e definições universalistas;

- a sua dinâmica de crescimento tendeu a pautar-se por forte dissociação entre os processos de expansão quantitativa e a melhoria da qualidade dos bens e serviços sociais prestados (DRAIBE, 2002, p.5).

No final da década de 80, as reivindicações relacionadas à questão social entram no rol das solicitações das forças políticas que culminam com a inscrição dessas aspirações na Constituição Federal de 1988. A Carta Magna ampliou a cobertura do sistema previdenciário e flexibilizou o acesso aos benefícios pelo trabalhador rural, reconheceu a Assistência Social como política pública não contributiva, que opera tanto serviços como benefícios monetários, e consolidou a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (DELGADO, JACCOUD e NOGUEIRA, 2008 p. 17).

Esses autores também destacam que, para além da ampliação do rol de políticas inseridas no campo da seguridade social, a partir do texto constitucional, também houve avanço nas bases para instauração de um sistema de proteção social brasileiro, pois são reconhecidas como afetas à intervenção do Estado um conjunto de necessidades que antes eram atendidas pelo setor privado, não numa perspectiva de direitos, mas de caridade. Devido a esse fator, foi consolidada a ideia da garantia de acesso à assistência social a todos os que dela necessitassem. Também houve avanço na ampliação do atendimento, sob o olhar do direito, aos idosos, trabalhadores da agricultura familiar e aos doentes sem acesso à assistência médica previdenciária.

Pela seguridade social, a sociedade passa a proporcionar a seus membros medidas para o enfrentamento de privações–socioeconômicas decorrentes não só de riscos sociais – enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, invalidez, velhice e morte –, como também de situações resultantes de problemas socioeconômicas, como desemprego, pobreza, ou vulnerabilidade. Essas privações econômicas e sociais seriam enfrentadas pela oferta pública de serviços e benefícios que promoveriam a manutenção da renda, bem como o acesso universal a saúde e às ações socioassistenciais (JACCOUD, 2009).

Outro aspecto do novo desenho da proteção social brasileira inscrito no texto constitucional refere-se ao seu formato organizacional. Uma rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada, com comando único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, além de instâncias deliberativas que garantam a participação paritária da sociedade organizada em cada nível de governo. (MONNERAT, 2009, p. 18 -19).

A partir da promulgação da Constituição de 1988, e da introdução do conceito de Seguridade Social, a rede de proteção social sai do contexto do direito estritamente social – trabalhista e assistencialista – para a perspectiva de direito de cidadania (RANGEL et al, 2008, p.45). Theodoro e Delgado (2003) ressaltam que a Constituição Cidadã inovara por contemplar no seu texto a ideia de política social como meio de inclusão social, ou seja, políticas universalistas e de extensão de direitos sociais às camadas mais pobres da população. Nessa perspectiva, a política social de inclusão tinha como base programas e ações que, longe dos mecanismos de transferência de renda para os eternamente carentes ou pobres, visavam proporcionar – sob a égide da ideia de seguridade social – o resgate da chamada dívida social. Contudo, mesmo diante desse cenário de avanços na Proteção Social Brasileira, já havia um histórico de alijamento de certos grupos da sociedade, fruto do modelo de proteção social historicamente implementado e que nos deixou como legado o agravamento de situações de desigualdade e pobreza. Soma-se a isso o fato de a década de 1990 no Brasil ter sido caracterizada por ampla desorganização do mercado de trabalho brasileiro, com altas taxas de desemprego, redução do trabalho assalariado com carteira assinada, em favor da expansão dos trabalhos informais, dos bicos e ocupações não remuneradas, geralmente precárias e de baixa produtividade (AGATTE, 2010, p.39-40).

Jaccoud (2010) argumenta que, se a CF/88 havia ampliado direitos e proteções, permaneciam largamente excluídos os trabalhadores informais urbanos e suas famílias. A inexistência de um programa de transferência de renda aos mais pobres, seja para as famílias, seja para as crianças em famílias pobres, tornava a proteção social, no campo da garantia de renda, não apenas incompleta e restritiva, mas também reprodutora de iniquidades, além de permanecer excluída da proteção social a situação de insuficiência de renda advinda do exercício do trabalho precário. Ainda de acordo com a autora:

É a introdução, no objeto de atuação da política de garantia de renda, do trabalhador pobre e sua família, que altera efetivamente o formato da proteção social brasileira, estendendo-a na forma de novas

coberturas e apontando para a afirmação de um novo direito de cidadania (JACCOUD, 2010, p.120).

Em toda América Latina, particularmente no Brasil, o final da década de 80 foi marcado por grave crise econômica, que resultou na necessidade de se introduzir algumas reformas. A crise caracterizava-se pelo elevado endividamento público, decorrente da incapacidade estrutural do Estado em gerar poupança interna para o crescimento e desenvolvimento sustentável do país. Diante dessa realidade, as agências internacionais indicavam certas condutas como solução para o país voltar a crescer economicamente: privatização do patrimônio do Estado, reforma administrativo-gerencial aos moldes das empresas privadas e a retirada da atuação do Estado na provisão dos serviços. Em meio a essa conjuntura, nos últimos anos se desenvolveram discussões sobre a reestruturação do modelo de seguridade social (FLEURY, 2004).

Considerando esse contexto social e econômico no qual o Brasil estava inserido, nos anos 90 começa a emergência dos consensos neoliberais e nestes se reafirma a ideia de redução dos papéis do Estado, o chamado “enxugamento” da máquina administrativa, e, por consequência, dos gastos públicos nas áreas sociais. Há uma mudança no significado de “proteção social” quando os países centrais, diante dos efeitos da crise fiscal, começam a promover reformas nas políticas clássicas de seguridade social.

Jaccoud (2010) argumenta que nunca estiveram fora do debate as críticas referentes à expansão dos direitos sociais e à excessiva participação de gastos públicos do Estado no campo social, mas que essas discussões se intensificaram devido ao contexto político e econômico mundial. De acordo com Vaitsman, Borges e Farias (2009), como parte da agenda de restrição do gasto e das políticas universalistas, um conjunto de ações e programas para enfrentar o aumento da pobreza e da vulnerabilidade começa a ser adotado por vários países e difundido pelas organizações multilaterais.

No início da década de 1990, o princípio da universalidade, que era considerado a base de construção de um sistema de proteção amplo e generoso, dá lugar ao princípio focalista, num contexto de aumento da situação de pobreza gerada em tempos de crise econômica. Nesse período, a fome e a pobreza entram novamente na agenda pública no Brasil e tal fato gera a mobilização da sociedade civil. Nessa conjuntura, começa a ser pensado e articulado pelo sociólogo Herbert de Souza (Betinho) o Movimento Ação da

Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida, com o objetivo de enfrentar em escala nacional o problema da fome e da pobreza por meio de redes de solidariedade (MONNERAT, 2009).

Também nesse período, no governo Sarney, é criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que funcionou de 1993 a 1994. Esse fato reforçou a questão da fome na agenda pública, incentivou a democratização das políticas governamentais de combate à fome e à miséria, como forma de mobilizar a sociedade, e contribuiu para o controle social e a melhoria dos programas institucionais (FLEURY, 2004, p. 139).

Em 1995, começam as reformas sociais, sob o Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), implementadas na concepção de Draibe (2002) sob um duplo legado: a experimentação da reforma da Constituição de 1988 e o:

[...] “terreno vazio” que resultava do desencanto com as utopia reformistas dos anos 80, bastante preparado, certamente, pela força das novas ideologias e valores de corte liberal – alimentados e alinhados com as regras e os rumos do estrito ajustamento fiscal. (DRAIBE, 2002, p.8).

Essa mesma autora ressalta que, nos dois mandatos do governo de FHC – de 1995 a 2002 –, alcançou preponderância a política liberal, cuja concepção trouxe um conjunto de reformas na área de Seguridade Social opostas ao padrão constitucional brasileiro estabelecido em 1988. Monnerat (2009) menciona que o maior exemplo disso foi a criação do Programa Comunidade Solidária (PCS). Este programa instituiu uma estrutura paralela e à margem da Lei Orgânica da Assistência Social, pois privilegiou o desenvolvimento de projetos sociais em parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) em detrimento, de certa forma, do aprofundamento do protagonismo das secretarias estaduais e municipais de assistência social.

O PCS era vinculado à Presidência da República e coordenado pela primeira-dama. Estava organizado sob a forma de um Conselho Consultivo e uma Secretaria Executiva, que tinham a função de articular diferentes iniciativas ministeriais, governos locais e organizações sociais para a focalização de suas ações em municípios pobres prioritários, de forma a cumprir, por meio de parcerias, uma proposta de combate à pobreza (FLEURY, 2004).

Burlandy (2003) destaca que o conjunto de ações do PCS foi direcionado aos municípios com maior proporção de população indigente e que apresentavam limites em

termos de organização social, capacidade técnica institucional, disponibilidade de serviços públicos, geração de receitas próprias e canais de participação e controle social. Esses critérios de priorização se pautaram no estudo de Pelliano (1993), de base nacional e desagregado por município, que trazia dados de indigência e de indicadores sociais – O Mapa da Fome. O sentido desse estudo era garantir o princípio da transparência na alocação de recursos e, no contexto de focalização, direcionar os recursos financeiros.

Essa mesma autora explica que o PCS elegeu 16 programas setoriais prioritários, situados em seis ministérios (Saúde, Educação, Desporto, Agricultura e Abastecimento, Planejamento e Orçamento e Trabalho). Na área de alimentação e nutrição, foram selecionados: o Programa de Atendimento às Crianças Desnutridas e Gestantes em risco nutricional, que passa a ser denominado Programa de Combate à Desnutrição Materno Infantil PCDMI/ Ministério da Saúde; o Programa de Distribuição de Estoques de Alimentos – PRODEA/Companhia Nacional de Abastecimento CONAB, Ministério da Agricultura; Programa Nacional de Alimentação do Escolar – PNAE/Ministério da Educação; e o Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT/Ministério do Trabalho. Monnerat (2009) destaca que, no governo FHC, o Programa Comunidade Solidária teve importante papel na difusão de uma imagem de inovação da gestão no campo social, pois não tinha prerrogativas executivas; a inovação estaria no fato de as ações de combate à pobreza estarem na articulação dos diferentes programas já existentes nos ministérios.

Em que pesem as contradições do processamento da nova agenda de reformas iniciadas em 1995 e desdobradas até 2002, final do segundo mandato do governo FHC, foram alcançados alguns resultados consideráveis. Primeiramente foi significativo o esforço destinado a melhorar e reforçar as instituições públicas da política social, principalmente nos serviços universais de saúde e de educação, com resultados sociais importantes. Por sua vez, as vicissitudes dos programas de enfrentamento da pobreza, de modestos resultados, desencadearam inovações significativas, entre elas, a preferência por programas de transferência de renda direta às famílias, modelo aparentemente ausente da agenda originária (DRAIBE, 2002).

A partir de meados dos anos 1990, começam a surgir várias propostas locais de programas de transferência de renda voltadas para o combate à pobreza. Um fato emblemático que abriu as portas para a possibilidade de implantação destes programas no país foi o Projeto de Lei n.º 80, de 1991, de autoria do senador Eduardo Suplicy,

aprovado no Senado Federal. Por este projeto todos os indivíduos com mais de 25 anos e com renda inferior a 2,5 salários mínimos teriam direito a uma renda mínima incondicional, equivalente a 30% da diferença entre a renda do indivíduo e 2,5 salários mínimos.

Monnerat (2009) relata que, a partir de 1993, a discussão sobre os programas de transferência de renda adquire outra perspectiva em razão, especialmente, do artigo “Os Miseráveis”, publicado por José Márcio Camargo no jornal *Folha de São Paulo*. A proposta descrita no artigo era a de que a transferência de renda estivesse vinculada ao acesso à educação e destinada especificamente às famílias com filhos em idade escolar (5 a 16 anos). Por essa proposta, a seleção das famílias deveria basear-se no critério de inserção (matrícula) na escola, e não havia previsão de seleção com base em um dado corte de renda. Essa proposta influenciou as experiências locais de programas de transferência de renda no país; a partir daí, os programas efetivamente desenvolvidos apresentam em seu desenho operacional o objetivo de focalizar as famílias pobres e associar o benefício à exigência de contrapartida, como a frequência escolar.

As primeiras experiências a colocarem em prática esse proposta foram de Campinas⁶, Ribeirão Preto⁷ e Distrito Federal⁸, todas do ano de 2005. Cada uma delas apresentava particularidades no que se refere ao valor do benefício transferido, ao critério de seleção e à forma de operacionalização. Mas o que é relevante é que essas iniciativas trouxeram várias inovações que inspiraram o campo das políticas sociais.

No curso da implementação dessas iniciativas locais, em 1997 o governo federal cria mecanismos para induzir a execução de programas de transferência de renda no país. Trata-se da promulgação da lei do Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM), que autorizava ao governo federal a conceder apoio financeiro de 50% dos gastos dos municípios com Programas de Garantia de Renda Mínima (PGRM) vinculados a ações socioeducativas.

Fleury (2004) considera que o fato de essas iniciativas terem emergido do nível local tem relação com o novo papel dos municípios no que se refere à prestação de serviços assistenciais inscritos na Constituição de 1988. Nessa esteira, a autora argumenta que, enquanto os Estados estavam ausentes desses programas, o governo federal definiu sua participação como cofinanciadores. Contudo, na visão de Lavinas

⁶Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima, Lei n.º 8.261, de 6 de janeiro de 1995.

⁷Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima, Lei n.º 7.188, de 28 de setembro de 1995.

⁸Programa Bolsa Familiar para a Educação (Bolsa Escola), Decreto n.º 16.270, de 11 de janeiro de 1995.

(1998), em razão de a maioria dos municípios brasileiros não ter capacidade fiscal para financiar Programas de Transferência de Renda, e considerando que esse tipo de Programa envolve um custo alto, já que há um público potencial importante, esse apoio federal não era suficiente.

Sob a influência dessas propostas de Programas de Transferência de Renda adotadas por vários municípios no país, o governo federal adotou, a partir de 2001, programas de transferência de renda para famílias pobres, como o Bolsa Escola (PBE), vinculado ao Ministério da Educação e o Bolsa Alimentação, do Ministério da Saúde. As iniciativas federais eram bem similares ou até idênticas ao desenho das iniciativas municipais, pois consistiam na complementação de renda às famílias, que, em contrapartida, assumiam uma agenda de compromissos, tais como a garantia de frequência escolar mínima das crianças atendidas e o cumprimento dos cuidados de saúde.

O Programa Bolsa Alimentação (PBA) do Ministério da Saúde substituiu as ações de distribuição de óleo e leite, realizadas pelo programa Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN). A exemplo do PBE, o Bolsa Alimentação transferia um crédito que não podia ultrapassar R\$45,00 por família e previa uma agenda de compromissos que devia ser cumprida mediante o acesso das crianças, gestantes e nutrizes aos serviços de saúde. Monnerat (2009) ressalta que essa iniciativa seria um avanço do ponto de vista das ações tradicionais nesta área, pois o governo federal passa a transferir um benefício monetário em vez de proceder à distribuição de cestas básicas e alimentos *in natura*.

Cotta (2009) ressalta que, em 2002, havia cerca de sete iniciativas de Programas de Transferência de Renda, com a justificativa de que cada setor ou órgão deveria associar as transferências realizadas com sua missão institucional: PBE⁹, PBA¹⁰, Auxílio-Gás, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Bolsa Renda, Agente Jovem e Bolsa Qualificação.¹¹ Monnerat (2009) destaca que, nesse período, também se inicia a implementação do Cadastro Único, cujo objetivo era fazer um mapeamento da população pobre no país. No governo Lula, o Cadastro Único é

⁹ Lei n.º 10.219, de 11 de abril de 2001, que cria o Programa Bolsa Escola federal (Lei José Roberto Magalhães Teixeira).

¹⁰ Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde (Bolsa Alimentação), instituído pela Medida Provisória n.º 206-1, de 6 de setembro de 2001.

¹¹ O Programa Auxílio-Gás foi instituído pelo Decreto n.º 2, de 24 de janeiro de 2002, e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), regido pela Portaria MPAS/SEAS n.º 458, de 4 de outubro de 2001.

extensivamente implementado no país e servirá como porta de entrada para vários programas sociais, entre eles, o Programa Bolsa Família.

Além das primeiras iniciativas federais de implementação de Programas de Transferência de Renda em 2002, nesse período também foi introduzido o debate em defesa de uma Renda de Cidadania, para todos os brasileiros, sem qualquer restrição, preconizando a passagem de uma Renda Mínima para uma Renda de Cidadania, sendo o marco desse debate o lançamento do livro Renda de Cidadania, em 2002, de autoria do Senador Eduardo Suplicy (SILVA, 2006).

No primeiro mandato do Governo Lula (2003-2006), também se adotou a focalização na fome e na pobreza como protagonista da política e foi lançado o Programa Fome Zero (PFZ) sob a regência do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA). Cotta (2009) ressalta que, no âmbito dessa estratégia, foi criado o Programa Nacional de Acesso à Alimentação, conhecido como cartão-alimentação, que coexistiu por um tempo com os outros Programas Federais de Transferência de renda, até mesmo pela força ideológica da marca do Bolsa Escola. Contudo, a fragmentação, a superposição e a desarticulação dos Programas federais de transferência de renda levaram o governo Lula a criar, em março de 2003, um grupo de trabalho – formado pela Assessoria Especial do Presidente, Casa Civil, Ministério do Planejamento e pelo Secretário Executivo do Ministério da Assistência e Promoção Social – para coordenar a elaboração de uma proposta de unificação das ações federais na área social. Após um período de negociação com estados e municípios, o Programa Bolsa Família foi lançado.

1.2 Programa Bolsa Família: concepção, desenho e perspectivas atuais

O Programa Bolsa Família (PBF) foi lançado em outubro de 2003, pela Medida Provisória n.º132, de 20 de outubro de 2003, reunindo os programas: Cartão Alimentação, Bolsa Escola (PBE), Bolsa Alimentação (PBA) e o Auxílio-Gás. Esse Decreto foi convertido, no ano seguinte, na Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e no mesmo ano, em setembro, esta Lei foi regulamentada pelo Decreto n.º 5.209, o qual descreve, no artigo 4º, os objetivos do Programa Bolsa Família:

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.

Nessa perspectiva, o Programa busca atuar em três dimensões: alívio imediato da pobreza, mediante a transferência direta de renda; exercício dos direitos sociais básicos (saúde, educação e assistência social), por meio das condicionalidades, e – por último – o programa pretende articular-se com outras políticas setoriais e suas respectivas ações de maneira a melhorar a capacidade das famílias e promover sua emancipação.

Agatte (2010, p.50-51) ressalta algumas inovações importantes que o Programa Bolsa Família teria trazido, comparado aos programas que o antecederam, e que devem ser consideradas:

- i) a família como unidade receptora do benefício e do cumprimento das condicionalidades exigidas;
- ii) a inclusão prioritária dos membros das famílias em programas e políticas;
- iii) a descentralização pactuada com os entes da federação; e
- iv) o cadastro único dos programas sociais como ferramenta de planejamento e gestão de políticas.

Outro aspecto importante destacado pela autora que diferencia o PBF dos programas anteriores é a articulação institucional/intersetorial (entre áreas setoriais do governo; entre os governos dos entes federativos e entre o governo e a sociedade), considerados como elementos essenciais para efetivação do programa. Esses aspectos estão positivados no Decreto n.º 5.209/ 2004, o qual menciona que “a execução e gestão do programa deverão ser feitas de forma descentralizada, por meio da conjugação de

esforços entre os entes federados, observada a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social”.

Considerando que o PBF se propõe a ser operacionalizado por meio de uma gestão descentralizada, os entes federados poderão aderir a ele por termo específico, observados os critérios, condições e procedimentos estabelecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome¹², como:

I - fixação de suas competências e responsabilidades na gestão e na execução do Programa Bolsa Família; e

II - possibilidade de recebimento de recursos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para apoiar a gestão do Programa Bolsa Família¹³

No que se refere às competências e responsabilidades, considerando o que cabe aos municípios e ao Distrito Federal, fica claro que a operacionalização do Programa ocorre no nível local. De forma geral, as responsabilidades dos estados estão relacionadas à coordenação das ações de gestão do PBF nos municípios, mas, assim como os municípios e o Distrito Federal, os estados também têm a responsabilidade de ofertar serviços nas áreas setoriais – saúde, educação e assistência social – e promover o acompanhamento das condicionalidades. O Quadro 01 descreve as competências de cada ente no âmbito do PBF, o que permite observar o quanto é necessária a cooperação interfederativa para executá-las:

¹²O Decreto n.º 7.332, de 19 de outubro de 2010, alterou o Decreto 5.209, de 2004, em relação a esse tópico, que fala sobre adesão dos entes federados ao PBF.

¹³ O Índice de Gestão Descentralizada (IGD), criado pela Portaria GM/MDS n.º 148, de 27 de abril de 2006, e o Índice de Gestão Descentralizada Estadual (IGDE), criado pela Portaria GM/MDS n.º 76, de 6 de março de 2008, são indicadores que medem a qualidade da gestão municipal do PBF. Com base nesses indicadores, o MDS repassa recursos aos município e estados para apoio à gestão do Programa.

Quadro 01: Competências dos estados, municípios e Distrito Federal no âmbito do PBF, de acordo com o Decreto 5.209, de 2004

Competências dos Municípios *	Competência dos Estados
Constituir coordenação composta por representantes das suas áreas de saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, quando existentes, responsável pelas ações do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal.	Constituir coordenação composta por representantes das suas áreas de saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, quando existentes, responsável pelas ações do Programa Bolsa Família, no âmbito estadual.
Designar área responsável pelas ações de gestão e execução do Programa Bolsa Família e pela articulação intersetorial das áreas, entre outras, de saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, quando existentes.	Promover ações que viabilizem a gestão intersetorial, na esfera estadual.
	Promover ações de sensibilização e articulação com os gestores municipais.
Proceder à inscrição das famílias pobres do Município no Cadastro Único do Governo Federal;	Apoiar e estimular o cadastramento pelos Municípios.
Disponibilizar serviços e estruturas institucionais, da área da assistência social, da educação e de saúde, na esfera municipal.	Disponibilizar serviços e estruturas institucionais, da área da assistência social, da educação e da saúde, na esfera estadual.
Garantir apoio técnico-institucional para a gestão local do programa.	Disponibilizar apoio técnico-institucional aos Municípios.
Constituir órgão de controle social.	
Estabelecer parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para oferta de programas sociais complementares.	Estimular os Municípios para o estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para oferta dos programas sociais complementares.
Promover, em articulação com a União e os Estados, o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades.	Promover, em articulação com a União e os Municípios, o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades.
*As competências do Distrito Federal são as mesmas municipais.	

Fonte: Presidência da República. Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta o programa Bolsa Família.

No âmbito federal, é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) o órgão responsável pela gestão, coordenação, operacionalização e fiscalização do PBF, por meio da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC). Esta

Secretaria tem uma organização institucional para: realizar a gestão do Cadastro Único; proceder ao pagamento dos benefícios; disciplinar, coordenar e implementar as ações relacionadas ao apoio financeiro à qualidade da gestão e da execução descentralizada do Programa Bolsa Família; fazer a gestão e o monitoramento das condicionalidades; promover articulação com outras políticas para melhorar as capacidades das famílias e contribuir para melhoria de sua condição de vida e emancipação. Outras Secretarias do Ministério preveem ações para o atendimento de diferentes necessidades das famílias beneficiárias, a exemplo das ações de proteção social básica e especial, cujas diretrizes são originárias da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), e das ações na área de Segurança Alimentar e Nutricional, promovidas pela Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN).

O PBF é um programa focalizado na pobreza e o critério que utiliza para essa finalidade é o limite de renda *per capita* acima do qual não atenderia. Portanto, sua atuação está direcionada às famílias pobres com renda *per capita* de até R\$ 140,00 e essa identificação é feita por meio de informações auto declaradas no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal. A seleção das famílias beneficiárias é realizada pelo MDS com base nas informações contidas no Cadastro Único, a partir do critério de renda *per capita*, que classifica a família em “pobre” e “extremamente pobre”. O que caracteriza o primeiro caso são famílias com renda mensal *per capita* de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais), já o segundo caso refere-se às famílias cuja renda familiar mensal *per capita* é de até R\$ 70,00 (setenta reais).

De acordo com Osório, Soares e Ferreira de Souza (2011) e Soares (2010), o Brasil nunca adotou uma linha oficial de pobreza, e as políticas públicas muitas vezes utilizam critérios diferentes e contraditórios entre si, a exemplo da diferença entre a linha de inclusão no Programa Bolsa Família (PBF) – atualmente, até R\$ 140,00 – e a linha de inclusão no Benefício de Prestação Continuada (BPC),^{1/4} do salário mínimo, ensejando que os considerados pobres para o PBF não o são para o BPC.

Além disso, há muita divergência entre os pesquisadores sobre a delimitação desse critério e dos critérios de definição de pobreza. Mas esses autores consideraram recomendável o critério de renda domiciliar ou familiar *per capita* como forma de medir o bem-estar e, nesse sentido, argumentam que, mesmo quando o mínimo para o bem-estar seja definido pelo consumo de uma cesta básica, a constatação da pobreza é feita pela insuficiência de renda para comprar a cesta e não pela observação do não consumo da cesta. Até porque, nas últimas três décadas, a principal fonte regular de dados para

medir a pobreza foi a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que só investiga a renda, não o consumo. Nessa linha de argumentação ressaltam o seguinte:

No Brasil, a opção pela renda domiciliar per capita é imperativa por possibilitar a relação entre os dados disponíveis para o monitoramento e as definições de pobreza correntes na política pública. Essa escolha é justificada também pelo fato de que, em uma sociedade de consumo moderna e majoritariamente urbana, é por meio da renda que são obtidos os bens e serviços cujo consumo proporciona bem-estar. [...] Além disso, há copiosas evidências de que a renda está fortemente correlacionada com praticamente tudo o que pode ser considerado fonte de bem-estar em outras dimensões – como o acesso ao saneamento, à saúde, e à educação (OSÓRIO, SOARES e FERREIRA DE SOUZA, 2011, p.13).

A seleção das famílias para inserção no Programa Bolsa Família ocorre por meio do Cadastro Único com base no recorte de renda mencionado. As informações que constam no Cadastro Único são inseridas por cada município, e esses dados são repassados *on-line* para o Sistema da Caixa Econômica Federal (agente operador do Programa). Cada pessoa cadastrada recebe um Número de Identificação Social (NIS). As famílias elegíveis ao PBF, a partir desse cadastro, são selecionadas pelo MDS, que retorna à Caixa Econômica Federal essas informações, a qual, por sua vez, emite o cartão de pagamento no nome do titular da família, sendo preferencialmente a mulher ou, na sua ausência, o responsável pela unidade familiar.

A concepção subjacente ao Cadastro Único é de que ele seja uma fonte de informação para os municípios, não somente em relação à caracterização – socioeconômica de famílias com renda *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo e, portanto, nesse conjunto, estariam os potenciais beneficiários do PBF, mas também um banco de dados para atuação de outras políticas sociais, por tornar disponível um grande volume de informações acerca das famílias em situação de pobreza, segundo os critérios de renda pré-estabelecidos.

As famílias inscritas no Cadastro Único com renda *per capita* de até R\$ 140,00 são inseridas no Programa Bolsa Família segundo a estimativa de famílias pobres definida por município. O MDS, tendo por base as informações da PNAD feita pelo IBGE a cada dois anos e em parceria com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada (IPEA), define a estimativa de famílias pobres que serve de parâmetro para a concessão de novos benefícios. Em 2012, com base nos dados da amostra do Censo Demográfico

de 2010, divulgados em abril de 2012, o MDS realizou, com o apoio do IBGE, a estimativa da população pobre por município (BRASIL, 2012). Assim, a seleção das famílias se dá pela renda autodeclarada no Cadastro Único e com base a quantidade de famílias pobres estimada no município.

Em 2011, o MDS ampliou a meta de atendimento do Programa para 13,8 milhões de famílias, sendo que, em dezembro de 2011, foram beneficiadas 13.361.503 famílias, quantitativo superior ao número potencial, fixado pelo Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 em 12,995 milhões de famílias (BRASIL, 2012a). Isso se deve à fixação de uma meta um pouco mais ambiciosa para a cobertura do Programa Bolsa Família quando do lançamento do Plano Brasil sem Miséria (BSM) pelo Governo Federal em junho de 2011. De acordo com a Nota do MDS, de 2 de maio de 2011,¹⁴ (BRASIL, 2011) foi descrita a identificação feita pelo IBGE sobre o conjunto da população que se encontra em situação de extrema pobreza, segundo os dados preliminares do Universo do Censo de 2010, onde a renda de todos os membros é declarada pela pessoa que respondeu ao questionário, ou seja, não é desagregada por fonte de rendimento para cada membro. Por esses dados preliminares, o contingente de pessoas em extrema pobreza totalizava 16,27 milhões, o que representa 8,5% da população total. Atualmente, o Programa Bolsa Família, que é considerado o maior programa de transferência de renda do mundo, atende 13.835.986 famílias, de acordo com dados do demonstrativo físico-financeiro do PBF de janeiro de 2013, e o benefício médio concedido por família foi de R\$142,44¹⁵.

Há três tipos de benefícios concedidos no âmbito do Programa Bolsa Família, os quais são caracterizados pela situação de pobreza e pela composição familiar. Uma família considerada extremamente pobre recebe um valor fixo mensal denominado “básico”, independentemente da composição familiar e do cumprimento ou não das condicionalidades. As famílias que têm renda *per capita* entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00, ou seja, acima da linha de extrema pobreza, não recebem esse benefício básico. Mas ambos os perfis – famílias em extrema pobreza e pobres – podem receber os benefícios denominados “variável” e “variável jovem”, cuja concessão depende da composição familiar e obedece a um limite de, no máximo, cinco variáveis e dois variáveis jovens.

¹⁴O assunto desta nota é o perfil da Extrema Pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do universo do Censo 2010.

¹⁵ Fonte: Documento Interno, disponibilizado pelo Departamento de Operações – DEOP da SENARC.

O Quadro 02 retrata os tipos de benefícios e sua relação com a composição familiar e renda *per capita*.

Quadro 02: Relação entre o tipo de benefício do PBF, a composição familiar e a renda *per capita*

Tipo de benefício	Composição familiar	Perfil de renda	Valor atual do benefício
Benefício básico	Qualquer composição familiar.	Famílias com renda per capita de até R\$70,00	R\$ 70,00
Benefício variável	Famílias com integrante na faixa etária entre zero e 15 anos, gestante e nutriz, sendo pago para até no máximo cinco membros que se enquadre em qualquer um desses perfis.	Famílias com renda per capita de até R\$ 140,00	R\$ 32,00
Benefício variável jovem	Famílias com integrante na faixa etária entre 16 e 17 anos, sendo pago para até no máximo dois membros que se enquadre em qualquer um desses perfis.	Famílias com renda <i>percapita</i> de até R\$ 140,00	R\$ 38,00

Fonte: Elaboração própria com base no Decreto 7.494, de 2 de junho de 2011, que alterou o Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, ampliando o número de benefícios variáveis de três para cinco.

Houve reajuste, no ano de 2011, em relação ao benefício variável, 45%, passando de R\$ 22,00 para R\$ 32,00. Esse reajuste baseou-se nos resultados preliminares do Censo 2010, entre eles, o diagnóstico de que 40% dos 16,2 milhões de brasileiros vivendo na extrema pobreza tinham menos de 14 anos. Por isso, o reajuste no benefício variável foi dirigido às famílias com crianças e adolescentes de zero a 15 anos e ocorreu em abril de 2011, ou seja, antes mesmo do lançamento do Plano Brasil sem Miséria, ocorrido em junho. Também nessa perspectiva, houve aumento no benefício específico para famílias com jovens entre 16 e 17 anos, chamado Benefício Variável Vinculado aos Jovens e Adolescentes, de 15,2%, atingindo R\$ 38,00. O Benefício Básico, pago a todas as famílias em situação de extrema pobreza, mesmo àquelas sem filhos de zero a 15 anos, teve reajuste de 2,9%.

Com o lançamento do Plano Brasil Sem Miséria, outras três medidas vieram somar-se ao reajuste e às metas de expansão da cobertura para melhorar a situação das crianças que vivem na pobreza e na extrema pobreza. Em setembro de 2011, a quantidade máxima de Benefícios Variáveis que cada família pode receber foi ampliada de três para cinco benefícios.¹⁶ A medida visa ter impacto social sobre as famílias com mais de três crianças e adolescentes, que são justamente as que mais estariam na condição de extrema pobreza. De acordo com os dados do Relatório de Gestão do Exercício de 2011, o aumento do limite de Benefícios Variáveis por família levou ao pagamento de 1,3 milhões de novos Benefícios Variáveis, relativos às crianças de todo o país, no mês de setembro, quando foi implementado (BRASIL, 2012a).

Em novembro de 2011, o PBF começou a implementação e, portanto, o pagamento dos Benefícios Variáveis para famílias que tivessem crianças entre zero e seis meses de idade, denominado Benefício Variável Nutriz (BVN). A ideia do benefício, que já estava prevista desde a criação do Programa, era oferecer uma renda a mais para famílias com crianças numa fase fundamental para seu desenvolvimento, que vai de zero a seis meses. Como já foi descrito no Quadro 01, esse é um dos tipos de benefício variável, cujo valor é R\$ 32, e não exclui o pagamento de outro benefício variável, que corresponde ao pagamento por membro com idade entre zero a 15 anos. Ou seja, se a única criança na família for um bebê de zero a seis meses, ele teria direito a receber dois benefícios variáveis, um por ser uma criança na idade entre zero e 15 anos e outro por ser menor de seis meses. Isso pelo reforço no orçamento da família que esse Benefício Variável Nutriz representa durante essa fase de desenvolvimento da criança. Esse benefício começa a ser pago quando a criança com idade entre zero e seis meses é identificada no Cadastro Único. Seu pagamento cessa após seis parcelas, mas no exemplo dado, a família continuaria recebendo o outro benefício variável por ter um membro na família na faixa etária entre zero e 15 anos de idade.

Em dezembro de 2011, teve início o pagamento do Benefício Variável destinado à proteção das mulheres grávidas – e conseqüentemente, dos bebês –, batizado de “Benefício Variável à Gestante” ou “BVG”. Também é um tipo de benefício variável, e o valor de R\$ 32,00 é pago em nove parcelas contadas a partir do momento em que a mulher é identificada como grávida pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde. A medida tem a pretensão de ser um estímulo à realização mais precoce do pré-

¹⁶O Decreto n.º 7.494, de 2 de junho de 2011, alterou o Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, ampliando o número de benefícios variáveis de 3 para 5.

natal e de auxiliar nas despesas da mulher que se encontra grávida. Esse benefício também conta no limite de cinco Benefícios Variáveis por família e já estava previsto desde a criação do Programa Bolsa família, mas sua implementação só foi possível por meio da eleição do acompanhamento das condicionalidades de saúde como forma de identificar mulheres beneficiárias do PBF no estado de gestante e, portanto, elegíveis a esse benefício.

Com a implantação dessas medidas, os Benefícios Variáveis, além de já terem sido reajustados em 45,5%, também tiveram seu limite por família ampliado (de três para até cinco benefícios variáveis) e passaram a envolver, além das crianças e adolescentes entre zero e 15 anos, as gestantes e as crianças nos primeiros meses de vida. Tudo isso tem o intuito de estimular o desenvolvimento adequado das crianças, inclusive antes mesmo do nascimento, melhorando suas perspectivas de desenvolvimento futuro. É uma tentativa de melhoria do capital humano desde o ventre materno, pois o crescimento e o desenvolvimento adequados interferem no desenvolvimento intelectual e nas capacidades do indivíduo no futuro.

Em 2012, por meio do Decreto n.º 7.852, de 30 de novembro, foi regulamentado o benefício para superação da extrema pobreza, destinado às unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família que, cumulativamente: a) tivessem em sua composição crianças e adolescentes de zero a quinze anos de idade; e b) apresentassem soma da renda familiar mensal e dos benefícios financeiros (básico, variável e variável jovem) igual ou inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) *per capita*.

O valor do benefício para superação da extrema pobreza, no limite de um por família, é calculado por meio do resultado da diferença entre R\$ 70,01 (setenta reais e um centavo) e a soma *per capita* de toda a renda da família, incluindo o recebimento de possíveis benefícios do PBF (básico, variável e variável jovem). O resultado é multiplicado pela quantidade de membros da família, arredondado ao múltiplo de R\$ 2,00 (dois reais) imediatamente superior. Por exemplo, uma família com três membros que receba R\$ 50,00 *per capita*, incluindo-se neste valor qualquer renda, inclusive a auferida pelo PBF, receberá R\$ 62,03, correspondentes ao benefício de superação da pobreza, considerado o cálculo proposto: $(70,01 - 50,00) \times 3$. Dessa forma, a renda *per capita* da família, que era de 50 reais, passa a ser R\$70,67.

Desde o lançamento do BSM, foram implementadas várias reformulações no valor dos benefícios que compõem o PBF, além da complementação do valor da renda das famílias pelo benefício para a superação da extrema pobreza. Essa estratégia tem

base nas várias discussões sobre o valor da transferência de renda ser ou não suficiente para retirada das famílias da situação de extrema pobreza. Um estudo que influenciou o valor estabelecido para o recebimento do benefício para a superação da extrema pobreza foi o realizado por Osório, Soares & Ferreira de Souza (2011). Esse estudo trata da necessidade de ampliação dos valores do benefício de maneira a melhorar o enfrentamento da extrema pobreza.

Osório, Soares & Ferreira de Souza (2011, p. 7-8) afirmam que as transferências de renda são fundamentais para a população extremamente pobre, pois parte considerável da força de trabalho das famílias nessa situação tem uma relação precária com o mercado de trabalho, o que faz com que suas rendas respondam de maneira tênue, mesmo aos bons momentos da economia. Mas, para muitas famílias, a transferência não é suficiente para a superação da pobreza extrema, apenas diminui um pouco a intensidade das privações, além de que uma parcela menor delas sequer receber a transferência de renda. Esses dois problemas são consequência dos baixos valores das transferências de renda e dos erros de exclusão que têm comprometido a maior efetividade do PBF no combate à pobreza extrema.

Esses mesmos autores explicam que ambos os problemas são contornáveis. O primeiro porque o aumento nos valores das transferências é factível em termos orçamentários e os erros de exclusão podem ser minimizados mediante o aperfeiçoamento do Cadastro Único e de mudanças nas formas de tratamento dos erros de inclusão. Nesse sentido, argumentam que, para ultrapassar a situação de extrema pobreza, seria necessário um benefício de R\$ 68,00 *per capita* – em reais de setembro de 2009 – a todas as famílias extremamente pobres e o custo adicional de tal expansão, capaz de tirar mais 9 milhões de brasileiros da pobreza extrema, seria de R\$ 14 bilhões anuais, apenas 0,45% do PIB de 2009.

Também propõem que, para alcançar esses objetivos, a primeira questão é a definição do que é a pobreza extrema e de como identificá-la, o que leva à investigação da relação entre o valor da linha de pobreza extrema e o custo de sua erradicação. A segunda questão é a montagem do sistema de monitoramento, a escolha de indicadores de pobreza, de índices de preços para atualização das linhas de pobreza extrema e de elegibilidade da pesquisa domiciliar usada na mensuração da meta a ser atingida – o número residual de pobres que, ao ser atingido, autorizaria a conclusão de que a pobreza foi erradicada (OSÓRIO, SOARES e FERREIRA DE SOUZA, 2011, p.20).

As condicionalidades, que também fazem parte do desenho do Programa Bolsa Família, são tema de reconhecida importância na literatura. Na proposta dessa ação, a transferência de renda está condicionada ao cumprimento, pelas famílias, de uma agenda de compromissos, referentes à demanda por serviços de educação, saúde e assistência social.¹⁷ Como já mencionado na introdução, esses compromissos nas áreas de educação e saúde são: manter a frequência escolar de crianças e adolescentes e cumprir os cuidados básicos de saúde para grupos mais vulneráveis, como crianças, gestantes e nutrizes. Segundo Cotta (2009, p. 27), a exemplo do que aconteceu com outros programas de transferência de renda na América Latina, o termo “corresponsabilidades” passou a ser usado para enfatizar que o poder público compartilha com as famílias beneficiárias do PBF os esforços de superação da pobreza. Por esse discurso, procura-se equilibrar os lados da oferta e da demanda de serviços sociais universais que, supostamente, criariam condições para superar o ciclo de reprodução da pobreza.

Ainda na perspectiva de corresponsabilidades, essa mesma autora ressalta que o poder público assume novas responsabilidades além da oferta de serviços em quantidade e qualidade suficientes. Caberia também ao Estado examinar o porquê das famílias não estarem cumprindo as condicionalidades, identificar os motivos que as levaram a isso e atendê-las em suas necessidades, considerando que o não cumprimento pode ser indicativo do enfrentamento de situação de vulnerabilidade pelas famílias. Aspectos mais detalhados sobre a concepção e gestão das condicionalidades serão abordados no próximo capítulo.

Alguns estudos recentes têm apresentado o impacto do Programa Bolsa Família sobre a queda da desigualdade e sobre a redução da pobreza em virtude da transferência de renda. Um estudo desenvolvido por Soares et al (2010) demonstrou que quase dois terços da queda da desigualdade devem-se a um mercado de trabalho que remunera as pessoas de modo progressivamente mais igualitário, o que não surpreende, uma vez que este responde por 75% da renda das famílias. Contudo, o que surpreende segundo esses autores é que, de 1999 a 2009, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo IBGE em todo o território nacional, a queda no coeficiente de Gini, que mede desigualdade, foi de 59,2 para 54,0, sendo que a transferência de renda do Bolsa Família responde por 15% dessa queda no período. Ao levar em conta

¹⁷ As condicionalidades em assistência social, apesar de ainda não gerarem repercussão sobre o benefício, consistem no acompanhamento das ações socioeducativas de crianças retiradas do trabalho infantil.

esse resultado, o que mais surpreende, segundo os autores, é que o Bolsa Família teve participação significativa na queda da desigualdade, mesmo representando apenas 0,7% da renda das famílias, tal como medido nas pesquisas domiciliares, e o que explicaria esse aspecto é a focalização do Programa.

Esses autores também descrevem o impacto do programa para a redução da pobreza. Tendo por base as linhas administrativas que determinavam a elegibilidade para o Bolsa Família no momento de sua criação, em janeiro 2004, R\$ 50 para extrema pobreza e R\$ 100 para pobreza, para a linha de R\$ 100, de janeiro de 2004 até 2009, a queda foi de quase 12 pontos percentuais (ou seja, a pobreza caiu de 26% para 14% da população) e o benefício do Bolsa Família responde por aproximadamente 16% da queda. Para a linha de R\$ 50, de 2004 para 2009, a queda foi de 10% para menos de 5% da população, e o benefício do Bolsa responde por quase um terço da redução dessa extrema pobreza.

Há estudos que também tratam do impacto do Programa Bolsa Família em relação à melhoria do capital humano promovida pela ação das condicionalidades. Sob a perspectiva de mensurar resultados esperados e inesperados de médio e longo prazo do PBF, decidiu-se pela realização de uma avaliação de impacto. Nessa perspectiva, foi realizado um estudo longitudinal, com desenho quase-experimental, utilizando-se o método amplamente conhecido como “diferença-das-diferenças”. Os grupos estudados seguiram a seguinte categorização: i) famílias beneficiárias do PBF; ii) famílias não beneficiárias do PBF, mas incluídas no Cadastro Único, podendo ser beneficiárias dos programas remanescentes;¹⁸ e iii) famílias não beneficiárias nem incluídas no Cadastro Único, mas elegíveis para o PBF, ou seja, com nível de renda para receber o benefício. Portanto, o estudo fez uma comparação entre beneficiários e não beneficiários do PBF, mas com o mesmo nível de renda. Esse estudo teve representatividade nacional e, na coleta de dados realizada em 2005, foram entrevistadas 15.426 famílias. Dessas, 11.433 foram reentrevistadas na segunda rodada da pesquisa, realizada em 2009. A primeira etapa do estudo foi denominada Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família I (AIBF –I) e, em 2009, foi denominada AIBF II.

Contrastando famílias beneficiárias e não beneficiárias, mas elegíveis ao programa, observou-se por esse estudo melhorias mais significativas para as famílias

¹⁸O PBF é resultante da fusão de quatro programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão-Alimentação e Auxílio-Gás. Com a fusão desses programas no Bolsa Família, algumas famílias continuaram a receber por um tempo o valor do benefício correspondente a esses programas remanescentes, ao qual estavam vinculadas.

beneficiárias, tanto nas situações de saúde quanto na de educação, sendo que essas melhorias teriam sido promovidas pelas ações previstas como condicionalidades.

No que se refere aos resultados da saúde, os dados do estudo mostram um incremento na área de promoção de saúde e prevenção de doenças. Os resultados sobre saúde da criança mostram que o Programa Bolsa Família teve impacto positivo sobre a vacinação em dia, especialmente quando se observam os índices de vacinação contra Poliomielite. A proporção de crianças beneficiárias que receberam a primeira dose da Pólio no período apropriado foi 15 pontos percentuais maior do que a proporção de crianças de famílias não beneficiárias. No caso da terceira dose, a proporção foi 25 pontos percentuais superior. A vacinação contra Tétano, Difteria e Coqueluche (DTP) também foi mais frequente entre as famílias beneficiárias do PBF, com uma diferença de 18 pontos percentuais na segunda dose e de 19 pontos percentuais na terceira. Ainda com relação aos dados sobre saúde da criança, a quantidade de crianças nascidas a termo, ou seja, após um período de gestação entre 37 e 41 semanas, foi 14,1 pontos percentuais maior nas famílias beneficiárias, em comparação com as famílias não beneficiárias. A proporção de crianças beneficiárias consideradas nutridas foi, por sua vez, 39,4 pontos percentuais mais alta em comparação com crianças não beneficiárias, considerando-se o Índice de Massa Corporal (IMC), que estabelece uma relação entre o peso e a altura das crianças (PAES-SOUSA e QUIROGA, 2010).

Outro resultado relevante trazido pela AIBF II (BRASIL, 2012b) sobre a saúde das famílias beneficiárias é em relação aos cuidados na gestação. Em 2005, as mulheres grávidas informaram ter comparecido, em média, a 3,1 consultas de pré-natal. Este valor aumentou para 3,7 visitas, em média, para as mulheres que estavam grávidas na época da pesquisa de 2009. De acordo com a análise feita sobre os resultados da pesquisa, esse dado representa um aumento substancial no número médio de visitas de cuidados pré-natais e sugere uma tendência de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde recebidos por mulheres grávidas durante este período. As beneficiárias do Bolsa Família tiveram, em média, 3,0 visitas de cuidados pré-natais em 2005 e 3,7 visitas de cuidados pré-natais em 2009. As não beneficiárias também tiveram, em média, 3,0 visitas de cuidados pré-natais em 2005, mas apresentaram um aumento um pouco menor de visitas em 2009 (3,5 em média).

De acordo com resultados apresentados pela AIBF II (Brasil, 2012), em relação à educação, a participação no PBF também tem impacto positivo para as crianças e jovens. A frequência escolar de crianças de 6 a 17 anos das famílias beneficiárias foi 4,4

pontos percentuais maior em comparação com a frequência escolar das crianças das famílias não beneficiárias. Somente na região Nordeste, essa diferença foi de 11,7 pontos percentuais a favor das crianças das famílias beneficiárias. Além disso, a progressão de ano para crianças de 6 a 17 anos de famílias beneficiárias foi 6,0 pontos percentuais maior em comparação a famílias não beneficiárias. O impacto é maior entre as meninas de 15 e 17 anos, quando a diferença chega a 19 e 28 pontos percentuais, respectivamente.

CAPÍTULO 2: CONDICIONALIDADES EM POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

2.1 Condicionalidades - diferentes percepções

O êxito dos Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) nos países em desenvolvimento, a exemplo de Brasil, Chile e México, deve-se ao grande impacto que têm causado em vários aspectos da vida da população beneficiária. Mudanças substanciais, como diminuição da desigualdade social, devem ser destacadas, em que pese a simplicidade de seu desenho – transferência do nível central de quantias em dinheiro para famílias pobres, condicionada a algumas contrapartidas a serem cumpridas por essas famílias. Por isso, essa política tem sido bem-vista e adotada pelos governos, pois, em face das restrições fiscais, os PTCR são uma forma de se fazer muito, gastando pouco (MEDEIROS, BRITO & SOARES, 2007).

A expressão – fazer muito, gastando pouco – remete a outras pretensões do programa, que não se restringe ao alívio imediato da pobreza pela transferência direta de renda, a exemplo da expectativa do rompimento do ciclo intergeracional da pobreza por meio da melhoria do acesso aos serviços de saúde e educação pelas famílias e, nessa perspectiva, as condicionalidades compõem o desenho do programa.

Na América Latina, as principais experiências dos Programas de Transferência de renda foram acompanhadas da exigência de compromissos a serem cumpridos por parte dos beneficiários, devido à concepção de que a inserção social ocorre por meio da ampliação do acesso às políticas de saúde e educação. Fonseca e Viana (2007) afirmam que todos os PTCR dos países da América Latina e Caribe têm em comum: o foco em famílias, pobres ou extremamente pobres, com crianças e adolescentes (com algumas exceções como o programa do Uruguai, por exemplo, que é mais amplo); o princípio das contrapartidas ou condicionalidades e o não pertencimento ao campo dos direitos, pois a transferência de renda é transitória.

A exemplo do que ocorre no Chile, México e Brasil, as condicionalidades compõem uma das dimensões dos Programas de Transferência de renda desses países e estão relacionadas às ações nas áreas de saúde e educação, apesar das especificidades de sua caracterização em cada país. No que se refere ao Brasil, por exemplo, a concessão do benefício não está vinculada à comprovação de que as famílias já estejam cumprindo alguma condicionalidade, em que pese o fato de que, uma vez concedido o benefício,

sua manutenção dependerá da comprovação do cumprimento de certas contrapartidas pelas famílias.

No Brasil, na Lei de criação do Programa Bolsa Família, já havia previsão das condicionalidades, herança dos programas municipais e federais remanescentes que deram origem ao PBF. De acordo com Senna et al (2007), a expectativa em relação às condicionalidades, explicitada na legislação e nos documentos oficiais do Programa, é de que o seu cumprimento tanto possibilite o acesso e a inserção da população pobre nos serviços sociais básicos como favoreça a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza.

Portanto, na concepção dessa autora e de outros defensores das condicionalidades, à medida que as crianças e adolescentes aumentam os anos de escolaridade e têm melhores condições de saúde e nutrição, tornam-se mais capacitados e com melhores condições de desenvolvimento físico e intelectual, fatores que contribuem para o desenvolvimento do capital humano, por conta dos ativos adquiridos pelas pessoas em consequência do aprendizado e de melhor qualidade de saúde e vida.

Ao pensar na situação de pobreza, é importante lembrar de seu caráter multidimensional, pois, como argumenta Monteiro (2003), a pobreza corresponde à condição de não satisfação de necessidades humanas elementares, como comida, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, entre outras. Por outro lado, definições operacionais de pobreza levam em conta a renda (monetária e não monetária) das famílias e uma linha de pobreza (nível crítico de renda) baseada no custo estimado para aquisição das necessidades básicas. Para sanar todos esses fatores, somente a transferência de renda é insuficiente.

Nessa perspectiva é que as condicionalidades foram concebidas. A intenção era melhorar o capital humano e, assim, criar condições de enfrentamento de outras dimensões da pobreza, além da insuficiência de renda. Apesar de essa ideia ter prevalecido em termos institucionais, há muita controvérsia na literatura sobre as condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Kerstenetzky (2009), sem entrar no mérito de serem legítimas ou não as condicionalidades, questiona sua efetividade, pois, na visão da autora, essas contrapartidas dependem da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde e educação. Considerando as fragilidades e deficiências na oferta e na qualidade desses serviços, por consequência também estaria comprometido o cumprimento dos objetivos propostos pelas condicionalidades. A autora também levanta a questão de que o acesso à educação

básica e à saúde pública no Brasil independe da condição socioeconômica de quem se beneficia dessas políticas. Mas a universalização dessas políticas não foi acompanhada de melhorias na qualidade, por isso, a classe média praticamente saiu desses sistemas, ocasionando, provavelmente, uma queda adicional na qualidade dos serviços prestados nessas áreas, além da desigualdade social com a segmentação das oportunidades.

Draibe (2003) argumenta que as contrapartidas, na forma como foram concebidas nos PTCR do primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, a exemplo do Bolsa Escola, do PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – e do Bolsa Alimentação, tinham a pretensão de mobilizar as instituições e as redes das áreas de saúde e educação para a provisão de seus serviços. E considerando esse aspecto, menos do que promover um compromisso moral das famílias em manter seus filhos na escola, ou levá-los ao posto de saúde, o que se pretendeu com as contrapartidas exigidas por esses programas foi potencializar o comprometimento do Estado na provisão dos serviços nas áreas supracitadas, que resulta na melhoria do desempenho das crianças, dos adolescentes e de suas famílias.

Pode-se notar no discurso das duas autoras – Kerstenetzky (2009) e Draibe (2003) – o peso dado ao papel do Estado no que se refere à efetividade da ação das condicionalidades, pois seria o Estado o responsável por prover serviços nas áreas sociais supracitadas, não só em quantidade suficiente, mas com bom padrão de qualidade.

Fazendo um contraponto às opiniões favoráveis, a opinião de Silva (2006) é bastante ilustrativa das ideias opositoras sobre as condicionalidades. A autora elenca alguns pontos contrários à instituição de contrapartidas no âmbito de Programas de Transferência de renda, ao se referir ao direito a uma renda de cidadania e, portanto incondicional, além de questionar a efetividade dessa ação em cumprir seus objetivos, uma vez que a oferta dos serviços sociais em muitos municípios não atende nem quantitativamente nem qualitativamente à demanda

[...] ferem o princípio da não-condicionalidade peculiar ao direito de todo cidadão a ter acesso a um programa social quando este é necessário para sua sobrevivência; segundo, os serviços sociais básicos oferecidos pela grande maioria dos municípios brasileiros são insuficientes, quantitativa e qualitativamente, para atender às necessidades de todas as famílias; terceiro, é onerosa e difícil a implantação de um sistema eficiente de controle dessas condicionalidades. (SILVA, 2006, p.4).

Schady et al. (2009, p.10) apresenta dois argumentos que procuram justificar a presença das condicionalidades no desenho dos programas de transferência de renda. O primeiro parte do pressuposto de que o investimento em capital humano pelas famílias é baixo. Ou seja, o investimento das famílias pobres em educação e saúde, considerado por elas como ótimo, pode não ser o ótimo socialmente requerido, o que justificaria a imposição de condições às famílias pelo Estado. Nesse sentido, explica que, em termos de saúde, os investimentos em nível ótimo trazem vários benefícios externos e, em termos de educação, seria possível supor que um investimento em nível ótimo provocaria, por exemplo, uma redução de delitos, ou uma melhoria na produção, em virtude de mão de obra especializada. Ainda segundo o autor, esse argumento fundamenta-se no modelo do agente-principal, em que o principal (Estado), por não saber qual vai ser a atitude do agente (beneficiário) no que diz respeito ao investimento em capital humano, apresenta-lhe um conjunto de ações a serem cumpridas previamente estabelecidas.

Em relação ao segundo argumento, Shady et al (2009) menciona que a economia política tem a concepção de que as políticas focalizadas nos pobres enfraquecem o apoio da sociedade à distribuição de renda, salvo se essa ação for feita mediante contrato social que exija dos beneficiários algumas medidas concretas para melhorar a vida dos filhos, o que diminuiria o cunho assistencialista da ação de transferir renda.

Opinião semelhante ao segundo argumento de Shady et al (2009) é apresentada por Medeiros, Britto e Soares (2007), ao tratarem das condicionalidades presentes no Bolsa Família. Para esses autores, a centralidade das discussões sobre as condicionalidades no debate nacional está mais relacionada com questões políticas e de juízo de valor, baseadas na ideia de que os pobres não podem receber dinheiro do Estado sem “o suor do trabalho”. Ainda nesse sentido, argumentam que as condicionalidades somente reforçariam obrigações sociais ou legais dos pais a fazer por suas crianças: enviá-las à escola, vaciná-las e cuidar de sua saúde.

Esses autores também apresentam algumas percepções sobre as condicionalidades, que as colocam na berlinda. No que se refere a sua efetividade, questionam os resultados alcançados pela sua aplicação, os seus impactos e, em última análise, a necessidade de sua presença no desenho do programa. Nesse sentido, traçam algumas críticas sobre os custos de controle das condicionalidades, tanto para os municípios como para o governo federal, ao afirmarem que:

Um sistema tempestivo e eficiente de monitoramento de condicionalidades em escala nacional pode implicar custos administrativos importantes, não só para o governo federal, mas, principalmente, para os municípios, encarregados de alimentá-lo periodicamente. (MEDEIROS, BRITTO & SOARES, 2007 p.7)

Apesar dessa crítica aos custos administrativos de operacionalização dos sistemas de monitoramento das condicionalidades, os autores reconhecem que, por meio desses mesmos sistemas, é possível gerar informações sobre possíveis tipos de descumprimentos de condicionalidades por parte das famílias nas ações de saúde ou na frequência escolar. Além disso, as causas desses descumprimentos seriam indicadores de alerta para o poder público em relação à possibilidade de essas famílias estarem em situação de maior vulnerabilidade social e esse aspecto demandaria uma ação mais direcionada e específica do Estado. Os autores também argumentam que a informação sobre o não cumprimento das condicionalidades poderia ser um sinalizador para o poder público sobre possíveis gargalos na oferta dos serviços que estariam impedindo as famílias de acessá-los e, por consequência, de cumprir os compromissos previstos nas áreas de saúde e educação.

Segundo Bichir (2010), argumentos morais fundamentam muitas das críticas ao PBF ligadas ao suposto estímulo ao ócio dos beneficiários e, portanto, repercutem negativamente nas relações de trabalho. Essa autora afirma que, rebatendo esses argumentos, estariam outras proposições de Medeiros, Britto e Soares (2007). Esses autores apontam que é preciso indicar o nível de rendimento a partir do qual haveria desestímulo ao trabalho. Nesse sentido, mostram que, apesar de o PBF representar em média um acréscimo de 11% na renda dos beneficiários, o valor recebido via benefícios não é suficiente para que haja desincentivo ao trabalho. Os autores destacam que o dinheiro das transferências garante uma estabilidade de rendimentos que, por sua vez, permite a entrada em outros segmentos do mercado de trabalho mais vantajosos e mais rentáveis. Dessa maneira, concluem que o argumento do desestímulo ao trabalho é mais baseado em preconceitos do que em evidências empíricas, indicando a falácia do discurso de que os programas de transferência de renda gerariam um “ciclo da preguiça”.

Nas normativas sobre o PBF, as condicionalidades são tratadas em uma perspectiva distante de representarem uma obrigação diante de direitos constitucionalmente previstos ou mesmo um transtorno na rotina das famílias. Mas objetiva ser um mecanismo de indução para que as famílias busquem mais os serviços

nas áreas de saúde e educação e, por consequência, melhorarem suas capacidades pelo maior incremento no capital humano promovido pelo acesso a esses serviços. O objetivo final seria o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza.

Apesar das dificuldades e deficiências bastante conhecidas nos sistemas de saúde e educação, relacionadas tanto a aspectos orçamentários como de gestão e qualidade na prestação dos serviços, a visão de que esses problemas inviabilizam o alcance de qualquer tipo de êxito nos objetivos das condicionalidades é contrária aos resultados de alguns estudos de avaliação de impacto do Programa Bolsa Família.¹⁹ Mas, sem desconsiderar o cenário atual das políticas de saúde e educação, por meio das condicionalidades incentiva-se a busca pelos direitos sociais constitucionalmente reconhecidos e a maior demanda pressiona a melhoria quantitativa e qualitativa da oferta desses direitos pelo setor público.

Também há divergência de opiniões relacionadas, especificamente, às condicionalidades de saúde. Fonseca e Viana (2007) propõem um argumento que coloca em dúvida o estabelecimento de uma relação entre as condicionalidades de saúde nos programas de transferência de renda e o direito à saúde, sendo que essa concepção baseia-se no fato de as condicionalidades de saúde estarem vinculadas a um benefício de titularidade provisória. Então, caso a família não fosse mais beneficiária, não seria mais acompanhada pelas condicionalidades de saúde. Além disso, as autoras argumentam que o direito integral à saúde ficaria comprometido se considerado o fato de as ações das condicionalidades se restringirem à atenção básica e ao grupo materno infantil (imunizações, controle do crescimento e desenvolvimento e acompanhamento do pré-natal). Haja vista as condicionalidades se restringirem às ações da atenção básica, não poderiam funcionar como uma “porta de entrada” para outros níveis de atenção à saúde, ou seja, não operariam como um filtro para selecionar os casos que demandassem cuidado especializado em outro nível de atenção.

Os resultados do estudo de Trevisani (2012) sobre a implementação das condicionalidades no município do Rio de Janeiro, tendo por base a impressão dos profissionais envolvidos diretamente na ação, e dos beneficiários, representam uma visão otimista sobre essa ação, apesar de alguns achados refletirem a concepção de Fonseca e Viana (2007). De acordo com Trevisani, as condicionalidades implementadas no município do Rio de Janeiro garantem em muitos aspectos a equidade em saúde na medida em que: permitem a milhares de famílias em grande vulnerabilidade social e

¹⁹ Sobre esse aspecto, ver Paes-Sousa e Quiroga, (2010) e Soares et al (2010).

excluídas ou marginalmente presentes nas unidades de saúde ter maior acesso a ações básicas de saúde, como vacinação e pré-natal e maior vinculação aos serviços de saúde; as condicionalidades têm se mostrado potentes em relação a sua sinergia com a agenda de vigilância em saúde; as condicionalidades são percebidas pelos profissionais como oportunidade de cuidado e estratégia de fortalecimento das famílias como titulares de direito em relação à saúde; as ações propostas relacionam-se com o papel da saúde na agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (TREVISANI, 2011, p.166).

Por outro lado, nos resultados do estudo dessa mesma autora, foram identificados alguns elementos que, segundo a opinião dos entrevistados, ainda impedem o exercício pleno da equidade em saúde por meio das condicionalidades, e esses mesmos aspectos foram apresentados por Fonseca e Viana (2007) como impeditivos do exercício ao direito à saúde: a garantia do acesso à saúde por meio das condicionalidades é vista sob a ótica da “titularidade provisória”, pois parte das famílias não continuaria a frequentar esses serviços, caso o programa acabasse; as ações não focam a família como um todo, são direcionadas principalmente a crianças e gestantes, sem dar resposta à complexidade do perfil de adoecimento da população e sem haver rotinas que favoreçam a continuidade do cuidado (TREVISANI, 2012, p.166).

Jaime et al (2011) têm uma opinião positiva sobre as contrapartidas do PBF, ao afirmarem que essa ação pressupõe a organização da Atenção Básica para garantir a oferta de serviços às famílias beneficiárias perfil saúde do programa – famílias constituídas de mulheres e crianças de até sete anos – com vistas ao acompanhamento de consultas de pré-natal e assistência pós-parto e do cumprimento do calendário de vacinação e vigilância nutricional de crianças menores de sete anos. Nesse sentido, a autora afirma:

A Atenção Básica constitui uma excepcional oportunidade para a qualificação da agenda de saúde às famílias em situação de vulnerabilidade social, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e para a vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades em situação de pobreza. (JAIME et al 2011, p. 821).

Não obstante as diferentes opiniões –contrárias e favoráveis – sobre as condicionalidades, é fato que, no decorrer dos mais de oito anos do início de sua operacionalização, a ação ganhou escala expressiva e passou a compor o cenário das políticas sociais. Esse fator demanda cada vez mais monitoramento e pesquisas

avaliativas sobre a eficácia, a eficiência e a efetividade desta ação em relação ao que ela se propõe. Atualmente, mais de 13,8 milhões de famílias são beneficiárias do PBF, sendo que o público com perfil para acompanhamento das condicionalidades de educação, referente aos meses de outubro e novembro de 2012, foi de 14.896.854 (idade entre 6 e 15 anos) e de jovens de 16 e 17 anos foi de 3.078.673. Em relação às condicionalidades de saúde, o acompanhamento realizado na 2ª vigência de 2012 (agosto a dezembro de 2012) teve como meta alcançar 11.883.263 famílias beneficiárias perfil saúde, sendo que a meta de atendimento de crianças de 0 a 7 anos, presentes nessas famílias perfil saúde, foi de 7.110.187²⁰.

Entre os atores responsáveis pelo acompanhamento desse grande contingente de famílias (Coordenadores do Programa Bolsa Família na saúde, diretores de regionais e de unidades de saúde, técnicos e profissionais diretamente ligados ao acompanhamento das condicionalidades), também há divergências de opiniões em relação às condicionalidades, como mostram alguns estudos (Monnerat, 2009; Agatte, 2010 e Trevisani, 2011).

Os resultados do estudo de Trevisani (2012) realizado nos municípios do Rio de Janeiro e de Agatte (2010) no ABC paulista, com gestores e profissionais ligados à gestão do PBF, assinalam que as condicionalidades de fato promovem o acesso aos serviços de saúde. Mas em que pese esse maior acesso, a avaliação de sua qualidade também é importante. Os resultados do trabalho de Monnerat (2009), feito em Niterói a partir das experiências dos profissionais envolvidos na ação das condicionalidades de saúde, colocam na berlinda o fator “melhoria do acesso”, ao argumentar de que esse atributo também envolve a necessidade de as famílias beneficiárias se reconhecerem e terem consciência de que, de fato, são legítimas titulares do direito à saúde. Nesse sentido, em uma das abordagens com esses profissionais que operam o programa, obteve-se a opinião de que *“o acesso ao circuito de bens e serviços sociais ainda não foi adequadamente apropriado pelos beneficiários do programa, sendo, portanto, o exercício dos direitos sociais algo ainda distante da vida cotidiana da população brasileira em situação de pobreza.*

Essa diversidade de percepções sobre os objetivos e a efetividade das condicionalidades pelos operadores da ação pode repercutir diretamente na forma de

²⁰ Os dados da educação foram extraídos dos Relatórios consolidados do Sicon – acesso restrito, e os dados da saúde do acesso público ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Disponível em: <http://www.bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp>. Acesso em: 2 jun. 2013.

condução das ações relacionadas à gestão e ao monitoramento das condicionalidades. Esse fator é preponderante porque é essencial que o monitoramento das condicionalidades de saúde observe precipuamente se estão sendo alcançados os objetivos propostos por essa ação, a exemplo da promoção da equidade em saúde e do cuidado integral à saúde das famílias beneficiárias, oportunizado e iniciado pelas ações da agenda de saúde da atenção básica que é a prevista no Programa.

2.2 Perspectivas das condicionalidades de saúde para equidade em saúde

Os dispositivos Constitucionais referentes à saúde foram construídos sob a influência de discussões e da politização sobre a universalização do direito, que se aprofundaram nos anos 70 e tiveram como ápice o Movimento da Reforma Sanitária²¹, o qual trouxe às discussões consistência doutrinária e proposta de organização.

Garbois, Vargas e Cunha (2008) afirmam que, ao se considerar a saúde como “direito de todos” no cenário brasileiro, fica difícil pensar em todos como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais, associadas às oportunidades diferenciadas de inserção no processo produtivo, de acesso à informação e à educação, à moradia e a todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna. O argumento dos autores leva à reflexão de que “nem todos” os brasileiros têm o mesmo direito à saúde pelo simples fato de que muitos deles não têm acesso aos quesitos básicos para o exercício desse direito.

A situação de maior reflexo da desigualdade é a pobreza, que é multidimensional. Neste trabalho, destaque-se o não exercício do direito à saúde, que é um dos fatores que compõem o rol de características da pobreza. A falta de saúde pode ser determinante na vida de uma pessoa, pois impacta negativamente em vários aspectos, por exemplo, no desenvolvimento de suas capacidades intelectuais, o que, por consequência, compromete sua inserção produtiva.

Em um contexto de desigualdade social, ganha destaque o princípio da equidade. Para Campos (2006), há dois principais sentidos para o conceito de equidade: um

²¹ O movimento sanitarista defendia quatro pontos doutrinários centrais, que foram decisivos na formulação dos artigos referentes à saúde na Constituição: i) a concepção de saúde como direito universal de cidadania; ii) a compreensão da determinação da saúde e da doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e iv) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade (PIOLA et al, 2008).

genérico e equivalente ao de justiça e igualdade; e o segundo, mais específico, pelo qual equidade se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação. Ainda segundo esse autor:

[...] a operacionalização desse conceito exige tal grau de sofisticação e de delicadeza da política, da gestão e da própria organização social que em poucas situações concretas foi possível observar-se sua aplicação efetiva. (CAMPOS, 2006, p.25)

Viana e Dal Poz (2005) afirmam que o novo modelo de assistência pública à saúde, inscrito na própria Constituição brasileira de 1988, definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, originando-se daí o novo modelo de um sistema nacional de saúde descentralizado, com novas formas de gestão. Contudo, apesar de todos esses avanços inquestionáveis sobre o novo modelo de assistência à saúde implementado, esses mesmos autores afirmam que, no que se refere à equidade, à integralidade do acesso, à regulação do setor privado da saúde e ao financiamento, há ainda muito a se avançar.

Campos (2006) faz uma observação interessante sobre o fato de que, nem na Constituição de 1988 nem na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde –, há referência explícita ao termo “equidade”. Contudo, este conceito está implícito na Carta Magna, em seu artigo 196, pelo qual se faz a leitura de que a falta de saúde pode ser produto de situações de desigualdade, injustiça social e econômica, nas quais o elemento equidade não foi levado em conta, e diante desse quadro o Estado deve intervir. Nessa perspectiva, o artigo 196 da CF define que “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Viana e Dal Poz (2005) ressaltam que a perspectiva de universalização prevista na Constituição é oposta à que vinha se desenvolvendo entre os organismos financeiros internacionais e que ganhou mais força no final do século XX. Denominado de “ajuste econômico” ou “neoliberalismo”, esse discurso era contra aquela concepção de política pública expressa na criação do SUS, pois, além de desqualificar a pretensão de universalidade e de integralidade, quer em seu mérito – não haveria sentido garantir serviços a grupos que poderiam pagá-lo –, quer por sua suposta inviabilidade econômica

– pois se constituía em um sistema muito caro, que desviaria recursos importantes do financiamento da área produtiva e da infraestrutura necessária ao desenvolvimento. Em outras palavras, nessa concepção, as diretrizes da universalidade ou da integralidade do sistema, além de serem equivocadas e conservadoras, eram iníquas, já que destinavam importantes recursos do Estado e da sociedade para pessoas que não estavam incluídas nas faixas de pobreza.

Essa perspectiva de focalização em oposição à universalização pode ser equivocada, pois um processo não inviabiliza o outro, podendo potencializá-lo. Nesse sentido, Kerstenetzky (2009) menciona que é possível uma mistura de universalismo e focalização, sendo que o último conceito não seria residual ao primeiro, nem operaria como um princípio de segregação, mas a focalização seria utilizada como uma regra de prioridade para a expansão dos serviços que, ao mesmo tempo, não excluiria a classe média, mas alcançaria com prioridade os mais pobres. Nessa proposta haveria um exercício do conceito de equidade.

Travassos (1997) ampliou ainda mais o enfoque de avaliação da equidade quando formulou a tese de que não se deveria mensurá-la somente com relação a acesso, utilização de serviços e alocação de recursos, mas também se considerar nesta avaliação as desigualdades das condições de vida a que as pessoas estão expostas. Seguindo a linha de raciocínio do autor, pessoas expostas às piores condições de moradia, saneamento, trabalho, entre outros aspectos estruturais não desejáveis que compusessem quadros de desigualdade, conseqüentemente, teriam mais predisposição a certos problemas de saúde. Portanto, ter um olhar diferenciado para essas diferenças é colocar em prática o conceito de equidade.

Campos (2006) complementa a argumentação de Travassos (1997) e ressalta que a equidade não se traduz apenas em ampliação do acesso à atenção à saúde. Ou seja, não é eficaz ampliar o atendimento se essa ampliação não vier acompanhada de melhoria na qualidade da atenção à saúde. Nessa perspectiva, as famílias, ao necessitarem dos serviços de saúde, além de conseguirem ter acesso a eles, devem ser vistas integralmente em suas situações de saúde e, para isso, o cuidado deve ultrapassar o aspecto de somente atacar o problema e buscar também resolver a sua causa.

Tendo como base as ideias sobre equidade propostas por Travassos (1997) e Campos (2006), por meio do acompanhamento das condicionalidades, procura-se exercitar esse princípio, na medida em que a maior proximidade com as famílias

proporciona melhor observação sobre situações de desigualdades vivenciadas por elas e que as expõem mais aos determinantes sociais das doenças.

Nessa linha de argumentação sobre as condicionalidades como uma janela de oportunidades para o exercício da equidade em saúde, tendo por base a concepção de Campos (2006), as condicionalidades incentivam a melhoria na qualidade dos serviços, no sentido da efetividade em resolver problemas de saúde. Esse resultado seria alcançado porque o contato contínuo com as famílias implica melhor conhecimento sobre as diferentes causas que interferem em seus processos de saúde e doença, e esse aspecto auxiliaria o direcionamento das ações em saúde para serem ainda mais efetivas em atacar as causas. Assim, as famílias não seriam acompanhadas apenas em relação à agenda preconizada pelas condicionalidades do Programa, mas em outras dimensões de saúde que necessitassem.

Considerando também as proposições de Travassos (1997) sobre equidade, as condicionalidades são uma oportunidade de materializar esse princípio, pelo fato de se caracterizarem como uma proposta de atendimento direcionado em saúde, a um público exposto às piores condições de moradia, saneamento, educação e trabalho. O contato mais frequente com essas famílias, por meio do acompanhamento semestral das condicionalidades de saúde, oportuniza uma maior atenção e um cuidado mais diferenciado e integral, considerando as diversas necessidades das famílias, que vão bem além do previsto na agenda de condicionalidades.

As políticas de transferência condicionada de renda estariam promovendo a equidade na medida em que visam melhorar o acesso aos serviços das áreas de saúde e educação pela população com maior dificuldade de acessá-los por uma série de fatores sociais e econômicos, como já mencionado. Estudos de avaliação realizados por Trevisani (2012) e Agatte (2010) sobre a implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família mostram essa tendência de melhoria na busca pelos serviços de saúde e educação pelas famílias beneficiárias, alcançada por meio das condicionalidades.

Por meio das condicionalidades do Programa Bolsa Família, semestralmente, são acompanhadas em torno de 11 milhões de famílias para as quais se propõe uma agenda de acompanhamento sistemático de saúde, principalmente de crianças e gestantes. Esse termo – sistemático – é utilizado porque o acompanhamento tem o objetivo de incentivar rotinas de cuidado em saúde já estabelecidas nos protocolos que vigoram no SUS; além de proporcionar um contato contínuo com as famílias que, pela condição de renda,

estariam mais susceptíveis aos fatores sociais e econômicos adversos que resultam em problemas de saúde.

O fato de o acompanhamento das condicionalidades ser uma ação focada nas famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, cuja influência dos determinantes sociais pode ter maiores impactos negativos na saúde, torna legítima a adoção de estratégias de adequação na organização dos serviços de saúde para atender de maneira diferenciada a esse público. Além disso, é importante destacar que esse mesmo público, independentemente da criação do Programa Bolsa Família e das condicionalidades, já compunha a maior parte do universo de pessoas atendidas pelo SUS. Outro exercício de equidade logrado pelas condicionalidades de saúde está na proposição de um acompanhamento sistemático em fases críticas para o desenvolvimento humano, como é o caso do pré-natal e do crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança, sendo esse grupo mais vulnerável a fatores relacionados ao processo de saúde e doença.

É nessa perspectiva de equidade que deve ser pensado o acompanhamento das condicionalidades de saúde, e é importante que o monitoramento realizado considere esses aspectos, pois tão importante quanto verificar se está havendo melhoria na utilização dos serviços, cujo indicador é o aumento de cobertura, é observar, pelo monitoramento, se outras dimensões da equidade estão sendo alcançadas por meio das condicionalidades, como a melhoria nas situações de saúde das famílias com maior propensão a problemas de saúde, conforme foi mencionado.

2.3 Gestão das condicionalidades com ênfase na saúde

Até o ano de 2012, a norma que regulamentou a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família foi a Portaria n.º 321, de 29 de setembro de 2008. Recentemente, esta Portaria foi reformulada, em alguns aspectos, pela Portaria n.º 251, de 12 de dezembro de 2012. O que já era previsto como condicionalidades foi mantido no artigo 2º da nova Portaria, o qual menciona que são condicionalidades do PBF:

I - Na área de educação:

a) para crianças ou adolescentes de 6 (seis) a 15(quinze) anos de idade, a matrícula e a frequência mínima de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária escolar mensal; e

b) para os adolescentes de 16(dezesseis) e 17 (dezessete) anos de idade, cujas famílias recebam o Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), a matrícula e a frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária escolar mensal.

II- Na área de saúde:

a) Para as gestantes e nutrizes, o comparecimento às consultas de pré-natal e a assistência ao puerpério com vistas à promoção do aleitamento materno e dos cuidados gerais com a alimentação e a saúde da criança; e

b) para as crianças menores de 7(sete) anos, o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

III - Na área de assistência social, para as crianças e adolescentes de até 15 (quinze) anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil, a frequência mínima de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária relativa aos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV).

A gestão das condicionalidades envolve a coordenação federativa da União, dos estados e municípios, que se organizam com o objetivo de monitorar se as famílias beneficiárias estão acessando os serviços das áreas de saúde, educação e assistência social, e cumprindo ou não as condicionalidades.

O Ciclo de gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família compreende um conjunto de ações previstas no art. 1º da Portaria n.º 251, de 2012:

a) extração da base de dados do Cadastro Único das famílias com integrantes que se enquadram no perfil para serem acompanhados pelas áreas de saúde, educação e assistência social no município; b) o acompanhamento das condicionalidades em si, e a consolidação e inserção das informações que resultam desse acompanhamento nos sistemas informatizados do Ministério da Saúde e Educação, criados para essa finalidade; c) a aplicação dos efeitos sobre o benefício das famílias, em casos de descumprimento de condicionalidades, que pode ser desde um bloqueio do benefício até o seu cancelamento; e d) a análise dos resultados do acompanhamento, sistematizados nos sistemas supracitados, especialmente os resultados relacionados às famílias em descumprimento que podem estar em situação de vulnerabilidade ou risco social, de forma a subsidiar o acompanhamento por outras políticas com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias.

Comparando-se as duas Portarias – n.º 321, de 2008 e n.º 251, de 2012 -, por meio do Quadro 3, nota-se que na Portaria n.º 251 foi inserido o termo “análise” e não somente “sistematização” dos dados relacionados ao acompanhamento das

condicionalidades, que corresponde à fase final da gestão de condicionalidades, ou seja, análise dos indicadores de descumprimento de condicionalidades que podem estar relacionados às situações de vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias, de modo a subsidiar políticas públicas que possam atendê-las em suas necessidades diversas.

Quadro 03: Comparação entre a Portaria n.º 321, de 2008 e a Portaria n.º 251, de 2012, no que se refere às ações relacionadas à gestão de condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Artigo 1ª da Portaria n.º 321, de 2008	Artigo 1ª da Portaria n.º 251, de 2012
I - coleta de informações, pelo município e/ou pelo estado, no que couber, e registro periódico nos sistemas disponibilizados pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Educação - MEC e da Saúde (MS);	I- Identificação do público com perfil para acompanhamento das condicionalidades de educação, saúde e assistência social II- coleta de informações, pelo município e/ou pelo estado, no que couber, e registro periódico nos sistemas disponibilizados pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Educação - MEC e da Saúde (MS);
II - aplicação dos efeitos previstos na legislação e na presente Portaria, decorrentes do descumprimento de condicionalidades	III- aplicação dos efeitos previstos na legislação e na presente Portaria, decorrentes do descumprimento de condicionalidades
III - sistematização de informações sobre famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF em situação de descumprimento de condicionalidades para subsidiar o acompanhamento por outras políticas públicas, de forma a reduzir as vulnerabilidades de tais famílias.	IV- análise e sistematização de informações sobre o acompanhamento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família –PBF, para subsidiar o acompanhamento por outras políticas públicas, de forma a reduzir as situações de vulnerabilidade de tais famílias (grifo nosso).

Fonte: Elaboração própria com base nas Portarias n.º 321, de 2008 e n.º 251, de 2012, que tratam da gestão de condicionalidades do Programa Bolsa Família.

A primeira Portaria a tratar sobre gestão de condicionalidades foi a de n.º 551, de 9 de novembro de 2005. Nela, a descrição das ações envolvidas no ciclo de gestão das condicionalidades ia até a etapa de repercussão no benefício da família em situação de descumprimento de condicionalidades, e o termo usado era “sanção”, o que reforçava a

ideia de penalidade da ação. Como a descrição do ciclo de gestão das condicionalidades ia até a repercussão no benefício, nessa normativa não estava descrita a possibilidade de, pela ação das condicionalidades, serem identificadas possíveis vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias, por trás dos casos de descumprimentos de condicionalidades, e isso proporcionar o encaminhamento para outras políticas sociais. Esse argumento é reforçado pelo fato de, na Portaria n.º 551, não haver menção, em momento algum, à Secretaria Nacional de Assistência Social. Nas edições posteriores de normativas sobre a gestão das condicionalidades – Portarias n.º 321, de 2008 e n.º 251, de 2012 –, houve evolução da concepção institucional no que se refere às perspectivas das condicionalidades como um instrumento de identificação de vulnerabilidades sociais. Considerando esse fato e o objeto de estudo deste trabalho, é importante examinar se, no monitoramento das condicionalidades de saúde, nos dois níveis de gestão – municipal e estadual –, são observadas todas as ações que compõem o ciclo de gestão de condicionalidades, ou se o monitoramento se restringe à observação do cumprimento de metas de cobertura de acompanhamento.

A gestão das condicionalidades envolve uma série de ações complementares e coordenadas dos três níveis de atuação federativa e a atuação intersetorial das políticas de saúde, educação e assistência social. No Nível Federal, o MDS é o órgão responsável por coordenar a gestão de Condicionalidades. Esse aspecto decorre do fato de que, no Programa Bolsa Família, terem sido mantidas as condicionalidades previstas nos Programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, a diferença é que, antes, as ações que estavam sob a competência exclusiva dos Ministérios da Educação e da Saúde passaram a ser coordenadas pelo MDS, apesar de sua execução ainda está a cargo dos Ministérios correspondentes (AGATTE, 2010).

No MDS é o Departamento de Condicionalidades (Decon), ligado à Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), o setor responsável por articular as ações de gestão das condicionalidades de saúde, educação e assistência social no âmbito nacional. Na esfera estadual, a coordenação desse processo compete aos coordenadores estaduais do Programa Bolsa Família e, nos municípios, a responsabilidade é do gestor municipal do PBF. Na maioria dos casos, tanto o coordenador estadual quanto o gestor municipal do PBF estão vinculados às respectivas Secretarias de Assistência Social.

Para viabilizar o acompanhamento das condicionalidades pelas três esferas de governo, a Portaria n.º 251 estabelece alguns critérios e procedimentos para serem

executados no âmbito das instâncias federativas,²² sem prejuízo de outras instruções e normas complementares. Nesse sentido, como foi explicado, embora a coordenação da gestão das condicionalidades esteja a cargo do MDS, os Ministérios da Educação e da Saúde são os responsáveis legais pelo acompanhamento dessa ação que se materializa no município. Por isso, cada Ministério tem sua norma específica sobre o acompanhamento de condicionalidades, na qual constam as diretrizes e regras para sua operacionalização. No âmbito da saúde, há uma Portaria Interministerial –MS/MDS n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004, que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades. Nessa Portaria, menciona-se que é a Secretaria de Atenção Básica da Saúde, (atual Secretaria de Atenção à Saúde – SAS) a área técnica responsável pela gestão federal do acompanhamento do cumprimento das condicionalidades de saúde das famílias do Programa Bolsa Família. No estado e no município, deve ter um coordenador responsável pelas condicionalidades de saúde, cada um designado por sua respectiva secretaria de saúde. Também nessa Portaria, para cada nível de gestão (municipal, estadual e federal), são descritas as competências relacionadas às condicionalidades de saúde, de maneira a alcançar os objetivos propostos. Considerando esse aspecto, essa normativa própria da saúde também foi utilizada como parâmetro para caracterizar o monitoramento das condicionalidades de saúde realizado nos dois níveis de gestão, estadual e municipal.

O acompanhamento das condicionalidades se concretiza nos municípios em conformidade com as agendas pactuadas conjuntamente pelos Ministério da Saúde (MS), da educação (MEC) e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Na saúde, o acompanhamento tem periodicidade semestral, em dois períodos do ano (de janeiro a junho e de julho a dezembro), ao passo que, na educação, o acompanhamento é feito a cada bimestre (Quadro 4).

Quadro 04: Período de acompanhamento das condicionalidades das áreas de saúde e educação

Período de Acompanhamento	Meses de Referência
Educação	
Primeiro	Fevereiro e Março
Segundo	Abril e Maio

²²Ver artigos 12, 13 14 e 15 da Portaria n.º 251, de 2012, os quais tratam das atribuições dos entes federativos no que se refere à gestão de condicionalidades, representados pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e pelos Coordenadores Estaduais e Gestores Municipais do Programa Bolsa Família.

Terceiro	Junho e julho
Quarto	Agosto e Setembro
Quinto	Outubro e Novembro
Saúde	
Primeiro (1ª Vigência)	Janeiro a Junho
Segundo (2ª Vigência)	Julho a Dezembro

Fonte: Elaboração própria a partir do Guia de Acompanhamento das Condicionalidades de 2008.

Antes de iniciar o período de acompanhamento das condicionalidades, o Departamento de Condicionalidades extrai do Cadastro Único e da folha de pagamento de benefícios a base de dados com as informações das famílias beneficiárias do PBF cujos integrantes têm perfil para serem acompanhados pelas áreas de educação e saúde nos municípios. Essa base de dados com as informações sobre o público de acompanhamento é remetida aos Ministérios parceiros (Saúde e Educação) e é carregada nos seus respectivos sistemas, criados especificamente para o acompanhamento das condicionalidades – Sistema Presença do MEC e Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde do MS.²³

No caso das informações para o acompanhamento das famílias beneficiárias perfil saúde, os dados inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde são administrados pelo Sistema de Informática do SUS (DATASUS). Uma vez inseridos nesse sistema os integrantes perfil saúde das famílias do PBF, pode-se iniciar o acompanhamento pelos Municípios que têm acesso a ele. O período de acompanhamento das condicionalidades na saúde é semestral, denominado 1ª e 2ª vigência, que corresponde aos meses referidos no Quadro 04. Nesse período, as equipes de saúde dos municípios realizam as ações próprias da atenção básica junto às famílias beneficiárias e registram os resultados do acompanhamento no mesmo sistema supracitado.

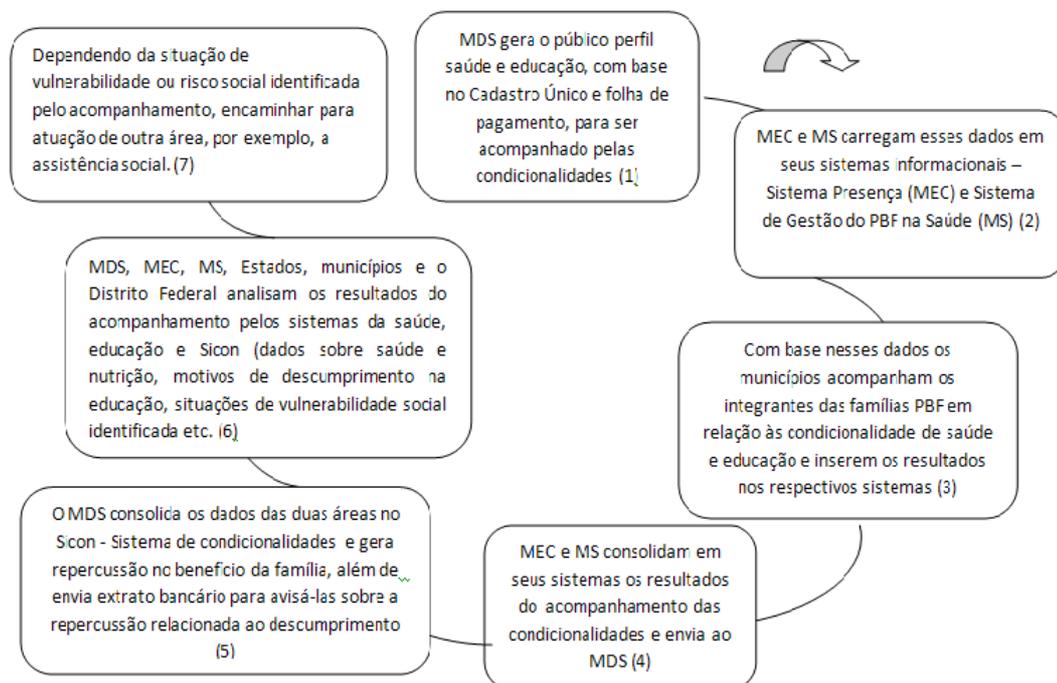
Durante os períodos de acompanhamento das condicionalidades de educação e de saúde, e registro dos resultados desse acompanhamento nos respectivos sistemas, o Departamento de Condicionalidades do MDS monitora o processo junto às diretorias do MEC e do MS, responsáveis por esse processo, e junto às coordenações estaduais e municipais do Programa Bolsa Família. As coordenações estaduais e municipais

²³ Endereços eletrônicos dos Sistemas da Saúde e da Educação para o acompanhamento das condicionalidades Sistema Bolsa Família na Saúde: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br>> e Sistema de Acompanhamento da Frequência Escolar (Projeto Presença): <<http://frequenciaescolarpbf.mec.gov.br/presenca/controller/login/efetuarLogin.php>>.

também devem monitorar as condicionalidades, considerando suas respectivas competências. Ao final dos períodos de acompanhamento, o MEC e o MS, por meio dos seus respectivos sistemas, recebem as informações do acompanhamento das condicionalidades inseridas pelos municípios e esses dados são consolidados por suas respectivas diretorias, que os encaminham ao MDS (AGATE, 2010).

O Decon/MDS, ao receber a base consolidada dos Ministérios da Saúde e da Educação com os resultados do acompanhamento das condicionalidades, carrega esses dados no Sistema de Condicionalidades (Sicon) – o que permite identificar todas as famílias em situação de descumprimento –, e com base nesses dados realiza os procedimentos para gerar a repercussão nos benefícios das famílias, que pode ser desde um bloqueio no benefício até o seu cancelamento. A Figura 01 resume o ciclo de gestão das condicionalidades.

Figura 01: Resumo do Ciclo de gestão das condicionalidades do PBF



Fonte: Elaboração própria com base na previsão da Portaria n.º 251, de 2012.

No que se refere à repercussão no benefício das famílias, em caso de descumprimento de condicionalidades, houve algumas modificações trazidas pela Portaria n.º 251, de 2012. Para melhor entendimento dessas alterações, cabe primeiramente explicar como eram as regras na Portaria n.º 321, de 2008, e, posteriormente, as mudanças constantes na Portaria /º 251 de 2012 e a concepção subjacente a elas.

Tanto na Portaria n.º 321 quanto na nova há previsão de efeitos gradativos, aplicados às famílias, de acordo com os descumprimentos de condicionalidades no histórico delas.²⁴ Contudo, na Portaria n.º 321, para as famílias beneficiárias do PBF com crianças ou adolescentes de até 15 anos, nutrízes ou gestantes, havia uma diferença na evolução dos efeitos aplicados, quando comparados aos jovens de 16 e 17 anos, em caso de descumprimento de condicionalidades. Enquanto para o primeiro perfil de famílias os efeitos eram advertência, bloqueio, suspensão e cancelamento, para aquelas com jovens de 16 e 17 anos, os efeitos evoluíam diretamente da advertência para suspensão e posteriormente para o cancelamento. Com a nova portaria, essa evolução

²⁴ De acordo com o parágrafo único do artigo 3º da Portaria 251, de 2012, histórico das famílias consiste no conjunto dos sucessivos descumprimentos de condicionalidades e respectivos efeitos gradativos aplicados às famílias beneficiárias.

passou a ser a mesma para os dois casos, de acordo com as regras e características descritas no Quadro 05.

Quadro 05: Evolução dos efeitos gerados por descumprimento de condicionalidades

Descumprimento	Efeito
1º Registro	<i>Advertência</i> Família em situação de descumprimento, mas continua recebendo o benefício normalmente.
2º Registro	<i>Bloqueio por 30 dias</i> Uma parcela do benefício fica retida por 30 dias. Após 30 dias a família volta a receber o benefício normalmente e a parcela bloqueada pode ser sacada.
3º Registro	<i>Suspensão por 60 dias</i> Após 60 dias a família volta a receber o benefício normalmente, mas as duas parcelas relativas ao período de suspensão não são pagas à família.
4º Registro	<i>Cancelamento</i> A família é desligada do programa. Parcelas do benefício que ainda não foram sacadas pela família são canceladas.

Fonte: Dados do Departamento de Condicionalidades/SENARC/MDS.

O objetivo dessa sistemática de repercussão é assegurar tempo para a atuação do poder público antes do desligamento da família do programa (MDS, Cartilha de Acompanhamento Familiar, 2010, p. 9).

É importante ressaltar que o descumprimento pode ser revelador de outras situações de vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias, além da baixa renda, pois por trás do fato de uma criança não frequentar a escola ou acessar os serviços de saúde, pode haver graves situações de vulnerabilidade e/ou risco social. As causas de descumprimento são registradas tanto pela área de saúde como pela de educação, e especificamente no caso da educação foi estabelecido um rol de possíveis motivos que podem ocasionar o descumprimento de condicionalidades pelas famílias. Nesse rol há as causas (motivos) que caracterizam descumprimento e, portanto, geram efeito para a

família e as que não caracterizam descumprimento e, portanto, não geram efeito, pois muitas vezes resultam de fatores que não estariam na governabilidade das famílias (Quadro 06).

Todas as famílias que descumprem condicionalidades na educação, cujo motivo registrado por essa área faça parte do rol de motivos que “geram efeito sobre o benefício”, ou que descumprem condicionalidades de saúde recebem mensagem no extrato bancário com alerta sobre o efeito no benefício e orientação no sentido de que procurem o gestor municipal do PBF. As famílias, ao receberem a mensagem no extrato bancário sobre a repercussão no benefício e constatarem, no momento do saque, a impossibilidade de recebê-lo, podem recorrer por meio de recurso administrativo²⁵ apresentado ao gestor municipal do PBF, para que a decisão seja revista. Cabe recurso administrativo contra a aplicação de um efeito quando a família, ou a própria gestão do PBF, constata que esse efeito foi gerado com base em uma informação errada, consequência de um erro administrativo no registro do descumprimento. A família pode, por exemplo, apresentar uma declaração da escola à gestão do PBF confirmando que a criança de fato frequentou as aulas, apesar do registro equivocado da baixa frequência. O recurso deve ser avaliado pelo gestor municipal e, quando deferido, encaminhado ao MDS para reverter, no histórico da família, o efeito gerado, a fim de evitar a progressão dos efeitos gradativos.

É importante que haja registro, pela área de educação, do possível motivo que está gerando o descumprimento. Ao eleger o motivo a ser apresentado como causa do descumprimento, a gestão deve ter o cuidado de escolher aquele que reflita o melhor possível a situação da família, pois esse registro pode ser um indicador importante da situação adversa vivenciada por ela.

²⁵Recurso: As possíveis situações que ensejam recurso estão previstas na Instrução Operacional MDS/SENARC n.º 26, de 18 de dezembro de 2008, a qual divulga aos municípios orientações e procedimentos a serem adotados no que se refere aos recursos apresentados por famílias com registros de descumprimento de condicionalidades.

Quadro 06: Possíveis motivos, apontados pela gestão da educação, para o descumprimento de condicionalidades nessa área, que geram e não geram efeito sobre o benefício da família

Motivos de descumprimento que não geram efeito sobre o benefício da família	Motivos de descumprimento que geram efeito sobre o benefício da família
Questão de saúde	Motivo não informado pela escola
Óbito na família	Gravidez
Inexistência de oferta de serviços	Mendicância ou trajetória de rua
Impedimento de acesso aos serviços pelas famílias	Negligência dos pais
Falta de atendimento à pessoa com deficiência	Trabalho Infantil
Concluiu o ensino médio	Escola não informou
Suspensão escolar	Motivo não existente na tabela (esse campo dá liberdade da escola informar motivos para além dos que constam nesta tabela)
Eja Semipresencial	Violência/discriminação na escola
Situação Coletiva que impeça o acesso do aluno (exemplo: férias)	Trabalho jovem
	Exploração/abuso sexual/violência doméstica
	Desinteresse/Desmotivação
	Abandono/Desistência
	Necessidade de cuidar de familiares

Fonte: Elaboração própria com base no relatório sobre motivos de descumprimento na educação do Sicon.

A informação das famílias beneficiárias em descumprimento é repassada do Decon para o Departamento de Gestão de Benefícios (Deben), outro departamento da SENARC. Então, a base de dados com as informações das famílias que terão o benefício bloqueado, suspenso ou cancelado é inserida no Sistema de Benefícios ao Cidadão (SIBEC), operacionalizado pela Caixa Econômica Federal, que gera o comando da repercussão sobre a folha de pagamento do mês. Por meio do SIBEC, os gestores municipais têm acesso às informações relacionadas aos processos de gestão de benefícios das famílias (AGATTE, 2010).

Essas possíveis repercussões no benefício das famílias ocorrem sempre nos meses ímpares, conforme descrito no Quadro 07. A título de exemplo, no mês de setembro ocorre repercussão no benefício das famílias, com base nos resultados de descumprimento da educação, referentes ao acompanhamento realizado nos meses de

junho e julho, e ao descumprimento da saúde, referentes ao acompanhamento do 1ª semestre (janeiro a junho). Há meses no quais só ocorre repercussão nos benefícios das famílias por causas de descumprimento de condicionalidades na área de educação.

Quadro 07: Meses nos quais pode haver repercussão sobre o benefício das famílias do PBF, em relação ao período de acompanhamento de condicionalidades correspondente

Mês de repercussão	Período de acompanhamento	
	Educação	Saúde
maio	fevereiro/março	
julho	abril/ maio	
setembro	junho/julho	1º semestre (janeiro a junho)
novembro	agosto/setembro	
março do próximo ano	outubro/novembro	2º semestre (julho a dezembro)

Fonte: Sistema de Condicionalidades (Sicon)

O Decon, por meio do Sistema de Condicionalidades (Sicon) disponibiliza aos gestores municipais do programa Bolsa Família a relação das famílias em situação de descumprimento de condicionalidades, com a especificação dos motivos identificados no acompanhamento da frequência escolar, bem como as causas dos descumprimentos da área de saúde, conforme descrito na Figura 01. Essa ação possibilita aos gestores municipais do PBF ter ciência de quais famílias em descumprimento estão na eminência de perder o benefício e que podem estar em situações de vulnerabilidade ou risco social. Considerando esses aspectos, a gestão municipal do PBF deve fazer interlocução com a área de assistência social para realizar busca ativa e acompanhamento dessas famílias.

Entre as normas relacionadas à gestão do PBF, há uma em que consta o pressuposto de que a área de assistência social deve priorizar o acompanhamento, por meio de seus serviços, de famílias beneficiárias do PBF em situação de descumprimento de condicionalidades. Essa norma é uma Resolução da CIT – Comissão Intergestores Tripartite – n.º 07, publicada em 10 de setembro de 2009, denominada Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nesse documento está a concepção de que o descumprimento de condicionalidades no PBF pode ser revelador de situações de vulnerabilidade e risco social vivenciadas pelas famílias e, por isso, a orientação de que as famílias em descumprimento do PBF sejam priorizadas no que se refere ao atendimento e acompanhamento pelos serviços socioassistenciais ofertados nos Centros

de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

A possível identificação de vulnerabilidades sociais pelo acompanhamento das condicionalidades fecha o ciclo da gestão de condicionalidades, pois, ao encaminhar essas famílias à área de assistência social, espera-se que elas superem os problemas vivenciados e voltem a acessar os direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação.

Ainda em relação ao acompanhamento das famílias, o Sicon tem uma interface em que é possível registrar os resultados do acompanhamento familiar realizado pela área de assistência social, denominado – módulo de acompanhamento familiar. Nesse módulo podem ser registradas quais atividades estão sendo executadas pela assistência social nesse acompanhamento, as vulnerabilidades identificadas na família e se ela está sendo acompanhada pelo CRAS ou CREAS. Nesse mesmo instrumento, há um dispositivo denominado *interrupção dos efeitos sobre o benefício*, o qual, quando acionado pela gestão, impede que a família tenha qualquer efeito sobre o benefício enquanto estiver em acompanhamento pela assistência social, mesmo que continue descumprindo condicionalidades por qualquer motivo. O objetivo é que a renda seja assegurada enquanto a família estiver descumprindo condicionalidades por questões que fogem a sua possibilidade de resolução. Essa concepção de interromper os efeitos para garantia de renda da família também está prevista no Protocolo Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS.

Outra modificação trazida pela Portaria n.º 251, de 2012, diz respeito à evolução nos efeitos sobre o benefício até se chegar à possibilidade de seu cancelamento. Na Portaria n.º 321, o tempo máximo para que ocorresse evolução nos efeitos sobre o benefício era menor ou igual a 18 meses para famílias com crianças ou adolescentes de até 15 (quinze) anos de idade, nutrizes ou gestantes, e menor ou igual a 6 meses para famílias com adolescentes de 16 (dezesseis) e 17 (dezessete) anos, beneficiários do BVJ. Em termos práticos, por essa regra, se uma família estivesse em suspensão em maio de 2011 e voltasse a descumprir em outubro de 2012 (ou seja, antes de completados 18 meses), teria o benefício cancelado em novembro de 2012, que é o período de repercussão correspondente, mesmo após ter ficado 17 meses sem registro de descumprimento.

A nova Portaria, por meio do artigo 7º, uniformizou esse aspecto, determinando que, para ambos os casos, os efeitos serão aplicados gradativamente quando o tempo decorrido entre um efeito de descumprimento e o seguinte for menor ou igual a 6 meses.

Dito de outro modo, se uma família descumprir condicionalidades antes de decorridos 6 meses, terá aplicação gradativa de efeitos em seu histórico. A decisão de diminuir o tempo de repercussão resulta da ideia de que descumprimentos consecutivos em um período menor de tempo são indicadores mais precisos de situação de vulnerabilidade vivenciada pela família beneficiária, e esse aspecto pode funcionar como um indicador mais concreto para atuação precoce das políticas sociais de maneira a tentar solucionar possíveis problemas enfrentados pelas famílias.

Ainda com relação ao tempo de progressão dos efeitos gerados pelo descumprimento, pela regra anterior, quando o tempo decorrido entre um descumprimento e o seguinte fosse superior a esses prazos (18 meses ou 6 meses – a depender dos casos descritos), os registros anteriores de descumprimento de condicionalidades eram desconsiderados no que se refere à aplicação de efeitos gradativos. Por exemplo, se uma família com integrante com idade entre 0 e 15 anos, gestante ou nutriz estivesse em 2ª suspensão em julho de 2011 e só descumprisse em março de 2013 (ou seja, passados mais de 18 meses), não evoluiria para um cancelamento, mas teria novamente uma advertência. Pela regra da nova Portaria, o prazo para zerar a progressão dos efeitos sobre o benefício na hipótese de descumprimento passou a ser de 6 meses para ambos os casos. Ou seja, se uma família estiver em suspensão em março de 2011 e voltar a cumprir condicionalidades por 6 meses, os efeitos sobre o benefício seriam zerados e, se voltar a descumprir (passados mais de 6 meses), terá como efeito uma advertência, independentemente do tipo de composição de sua família.

A mudança mais substancial trazida pela nova Portaria diz respeito ao cancelamento do benefício. Pela Portaria n.º 321, de 2008, o cancelamento do benefício ocorria caso a família já estivesse em 2ª suspensão e voltasse a descumprir condicionalidades no próximo período de acompanhamento. Por exemplo, uma família em 2ª suspensão em maio de 2012, se não cumprisse as condicionalidades de educação no mês de maio, em julho teria o benefício cancelado, que seria o próximo mês no qual há repercussão no benefício. Pela nova Portaria, o cancelamento do benefício não ocorre logo na sequência de uma situação de 2ª suspensão. Ao contrário, se a família já está em suspensão, caso volte a descumprir, terá como efeito nova suspensão e não será cancelada de imediato. Então a família permanece em suspensões reiteradas e a ideia é que o descumprimento reiterado, cujo indicador é o efeito reiterado da suspensão,

sinalize uma situação de vulnerabilidade enfrentada pela família, que a está impedindo de cumprir condicionalidades.

Pela nova regra trazida pela Portaria, o desligamento da família do Programa somente ocorre se, concomitantemente, passados doze meses, a família permanecer na situação de suspensão, ou seja, em descumprimento de condicionalidades e tiver sido acompanhada pela assistência social, sendo esse prazo contado a partir da data de registro do resultado do acompanhamento da assistência social no Sicon. Esse fato de permanência na situação de descumprimento sinalizaria que não houve mudança na situação social, mesmo com a intervenção da assistência social. Portanto, a família que estava concomitantemente em acompanhamento familiar em descumprindo condicionalidades por 12 meses, passado esse período, se voltar a descumprir no próximo período de acompanhamento das condicionalidades, terá seu benefício cancelado no período de repercussão correspondente ao do acompanhamento (ver Quadro 07). Na Portaria n.º 251, esta mudança está descrita da seguinte forma:

Art. 4º As famílias beneficiárias do PBF com crianças ou adolescentes de até 15 (quinze) anos de idade, nutrizes ou gestantes, e adolescentes de 16 e 17 anos beneficiários do BVJ que descumprirem as condicionalidades, ficam sujeitos aos seguintes efeitos no benefício, aplicados de forma sucessiva:

I - advertência, no primeiro registro de descumprimento;

II - bloqueio do benefício por um mês, no segundo registro de descumprimento;

III - suspensão do benefício, a partir do terceiro registro de descumprimento, e reiteradamente, a partir da ocorrência de novos efeitos no benefício por descumprimento de condicionalidades dentro do período de seis meses contados da data da aplicação da última suspensão;

IV – cancelamento do benefício, observados os procedimentos do § 2º deste artigo.

§ 1º A aplicação da advertência mencionada no inciso I, não produzirá efeito sobre o benefício financeiro.

§ 2º O cancelamento dos benefícios do Bolsa Família em decorrência do descumprimento das condicionalidades somente poderá ocorrer após registro, no Sistema de Condicionalidades – Sicon, de que a família foi inserida em serviço socioassistencial de acompanhamento familiar do município, e cumulativamente:

I - permaneceu em situação de suspensão durante 12 meses, contados a partir da data de inserção do registro de acompanhamento familiar no Sicon; e

II – apresentou novo descumprimento com efeito no benefício no primeiro período de acompanhamento das condicionalidades posterior aos doze meses de que trata o inciso I. (grifo nosso).

Portanto, enquanto a família em descumprimento não estiver sob acompanhamento da área de assistência social, terá como efeito máximo a suspensão, não sendo cancelada do Programa. Esse aspecto funciona como um indicador de alerta para a atuação da assistência social sobre essa família, como está previsto do Protocolo n.º 07, de 2009 da CIT, supracitado. Contudo, uma vez que a família esteja sob acompanhamento pela área da assistência social, terá um prazo para superar as possíveis situações de vulnerabilidade sociais vivenciadas, as quais podem levar à situação de descumprimento.

2.4 Aspectos do monitoramento das condicionalidades de saúde

Para efetivar as ações de cuidado às famílias beneficiárias do PBF pelas condicionalidades de saúde, as equipes de saúde devem estar atentas às informações relacionadas ao cumprimento das agendas de saúde e nutrição da criança e da gestante. No Quadro 08, cada condicionalidade de saúde está associada ao instrumento utilizado pelas equipes de saúde para observar o cumprimento e um resumo das informações que esses instrumentos contemplam.

Quadro 08: Dados relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF

Condicionalidade de saúde	Instrumento utilizado para o acompanhamento	Informação observada no acompanhamento
Vacinação de crianças beneficiárias entre 0 e 7 anos	Cartão da criança do MS	Calendário de vacinação em dia, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS
Acompanhamento nutricional		Registro do peso e altura e marcação na Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde- OMS (valores em percentil)
Acompanhamento do Pré-natal	Cartão da gestante do MS	Realização de consulta de pré-natal de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS

Elaboração própria, de acordo com base nos dados da Portaria n.º 2509, de 2004.

Nota-se que, por meio do acompanhamento das condicionalidades de saúde, há uma segunda focalização do programa Bolsa Família, pois as ações de acompanhamento

foram normatizadas para um público ainda mais vulnerável, que são as crianças na faixa etária crítica de crescimento e desenvolvimento (menores de 7 anos de idade) e mulheres grávidas. As condicionalidades de saúde propostas dizem respeito ao acesso das famílias aos principais serviços de saúde oferecidos pela atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que as famílias são acompanhadas por dois diferentes modelos de atuação: equipe de saúde da família ou unidades básicas de saúde.

Mas o acompanhamento pela saúde deve ser visto também como uma oportunidade de observar outros aspectos de saúde para além do que é prescrito no âmbito do Programa, e essa perspectiva tem sido fomentada pelo Ministério da Saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no Brasil realizou um colóquio sobre o Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF, que teve como objetivo avaliar as ações de atenção à saúde para a redução das iniquidades em saúde, em especial entre os beneficiários do Programa Bolsa Família. Também fizeram parte da pauta de discussões as dificuldades e potencialidades existentes no acompanhamento do pré-natal, na imunização, no crescimento e desenvolvimento das crianças e nas ações de educação alimentar e nutricional entre as famílias mais vulneráveis socialmente. (BRASIL, 2011). A relevância desse colóquio é que sinalizou a intenção de propor estratégias relativas a uma atenção equitativa e de qualidade, com base nas evidências apresentadas, com o delineamento de ações intersetoriais que busquem a melhoria da situação de saúde e nutrição dos beneficiários do Programa. A partir desse colóquio, foi construída uma matriz de interfaces que procura representar o potencial que o acompanhamento das condicionalidades de saúde tem de oportunizar que as famílias beneficiárias sejam atendidas por outras políticas, programas e ações, relacionados à saúde, a exemplo da vigilância alimentar e nutricional, da política de atenção integral à mulher, do programa de atenção integral à saúde da criança, do programa de suplementação de ferro e vitamina A, etc. (ver Anexo 1)

A Portaria n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004, menciona como a gestão nos níveis municipal e estadual deve organizar-se de maneira que o setor saúde realize o monitoramento das condicionalidades (Quadro 09). Resumidamente, de acordo com essa Portaria, as Secretarias Municipais de Saúde devem coordenar o processo de inserção e atualização das informações que resultam do acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família nos aplicativos do Sistema criado para essa finalidade-

Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Às Secretarias Estaduais de Saúde compete analisar os dados consolidados de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família gerados pelos municípios, com vistas a constituir diagnóstico para subsidiar a política estadual de saúde e de segurança alimentar e nutricional. À União, representada pelo MS, cabe analisar os dados consolidados de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, gerados pelos municípios, e encaminhá-los para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; além de disponibilizar os relatórios de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, no âmbito da saúde, aos Estados, Municípios e Distrito Federal, e ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Quadro 09: Competências da União, dos Estados e Municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde, de acordo com a Portaria n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004

Nível Governamental	Competências
União	<ul style="list-style-type: none"> - Designar a Secretaria de Atenção Básica da Saúde, como a área técnica responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde; - Estabelecer diretrizes sobre o acompanhamento da saúde das famílias, e a sua divulgação aos estados e municípios; - Elaborar e manter em funcionamento os aplicativos da Vigilância Alimentar e Nutricional, para o acompanhamento das famílias do PBF; - Capacitar os responsáveis técnicos e gestores estaduais para o apoio aos municípios na implementação das ações de acompanhamento do PBF; - Analisar os dados de acompanhamento das famílias do PBF e encaminhá-los para o MDS; - Disponibilizar os relatórios de acompanhamento das famílias do PBF, aos Estados, Distrito Federal, MDS.
Secretarias Estaduais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar um responsável técnico (profissional de saúde) para coordenar o acompanhamento das famílias PBF, sendo preferencialmente, um nutricionista; - Participar da instância de gestão intersetorial do PBF; - Apoiar, tecnicamente, os municípios na implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional e das ações básicas de saúde; - Coordenar e supervisionar, em âmbito estadual, a implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional; - Analisar os dados de acompanhamento das famílias do PBF, para subsidiar a política estadual de saúde e de segurança alimentar e nutricional.

Nível Governamental	Competências
Secretarias Municipais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar um responsável técnico para coordenar o acompanhamento do Programa, sendo preferencialmente um nutricionista; - Participar da coordenação intersetorial do PBF; - Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional; - Coordenar o processo de inserção, atualização e envio dos dados no sistema de informações do PBF; - Mobilizar as famílias para o cumprimento das condicionalidades - Promover atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável; - Capacitar as equipes de saúde e promover semestralmente o acompanhamento das famílias atendidas pelo PBF. - Informar ao órgão municipal responsável pelo CadÚnico qualquer alteração identificada sobre os dados das famílias.

Fonte: Portaria Interministerial n.º2.509, de 18 de novembro de 2004.

O monitoramento das condicionalidades de saúde tem como principal objetivo observar se está ocorrendo ampliação do acesso das famílias beneficiárias às ações e serviços básicos de saúde, conforme descrito na Portaria n.º 2.509, de 2004. Mas a efetivação desse direito depende primariamente da oferta desses serviços pela União, pelos Estados e Municípios. Nesse sentido, o outro objetivo do monitoramento, tão importante quanto o descrito, é avaliar se os serviços de saúde estão se organizando de maneira a atender às famílias beneficiárias com equidade e qualidade e desempenhando ações que possam garantir que elas sejam acompanhadas tanto em relação ao que está previsto como condicionalidades quanto em outras necessidades de saúde que porventura surjam.

Como foi descrito, o período de acompanhamento das famílias na saúde é semestral, dividido em duas vigências, a primeira referente aos meses de janeiro a junho e a segunda aos meses de julho a dezembro. A cada vigência, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), ligada ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS, recebe do MDS e disponibiliza por meio de seu sistema – Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde – a relação com todas as famílias beneficiárias perfil saúde (famílias com crianças menores de 7 anos) e mulheres beneficiárias, para identificação de gravidez, que devem ser acompanhadas por cada município.

Por conseguinte, o município deve garantir que essas informações cheguem aos profissionais de saúde nas unidades básicas e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são os que realizam o acompanhamento de saúde das famílias. Para que as famílias não recebam nenhum efeito sobre o benefício – advertência, bloqueio, suspensão ou cancelamento do Programa –, é necessário que sejam acompanhadas e cumpram a agenda prevista a cada vigência.

O acompanhamento das famílias deve ser registrado pelos profissionais de saúde em um formulário específico que consta *on-line* no Sistema da Saúde – Mapa de Acompanhamento Diário do Programa Bolsa Família. O preenchimento desse formulário pode ser feito diretamente no sistema, ou o mapa pode ser impresso, preenchido pelos profissionais de saúde com as informações do acompanhamento que, posteriormente, podem ser repassadas ao Sistema da Saúde e encaminhadas ao MS, também *on-line*. A Figura 02 resume esse fluxo que operacionaliza o acompanhamento das condicionalidades de saúde, desde a geração do público de acompanhamento pelo MDS até a disponibilização da relação dos beneficiários que devem ser acompanhados pelas equipes de saúde do município e o retorno dos resultados do acompanhamento ao MDS.

Figura 02: Fluxo operacional do acompanhamento das condicionalidades de saúde



Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria n.º 251, de 2012.

As informações coletadas no acompanhamento das famílias e inseridas no sistema da saúde estão descritas no Quadro 10.

Quadro 10: Informações resultantes do acompanhamento das condicionalidades de saúde que são inseridas no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde

Gestante	Crianças menores de 7 anos	Mulheres em idade fértil (para identificação de possível gestação)
Peso	Peso	Peso
Altura	Altura	Altura
Data da última menstruação (DUM)	Aleitamento materno (menores de 2 anos)	Situação: a) gestante, b) não gestante e c) não pode ser gestantes (por exemplo, no caso de laqueadura)
Situação: "gestante"	Vacinação em dia: Sim ou Não	
Situação de cumprimento do pré-natal: Sim ou Não.		

Fonte: Elaboração própria com base no quadro construído pela CGAN/DAB/SAS/MS.

Em relação aos resultados de acompanhamento das condicionalidades de saúde, de acordo com as regras de consolidação propostas pelo MS, uma família pode ser considerada *totalmente acompanhada*, *parcialmente acompanhada* ou *não*

acompanhada. No quadro 11, estão descritas as situações possíveis que caracterizam um ou outro resultado.

Quadro 11: Possíveis resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde, considerando diferentes situações que podem ocorrer

Resultado	Situações possíveis
1-Famílias totalmente acompanhadas	a) Se todos os membros da família estiverem com registro de acompanhamento; b) famílias com crianças: se todas as integrantes crianças estiverem com registro de acompanhamento, independente se as integrantes mulheres foram ou não acompanhadas. c) Famílias sem crianças: se pelo menos uma integrante mulher tiver registro de acompanhamento, estando grávida ou não.
2-Famílias parcialmente acompanhadas	- famílias com crianças: se pelo menos um integrante criança foi acompanhado e pelo menos um integrante criança não foi acompanhado, independente se os integrantes mulheres foram ou não acompanhados.
3 - Famílias não acompanhadas	- Ocorre quando não satisfeita pelo menos a situação 2 (famílias parcialmente acompanhadas)

Fonte: Regras de Consolidação do acompanhamento estabelecidas entre o MS e o MDS.

Uma família não acompanhada não é considerada *em descumprimento de condicionalidades* e, portanto, não tem qualquer efeito no benefício: advertência, bloqueio, suspensão ou cancelamento. Isso é lógico, pois não faz sentido aplicar um efeito sobre o benefício de alguém a respeito de quem não se tem informação. Mas é importante que o município sempre aumente o percentual de famílias acompanhadas e diminua o de não acompanhadas, pois, estando o segundo indicador alto, é sinal, por exemplo, de possível problema na oferta de serviços de saúde.

O não acompanhamento da família pode ocorrer pela impossibilidade de localização em razão de mudança de endereço, por exemplo, pois famílias de baixa renda mudam-se muito e, na maioria das vezes, não atualizam os dados no Cadastro Único. Mas os casos de municípios com alto percentual de famílias não acompanhadas também podem estar relacionados aos problemas na oferta dos serviços de saúde, como,

por exemplo, nos municípios com baixa cobertura da estratégia saúde da família, que tem maior dificuldade para cobrir o acompanhamento de saúde de todos os beneficiários do PBF.

Por último, há uma situação em que o acompanhamento de saúde existe, mas não é notificado no Sistema de Gestão do PBF na Saúde, e a família fica registrada como *não acompanhada*. Esse caso pode ocorrer quando não existe um fluxo organizado de informação entre os serviços de saúde e a gestão do Programa Bolsa Família. Nesse caso, por exemplo, a família teria tido atendimento na Unidade Básica de Saúde, cumprindo as rotinas da atenção básica, e por consequência da agenda prevista de condicionalidades de saúde, mas a informação não é registrada no Sistema da saúde, pois a gestão não foi capaz de identificar beneficiários do Bolsa entre os usuários do Sistema Único de Saúde. Por isso, é importante o estabelecimento de uma rotina na saúde específica para identificação dos beneficiários, de maneira a não ocorrer um sub-registro do acompanhamento de saúde realizado .

O descumprimento de condicionalidades na área de saúde ocorre se, ao acompanhar-se a família, totalmente ou parcialmente, ocorrer de pelo menos um integrante perfil saúde, gestante ou criança, não cumprir as condicionalidades, de acordo com o que é proposto.

Apesar de estar prevista na Portaria n.º 2.509, de 2004 como condicionalidades de saúde, a informação sobre a participação das famílias em atividades educativas não é inserida no Sistema de Acompanhamento da Saúde, pela dificuldade em se traduzir essa ação em um indicador mensurável. Nesse sentido, caso a família não cumpra esse quesito, não haverá nenhuma repercussão sobre o benefício. Além disso, ainda não é obrigatório registrar o estado nutricional das crianças e gestantes para que uma família seja considerada como totalmente acompanhada. Basta o registro dos dados referentes à vacinação, ao acompanhamento de mulheres em idade fértil e das gestantes identificadas entre essas mulheres. Sendo assim, o fato de uma família não ser nutricionalmente avaliada não gera qualquer efeito relacionado ao descumprimento de condicionalidade.

Ao final de cada vigência de acompanhamento das condicionalidades de saúde, os resultados, na forma de indicadores, refletem várias situações relevantes sobre as famílias e a gestão de condicionalidades, por exemplo: situação de saúde e nutrição das famílias beneficiárias; como está organizada a gestão do Programa para realizar o acompanhamento; qual é a tendência de oferta dos serviços de saúde. Esses aspectos são

observados, por meio de indicadores, como: percentual de crianças com o calendário de vacinação em dia, e percentual de crianças com baixo peso e sobrepeso, percentual de gestantes com pré-natal em dia, percentual de famílias não acompanhadas por não serem localizadas, percentual de famílias não acompanhadas, entre outros.

Desde de que o Programa Bolsa Família foi criado pela Lei n.º 10.836, de 2004, houve a preocupação em se estabelecer um indicador sintético, com a pretensão de contemplar alguns aspectos essenciais do Programa, constando desse rol as condicionalidades. Esse indicador, denominado Índice de Gestão Descentralizada (IGD), de acordo com o artigo 8º, parágrafo 2 da Lei de criação do Programa Bolsa Família, deveria ter seus parâmetros regulamentados pelo Poder Executivo e ser utilizado no âmbito estadual, distrital e municipal. Para fins de monitoramento, os dois objetivos principais desse indicador previstos na norma supracitada são: inciso I - medir os resultados da gestão descentralizada, com base na atuação do gestor estadual, distrital ou municipal na execução dos procedimentos de cadastramento, na gestão de benefícios das famílias e de condicionalidades, na articulação intersetorial, na implementação das ações de desenvolvimento das famílias beneficiárias e no acompanhamento e execução de procedimentos de controle; e inciso II - incentivar a obtenção de resultados qualitativos na gestão estadual, distrital e municipal do Programa;

Segundo a Portaria n.º 148, de 27 de abril de 2006, o IGD é um índice que varia de 0 a 1 (0% a 100%) e é composto pela média aritmética dos indicadores do cadastro único e dos indicadores de acompanhamento das condicionalidades. Assim, o cálculo do índice é feito mensalmente, com base no resultado do acompanhamento da frequência escolar e do acompanhamento das ações de saúde, bem como do número de cadastros válidos e do número de cadastros atualizados. Cada um dos indicadores representa 0,25 (25%) do cálculo do IGD e, conseqüentemente, do cálculo do valor a ser repassado aos municípios. Para receber os recursos transferidos pelo IGD, o município tem que aderir ao Programa Bolsa Família, estar habilitado em algum nível de gestão da assistência social, ter IGD igual ou superior a 0,5 (50%) e taxas de educação e saúde iguais ou superiores a 0,20 (20%) (AGATTE, 2010).

Portanto, em relação ao IGD, há um peso considerável da variável *acompanhamento das condicionalidades* nesse indicador. De maneira bem simples, caso o município ou estado não alcance o percentual mínimo de 20% de acompanhamento das condicionalidades das famílias, tanto na área de saúde como na educação, inevitavelmente compromete o alcance do parâmetro estabelecido para o

recebimento de recursos orçamentários do IGD, mesmo que, em relação às outras variáveis que o compõem, consiga alcançar a meta estabelecida. Esse fator explica o porquê de a gestão municipal e estadual de saúde estar tão atenta ao indicador relacionado ao percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.

O Decreto n.º 5.209, de 2004, que regulamentou a Lei de criação do PBF, explicita, no artigo 11- C, inciso I, a intenção de que o recurso do IGD seja utilizado para fins de melhoria da gestão do programa, no que concerne ao monitoramento das condicionalidades, ao dispor que a utilização desse recurso está vinculada à gestão de condicionalidades, realizada de forma intersetorial, compreendendo as atividades necessárias para o registro, a sistematização **e a análise das informações relacionadas à frequência escolar, à agenda de saúde** e a outras ações que venham a ser fixadas como condicionalidades do Programa Bolsa Família; (Incluído pelo Decreto n.º 7.332, de 2010, **grifo nosso**).

Ainda no que se refere aos aspectos do Monitoramento das Condicionalidades de saúde, na Portaria n.º 2.509, de 2004, no artigo 3º, inciso VII, enfatiza-se o papel do Estado em relação ao monitoramento das condicionalidades. Art. 3º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde no Programa Bolsa Família: “VII - analisar os dados consolidados de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, gerados pelos municípios, visando constituir diagnóstico para subsidiar a política estadual de saúde e de segurança alimentar e nutricional”. Essa competência também é ressaltada para o nível federal, como pode ser observado pela descrição feita no Quadro 09, que trata das competências da União, dos Estados e Municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde estabelecidas pela Portaria n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004.

Contudo, nessa mesma normativa, não é ressaltado o papel do município no processo de análise dos indicadores resultantes desse processo. No âmbito municipal, por meio dessa Portaria, a preocupação foi descrever as ações necessárias para operacionalização das condicionalidades de saúde, conforme descrição do Quadro 09. No que se refere ao tratamento de dados, nessa Portaria menciona-se apenas, como papel do município, coordenar o processo de inserção, atualização e envio dos dados no sistema de informação do PBF. Mas o município, tanto quanto o estado e o nível federal, deve ter a rotina de olhar para os indicadores, conhecê-los e saber interpretá-los;

ter a cultura de observá-los de forma organizada, customizada às suas necessidades e obedecer a uma temporalidade de consulta desses dados. O objetivo principal do monitoramento realizado pelo município seria observar se os indicadores refletem, ou não, sua realidade, ou mesmo para pensar mudanças nessa realidade, ver se as ações estão sendo efetivas em cumprir os objetivos aos quais se propõem. Por esse motivo, é muito importante que o município tenha cultura de monitorar de forma analítica os dados e não apenas cumpra o processamento das informações que resultam da ação, ou seja, “alimentar” os sistemas relacionados.

CAPÍTULO 3: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E SISTEMAS DE MONITORAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

3.1 Concepções sobre o Monitoramento e Avaliação de Políticas Sociais

O monitoramento e a avaliação fornecem informações qualificadas e sistematizadas aos gestores em relação a políticas, programas, ações e serviços, e seus resultados subsidiam decisões de mudanças ou ajustes em um programa, de maneira que este seja efetivo no cumprimento dos seus objetivos (Vaitsman, 2009). Mas, para instrumentalizar os processos próprios do monitoramento e da avaliação, é necessária a definição de indicadores. Identificar o que pode ser caracterizado como indicador ou defini-lo não é uma tarefa trivial, principalmente quando se trata de monitorar e avaliar políticas públicas. Segundo Jannuzzi (2006):

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um conceito metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (JANNUZZI, 2006, p.15)

O processo de construção de um indicador social ou de um sistema de indicadores sociais, para uso no ciclo de políticas públicas, tem início com a definição da demanda de interesse programático e, a partir dessa demanda,

[...] busca-se, então, delinear as dimensões, os componentes ou as ações operacionais vinculadas. Para o acompanhamento dessas ações em termos da eficiência no uso dos recursos, da eficácia no cumprimento de metas e da efetividade dos seus desdobramentos sociais mais abrangentes e perenes, buscam-se dados administrativos (gerados no âmbito dos programas ou em outros cadastros oficiais) e estatísticas públicas (produzidas pelo IBGE e outras instituições), que, reorganizados na forma de taxas, proporções, índices ou mesmo em valores absolutos, transformam-se em indicadores sociais. (JANNUZZI, 2005, p. 138-139).

De acordo com Vaitsman (2009), no ciclo de Políticas Públicas e/ou programas, desde a definição do problema e das necessidades sociais, já é possível realizar avaliações *ex-ante* de demanda, e esse processo pode continuar nas outras fases: formulação, tomada de decisões, implementação, resultado e impactos, sendo que, em

algumas dessas fases, poderá ocorrer concomitantemente ao monitoramento e se valer dos resultados deste, pois o monitoramento envolve um acompanhamento sistemático contínuo e diário pelos gestores sobre o andamento dos programas ou políticas em relação aos seus objetivos e metas. Ainda segundo essa autora, o objetivo da avaliação é melhorar a qualidade dos aspectos envolvidos na implementação e nos resultados alcançados por políticas, programas, ações ou serviços, e fornecer subsídios para o planejamento, a programação e a tomada de decisões. Na fase de avaliação de resultados, no pensamento de Draibe, (2001):

[...] as pesquisas de avaliação respondem, contudo, também aos objetivos de verificação de eficácia, de eficiência e de *accountability* das ações. Com efeito, é legítimo, embora não tão frequentemente quanto se almejaria, que os responsáveis pelo programa – ou os seus beneficiários, ou os demais grupos de interesse a ele relacionados – perguntem-se acerca da pertinência do seu custo ou da eficácia de suas ações. (DRAIBE, 2001, p.18).

A natureza de investigação da avaliação e do monitoramento é diferente, pois, enquanto no primeiro caso utiliza-se o recurso de pesquisa social, no segundo o instrumento de pesquisa são as bases de dados e sistemas de monitoramento. Esse aspecto inicia o relato de algumas diferenças nos dois processos, apesar de ambos gerarem informações qualificadas e sistematizadas sobre programas, políticas, ações e serviços, de maneira a dar subsídios para gestores decidirem.

A depender da etapa em que se encontra o programa ou a ação, considerando o ciclo de formulação e avaliação de políticas públicas, será dado mais destaque a certos tipos de indicadores para realizar o monitoramento, em função de sua natureza e propriedade. Por exemplo, no caso do Programa Bolsa Família, que está em fase de execução consolidada com resultados de longo prazo, na visão de Jannuzzi (2005) é muito importante que seja realizado um monitoramento dos resultados de suas ações e avaliações de impacto, por meio de indicadores capazes de mensurar efetividade, eficiência e eficácia das ações.

Por meio dos resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde, é possível identificar vários indicadores relacionados ao atendimento prestado pela rede de atenção básica de saúde às famílias beneficiárias e aos processos de gestão das condicionalidades. O que torna possível a consolidação desses dados para posterior monitoramento são os sistemas que foram construídos para essa finalidade, a exemplo

do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (desde 2004/2005), o Sistema de Condicionalidades (Sicon), (consolidado em 2008, mas cujo início data de 2006) e, mais recentemente, o Painel de Indicadores de Condicionalidades (construído a partir de 2011).

A cobertura de acompanhamento das famílias pelas condicionalidades de saúde teve uma evolução substancial desde a implementação da ação. Mas, para além dessa evolução quantitativa, é necessário conhecer e trabalhar com os indicadores que apontam também para a qualidade de como esses serviços de saúde estão sendo prestados. No nível federal, dependendo dos resultados, esses indicadores podem subsidiar decisões de mudanças nas diretrizes estabelecidas pelas normas sobre o Programa; e nos níveis estadual e municipal, podem ser balizadores de decisões em matéria de políticas de saúde e nutrição.

Na visão de Draibe (2001), os indicadores de resultados de um dado programa medem o grau, a quantidade e mesmo os níveis de qualidade com que as metas programadas foram cumpridas. Indicadores dessa natureza comparam objetivos e metas com as realizações alcançadas pelas atividades-fim. Podem ser descritos alguns exemplos, tais como, índice de cobertura e nível de focalização do programa em relação ao público-alvo. Ainda segundo essa autora, os indicadores de impacto são mais difíceis de aferir, pois têm a pretensão de medir as mudanças pretendidas pelo programa, política ou ação, ou seja, de medir os resultados mais duradouros em relação aos objetivos propostos. Em outras palavras, esses indicadores têm de dar conta de mensurar os efeitos líquidos dos programas, sem nenhuma interferência externa, somente do programa, sobre a população para a qual a ação se direciona.

A gestão local deve realizar diagnósticos sociais, bem como atividades de monitoramento e avaliação, apesar da dificuldade da maioria dos municípios em realizar diagnósticos sociais e atividade de monitoramento em razão da precariedade de gestão e de assistência prestada, uma vez que

[...] a descentralização, dentro de um desenho institucional em que municípios e estados são entes federativos, implicou a transferência de poder decisório, competências e recursos para um conjunto de atividades, entre as quais a elaboração de diagnósticos sociais e o desenvolvimento de atividades de avaliação e monitoramento (VAITSMAN p.163, 2009).

Essa mesma autora categoriza os diferentes desafios que a gestão municipal deve enfrentar para o desenvolvimento de atividades de monitoramento e avaliação. O primeiro desafio diz respeito à diversidade da capacidade gerencial e tecnológica dos municípios, aspectos esses que dependem de recursos físicos, financeiros e humanos e que muitas vezes são limitadores no processo de realização do monitoramento e da avaliação. O segundo desafio refere-se à identificação de especificidades locais, pois, embora os sistemas locais de avaliação e monitoramento devam articular-se ao nacional, os municípios têm necessidades e demandas específicas. Considerando esse aspecto, as gerências locais devem identificar que informação necessita ser gerada e monitorada para fazer frente a problemas específicos em seu município ou território. Em relação a esse desafio, a autora ressalta que, além dos indicadores do sistema de monitoramento de abrangência nacional, pode haver necessidade em se definir indicadores locais que expressem condições não contempladas pelos indicadores gerais, mas que devem ser acompanhadas, como as relativas aos grupos vulneráveis, aos tipos de vulnerabilidades existentes e à prestação de serviços locais. Nessa esteira, os indicadores de vulnerabilidade específicos de cada território constituem a base para diagnósticos sociais e o planejamento de ações pelos gerentes locais.

Os dois últimos desafios apontados dizem respeito à articulação/integração de informação entre os níveis local e central e à adesão dos profissionais às atividades de avaliação e monitoramento. Em relação ao penúltimo desafio apresentado, a autora afirma que a operação local de um sistema de monitoramento está vinculada à existência de sistemas de informação e, para que a informação produzida em nível central chegue ao município e seja efetivamente utilizada pelos gerentes, é preciso tornar as ferramentas, e os sistemas, instrumentos que efetivamente serão utilizados pelos gestores. Para isso, elas devem ser assimiláveis, não redundantes, tornando-se solução, e não problema, para os gerentes. Em relação ao último desafio, a autora argumenta que a adesão dos profissionais envolvidos nas várias etapas dessa atividade de monitoramento e avaliação pressupõe que eles conheçam os objetivos das atividades em que estão envolvidos e acreditem em sua relevância. Nesse sentido, argumenta:

[...] um desafio cultural é fazer com que a avaliação e monitoramento passem a ser vistos como instrumentos de interesse para a organização e necessários para melhorar o processo de trabalho e o desempenho dos programas. O comprometimento dos profissionais existe não apenas em função das normas ou de valores pessoais, mas do conhecimento que eles têm sobre os objetivos de suas atividades (VAITSMAN, p.167, 2009).

3.2 Monitoramento gerencial ou analítico, e no contexto do Programa Bolsa Família

Segundo Jannuzzi (2011), em muitos contextos da Administração Pública Brasileira, prevalece a cultura gerencial ou o monitoramento para fins gerenciais, voltado ao acompanhamento de metas e prazos de ações. Contudo, para além do conjunto de informações decisórias, também é importante investir tempo e recursos para inserir nas rotinas de técnicos e gestores de programas os procedimentos de “Monitoramento Analítico”.

Ainda de acordo com esse autor, o monitoramento analítico envolve o exercício sistemático de análise de séries temporais de indicadores, seja de processo seja de resultado e, se possível, de impacto dos programas em seus públicos-alvo, tipificados segundo diferentes contextos socioeconômicos de vivência – como municípios ou regiões mais pobres ou mais desenvolvidas, com menor ou maior oferta de infraestrutura de serviços públicos, por exemplo, ou segundo arquétipos das estruturas organizacionais relacionados à execução dos programas – como municípios ou regiões comagentes com menor ou maior capacidade de gestão operacional do programa, ou menor ou maior integração, articulação entre programas sociais, por exemplo.

Jannuzzi (2011) também ressalta que, para o monitoramento com fins gerenciais, e especialmente para o analítico, é importante a construção de um sistema que requer a organização dos dados/informações gerados no âmbito dos cadastros e ou registros administrativos dos programas, ações ou serviços prestados por alguma política. Esses indicadores podem estar dispostos em vários formatos – painéis de indicadores ou em outros sistemas informatizados – e necessariamente devem ser alimentados com qualidade e cotidianamente. Para que sejam efetivamente utilizados pela gestão, deverão ser customizados e adaptados às rotinas de trabalho dos gestores que irão consultar e analisar esses indicadores.

Uma vez descrita essa diferenciação entre monitoramento gerencial, que é o que mais prevalece nas organizações administrativas para monitorar os programas sociais, e analítico, é importante observar se o monitoramento das condicionalidades de saúde tem caráter mais gerencial, ou seja, se é pautado mais pelo cumprimento de metas (alcance de percentuais de cobertura de acompanhamento das famílias, por exemplo) e prazos, ou se observa outros aspectos tão ou mais importantes, como: indicadores relacionados à saúde e nutrição da população e comparação dos resultados entre os municípios; indicadores que demonstrem estar havendo equidade e qualidade nos serviços de saúde

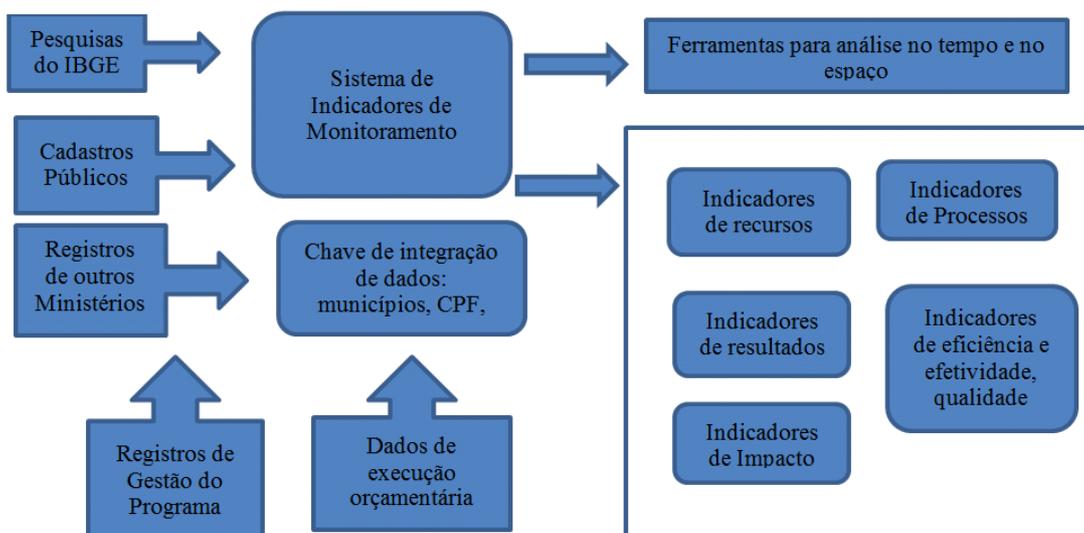
prestados à população, considerando as diferentes realidades locais; indicadores que apontem se há ou não articulação entre as áreas setoriais envolvidas na ação das condicionalidades –saúde, educação e assistência social – de maneira a atender integralmente as famílias; e indicadores que permitam observar se há boa ou má qualidade da gestão e/ou fidedignidade dos dados relacionados aos resultados do acompanhamento das condicionalidades, novamente, em ambas as situações, comparando-se a realidade de diferentes municípios.

Ressalta-se que, de modo geral, segundo afirmação de Jannuzzi (2006), os indicadores sociais são uma medida quantitativa. Mas nada impede que a gestão utilize outros recursos para realizar o monitoramento, tão eficientes quanto se pautar apenas por dados numéricos. Na verdade, muitas vezes essas outras medidas servem para comprovar a validade da informação obtida pelo indicador. Um exemplo de monitoramento por outros meios, para além do uso de indicadores, é o realizado mediante visita técnica, que tem a finalidade de observar e entender melhor eventos e circunstâncias que, muitas vezes, somente os dados numéricos não explicam.

De acordo com Vaz (2009), a construção de um sistema de monitoramento depende de um conjunto de escolhas que definirão suas características. Essas escolhas estão relacionadas: ao objeto a ser monitorado (indicadores de resultados, processos, etc.); às unidades de monitoramento que descrevem o responsável pela ação (unidades organizacionais e o que é feito (programas)); o escopo de monitoramento, ou seja, se gerencial ou analítico; a periodicidade de coleta das informações e onde estas informações estarão disponíveis; a definição das responsabilidades que envolvem os tipos de órgãos, e profissionais que devem participar da coleta, do tratamento e da disseminação da informação; o nível de centralização e de acesso à informação, ou seja, se restrito, seletivo ou aberto ao público; e, por fim, a sétima escolha diz respeito à articulação do sistema de monitoramento às rotinas de tomada de decisão, que envolve estruturas de governança das políticas públicas, das organizações envolvidas ou de territórios específicos, que exige conhecimento dos atores-chave e compreensão dos processos decisórios e dos mecanismos de responsabilização.

Jannuzzi (2011) descreve que um bom sistema de indicadores de monitoramento não é necessariamente composto de grande quantidade de informação, mas deve ser constituído por diferentes fontes e deve estar organizado de forma sintética, de maneira a proporcionar um monitoramento analítico pelos gestores, conforme descrito na Figura 03.

Figura 03: Integração de informações de diferentes fontes na estruturação de um sistema de indicadores de monitoramento



Fonte: Esquema descrito em Jannuzzi (2011).

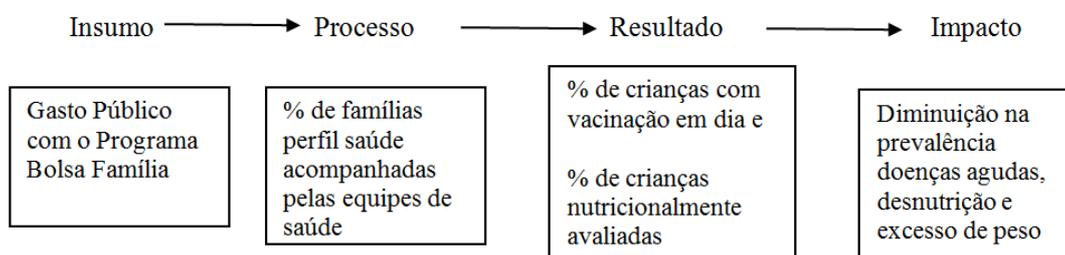
Para o autor, o sistema de monitoramento deve oferecer indicadores não só da execução dos gastos, mas da produção, da eficiência e da qualidade dos serviços, do consumo e usufruto por parte do público-alvo e, se possível, antecipar dimensões impactadas pelos programas. Em outras palavras, prover indicadores de insumo, processo, resultado e possíveis impactos do programa. Ainda segundo o autor, os indicadores de monitoramento devem ser específicos e sensíveis às ações programadas, a fim de que possam servir para averiguar se o programa está sendo implantado conforme planejado ou para permitir as correções no seu percurso. Além disso, os painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento devem estar interligados aos sistemas informatizados de gestão do programa, no qual são registrados: atendimentos prestados, informações dos agentes que o operam, características dos beneficiários e processos intermediários, que produzirão os efeitos idealizados pelo programa.

Considerando esses diferentes aspectos requeridos por um sistema de monitoramento de indicadores, é importante destacar que os sistemas relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde possuem muitas dessas características, pois, ao mesmo tempo em que permitem o registro dos resultados do acompanhamento previsto na agenda de condicionalidades de saúde (calendário de vacinação em dia ou não, dados de peso e altura para avaliação nutricional, dados sobre cumprimento do pré-natal entre outros), trazem várias informações sobre as famílias beneficiárias. Entre as várias informações sobre as famílias beneficiárias do PBF

disponibilizadas no Sistema de Condicionalidades (Sicon), podem ser citados os seguintes exemplos: perfil da composição familiar; nível de renda; valor do benefício do PBF recebido, considerando o perfil de renda da família; endereço das famílias; dados sobre o acompanhamento das condicionalidades, por integrante da família, relacionados às áreas de educação e saúde; situações de descumprimento de condicionalidades, cujos resultados podem ensejar situações de vulnerabilidade social que as famílias estejam enfrentando; acompanhamento familiar realizado pela área de assistência social, quando for o caso, entre outras informações. O Sicon permite a visualização de todos esses dados, pois carrega a base de dados do Cadastro Único.

Os sistemas de monitoramentos relacionados às condicionalidades de saúde, assim como preconiza Jannuzzi (2011), contêm indicadores de insumo, processo, resultado e possíveis impactos, específicos e sensíveis às ações programadas do PBF, como pode ser observado na Figura 04:

Figura 04: Diferentes tipos de indicadores a serem observados no monitoramento das condicionalidades de saúde



Fonte: Elaboração própria com base no esquema descrito por de Jannuzzi (2005, p.139)

Quanto à outra característica proposta por Jannuzzi sobre o sistema de monitoramento, como o fato de ele relacionar-se com outros sistemas informatizados, o Sicon tem essa característica. Esse sistema tem interface com outros sistemas informatizados relacionados não só ao acompanhamento das condicionalidades, mas também à gestão do PBF, como: Sistema de Gestão do PBF na Saúde, que é o sistema de acompanhamento das condicionalidades de saúde; Sistema Presença do MEC, que é o sistema no qual são inseridas as informações da frequência escolar das crianças, adolescentes e jovens até 17 anos beneficiárias do PBF; e Cadastro Único, que permite, pelo Número de Identificação Social (NIS), visualizar várias informações sobre as famílias, como foi citado (nível de renda, composição familiar, endereço, etc.). No

esquema apresentado na Figura 03, o NIS serviria como uma chave de integração de dados entre esses sistemas.

Os resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação, constantes nos respectivos sistemas, são consolidados pelos estados, considerando seus municípios, e encaminhados, no prazo estabelecido, ao MS e ao MEC. Esses órgãos enviam os dados para o MDS, que os carrega no Sicon – Sistema de Condicionalidades. Portanto, o Sicon constitui importante ferramenta de monitoramento e de gestão de condicionalidades criada pelo DECON e serve de apoio à gestão intersetorial do PBF. Por meio da interoperabilidade entre os sistemas das respectivas áreas, o Sicon possibilita o conhecimento de aspectos relacionados ao acesso das famílias beneficiárias do PBF aos serviços oferecidos pelas políticas de saúde e educação e oportuniza algumas análises sobre como está esse processo.

Para complementar as ações de monitoramento das condicionalidades, em 2011 o Decon criou o Painel de Indicadores, com a finalidade de organizar, em uma perspectiva histórica, as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades nas áreas de saúde e educação e outras informações sobre as famílias na forma de indicadores. Nesse painel, especificamente em relação à saúde, foram reunidos os indicadores já estabelecidos por esta área e criados outros, relacionados ao ciclo de gestão das condicionalidades. Estes dados no Painel estão desagregados em nível estadual e municipal. Os relacionados diretamente à saúde estão distribuídos basicamente em três categorias: gestão da saúde, acesso aos serviços e vulnerabilidades sociais. Considerando essas categorias, no Painel de Indicadores de Condicionalidades há indicadores que refletem diferentes situações de saúde de crianças e gestantes, situações de vulnerabilidades e risco social enfrentadas pelas crianças e adolescentes que os impedem de frequentar a escola e de acessar os serviços de saúde, além de indicadores resultantes do acompanhamento de condicionalidades, relacionados a problemas na oferta e no acesso aos serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Portanto, não só o sistema da saúde, como também o Sicon e o Painel de Indicadores têm o potencial de, por meio do monitoramento dos dados que contemplam, subsidiar a gestão nos níveis federal, estadual e municipal, na tomada de decisões relacionadas a planejamento, execução ou reformulação de ações relacionadas à operacionalização das condicionalidades de saúde. Além disso, são instrumentos de diagnóstico de várias situações de saúde, nutrição e vulnerabilidades sociais enfrentadas

pelas famílias, que dificultam ou impedem o acesso delas às políticas das diferentes áreas sociais.

CAPÍTULO 4: ESTUDO DE CASOS – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SITUAÇÕES DE ALTA COBERTURA DE CONDICIONALIDADES, EM DOIS NÍVEIS DE GESTÃO

4.1 O Percurso da Pesquisa

Como mencionado, foram selecionados casos em dois diferentes níveis de gestão: estadual e municipal. O Estado de Goiás tem apresentado boa cobertura histórica de acompanhamento das condicionalidades de saúde; é formado por 246 municípios, dos quais foram selecionados dois: Nova Veneza, pelo bom desempenho na cobertura de acompanhamento em uma série histórica de três anos (1º semestre de 2009 ao 1º semestre de 2012), e Aparecida de Goiânia, não só por apresentar, historicamente, bons resultados de cobertura de acompanhamento, mas por ser um município, segundo relato da Coordenação Estadual, que se destaca em relação aos processos de gestão adotados para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde.

O ano de 2009 foi eleito como marco inicial de análise dos indicadores de cobertura para seleção dos municípios que participaram da pesquisa, pois, a partir dessa data, houve algumas mudanças institucionais sobre a concepção e as perspectivas das condicionalidades do PBF, mencionadas neste trabalho. Outro motivo para a escolha desse marco foi que, a partir do ano de 2009, houve melhor estruturação da gestão de condicionalidades com base na Portaria GM/MDS n.º 321, de 29 de setembro de 2008, além da maior consolidação do Sistema de Condicionalidades (Sicon), ferramenta utilizada para a gestão de condicionalidades.

Em cada um dos dois municípios da pesquisa e no Estado, foram selecionados dois atores para entrevista: o chamado coordenador do Programa Bolsa Família na saúde que, conforme a legislação correlata – Portaria n.º 2.509, de 2004 –, é o responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde; e o coordenador/gestor do Programa Bolsa Família, o qual, segundo a Portaria n.º 321, de 2008, também deve monitorar os indicadores de condicionalidades das áreas de saúde e educação. Portanto seriam entrevistados seis atores relacionados à gestão do PBF, e às condicionalidades de saúde, mas, em Nova Veneza, o representante da gestão do PBF acumulava a função de representante da coordenação do PBF na saúde, então foram entrevistados cinco atores.

Com exceção de uma profissional, os demais atores entrevistados, responsáveis pela Coordenação do PBF na saúde, eram nutricionistas (a exceção foi no município de

Nova Veneza, no qual o profissional responsável pela gestão do PBF e pela coordenação das condicionalidades de saúde era assistente social). Na gestão do Programa Bolsa Família, tanto no nível estadual quanto municipal, todos os representantes eram assistentes sociais. Isso se explica em razão de, na maioria das vezes, a gestão do PBF está na área de assistência social. O Quadro 12 descreve o perfil e a quantidade de atores entrevistados envolvidos na gestão do PBF e das condicionalidades de saúde.

Quadro 12: Perfil dos atores entrevistados, nos dois níveis de atuação, envolvidos na gestão do PBF e das condicionalidades de saúde

<u>Nível Estadual</u>	Áreas de Formação
Representante da Coordenação Estadual do PBF e Representante da Coordenação Estadual na área de saúde	Nutricionistas e Assistentes sociais
<u>Nível municipal – Aparecida de Goiânia</u>	
Representante da Gestão municipal do PBF e Representante da Coordenação municipal na área de saúde	
<u>Nível municipal – Nova Veneza</u>	
Representante da Gestão municipal do PBF que também exerce a função de Representante da Coordenação municipal na área de saúde	

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados das entrevistas com os atores selecionados para a pesquisa.

Os atores selecionados nos dois níveis de atuação deveriam estar na gestão há pelo menos um ano para participar da entrevista, pois esse foi considerado o prazo mínimo para que eles tivessem se apropriado das tarefas que a envolvem. Caso estivessem há menos de um ano no cargo, não seriam entrevistados e seria convocado para a entrevista quem ocupou o cargo anteriormente.

A aproximação dos entrevistados para a realização da pesquisa primeiramente foi feita por contato telefônico, a fim de explicar a finalidade do trabalho e para combinar uma data possível para as entrevistas, condicionada à disponibilidade dos gestores/coordenadores do PBF e da Saúde. O fato de ser uma pesquisa relacionada diretamente à atuação desses profissionais despertou neles curiosidade e interesse em participar. Portanto, não houve dificuldade no que diz respeito à adesão à pesquisa, mas

tão somente em conseguir conciliar a disponibilidade de agenda dos diferentes participantes, o que resultou na necessidade de deslocamento ao Estado de Goiás por três vezes. Alguns dos entrevistados eram mestres, estavam fazendo mestrado ou de alguma forma já haviam se envolvido em pesquisa e esse aspecto foi um ponto positivo e facilitador para a coleta das informações, pela consciência que tinham sobre a importância em dar respostas fidedignas, considerando a realidade vivenciada. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados em uma sala reservada, disponibilizada por eles. Em média, a duração de cada entrevista foi de 2 horas.

Ao observar os vários aspectos relacionados à gestão das condicionalidades estabelecidos na Portaria n.º 321, de 29 de setembro de 2008, que trata desse assunto, foi elaborada uma primeira versão de protocolo para a entrevista semi-estruturada, organizado em quatro blocos:

- I) Dados Gerais sobre a gestão;
- II) Percepção sobre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família;
- III) Sistemas, base de dados ou indicadores utilizados no nível estadual/municipal para realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde;
- IV) Fatores que facilitam ou dificultam a utilização de informações para o monitoramento das condicionalidades de saúde.

De maneira a aprimorar certos aspectos do protocolo e de sua aplicação, como clareza, complexidade, pertinência, abrangência, encadeamento, constrangimento ao informante, etc., foi realizado um Estudo de Caso Piloto, como recomenda Yin (2010). Esse estudo foi desenvolvido no mês de outubro de 2012, no município de Goiânia, o qual também apresenta boa cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no período mencionado (2009 a 2012).

As entrevistas dos estudos de caso foram conduzidas de maneira a dar maior liberdade possível à fala do entrevistado, e a versão final do protocolo semi-estruturado previu o registro complementar de percepções, experiências de gestão e vivências dos atores envolvidos na gestão do PBF e no acompanhamento das condicionalidades de saúde.

A partir das informações obtidas por meio das entrevistas aplicadas aos coordenadores e gestores estaduais e municipais selecionados, foi realizada a análise de

seu conteúdo, relacionando-o com aspectos descritos na literatura e com as normas do Programa Bolsa Família, especialmente as que tratam das condicionalidades. Como subsídio às análises das entrevistas, também foram descritos e analisados alguns dados secundários, provenientes do acompanhamento das condicionalidades de saúde do estado de Goiás e dos dois municípios selecionados, no período de 2009 a 2012, tendo por base a série histórica do Painel de Indicadores de Condicionalidades.

Este estudo cumpriu as exigências previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 1996, no que concerne à análise de dados de fonte primária, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ sob o número (CAAE n.º 07987912.7.0000.5240).

No momento do primeiro contato realizado para o agendamento da entrevista, eram feitos todos os esclarecimentos possíveis sobre o objetivo da pesquisa, observando-se que o principal interesse era conhecer a experiência do entrevistado na gestão das condicionalidades de saúde e do PBF. Os depoimentos foram gravados com a autorização dos entrevistados, que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, modelos constantes dos Anexos 2 e 3, elaborado conforme os preceitos da ética na pesquisa social. Os entrevistados foram referidos nos resultados do trabalho de maneira genérica para evitar qualquer identificação.

4.2 Caracterização do Estado de Goiás e municípios selecionados

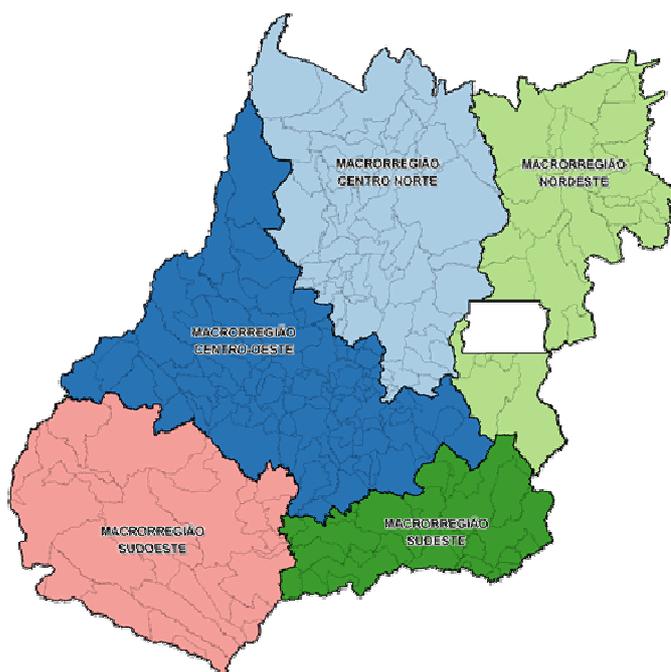
De acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, sendo exercida no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. No Estado de Goiás, várias unidades administrativas constituem a estrutura básica e complementar da Secretaria de Saúde do Estado, tais como: o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite, a Gerência das Regionais de Saúde e os Núcleos de Apoio ao Controle de Endemias, além das Superintendências e Gerências a elas subordinadas.²⁶ Na Superintendência de Vigilância em Saúde, entre as várias gerências que a constituem, está a de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não

²⁶ Pelo Regulamento da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, as Superintendências que a compõem são: Gestão, Planejamento e Finanças; Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde; Executiva; Vigilância em Saúde; Controle e Avaliação Técnica em Saúde; Educação em Saúde e Trabalho para o SUS e Política de Atenção Integral à Saúde.

Transmissíveis. Uma das coordenações dessa gerência é a de Vigilância Nutricional e, sob a sua competência, estão vários programas e ações que atualmente fazem parte da agenda da Política de Alimentação e Nutrição no país, entre elas: as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e de Vitamina A, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (junção entre a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável e a Rede Amamenta Brasil), a Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), o Plano Estadual Intersetorial para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em Goiás (2013-2022) e as ações de Promoção da Alimentação Saudável, Segurança alimentar e Nutricional e Educação Alimentar e Nutricional.

A Gerência de Vigilância Nutricional coordena, executa e estimula ações de alimentação e nutrição, no âmbito do SUS, em todas as regionais de saúde e, por consequência, nos respectivos municípios que as compõem em todo o Estado de Goiás e, nesse rol, estão as condicionalidades de saúde do PBF. O Estado de Goiás está dividido em cinco macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste. Essas macrorregiões estão subdivididas em 16 microrregiões. Cada uma delas possui um município-sede de Regional de Saúde, representando a Secretaria de Saúde do Estado, ou seja, é uma forma de os municípios terem mais próximo de si o governo estadual na área da Saúde.

Figura 05: Divisão do Estado de Goiás por macrorregiões



Fonte: Site da Secretaria do Estado de Goiás: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=3982>>. Acesso em: 8 jun.2013.

Os municípios de Aparecida de Goiânia e Nova Veneza pertencem à macrorregião Centro-Oeste, que se subdivide em cinco microrregiões: Central, Centro-Sul, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II. Cada microrregião abarca um conjunto de municípios, e um deles é eleito como sede da Regional de Saúde. Nova Veneza e Aparecida de Goiânia pertencem à Regional de saúde responsável pela área Central e Centro-Sul, com sede em Goiânia.

Sob a gerência das regionais de saúde, no âmbito municipal, estão as Unidades Básicas de Saúde e, vinculadas a elas, as equipes da Estratégia Saúde da Família. Em Goiás, e nos demais estados e respectivos municípios, o acompanhamento da agenda de saúde das famílias beneficiárias do PBF ocorre basicamente por dois modelos de atendimento: ou as famílias se dirigem às Unidades Básicas de Saúde para serem acompanhadas pelos profissionais de saúde, ou o acompanhamento ocorre na própria residência da família, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com dados do IBGE, a área territorial de Goiás é de 340.111,783 km², correspondente a 21% da área do Centro-Oeste. Esse estado é formado por 246 municípios e, em número de habitantes, o valor também é significativo comparado à região Centro-Oeste – 6.003.788 habitantes, segundo o Censo demográfico de 2010, equivalente a mais de 40% da população dessa região.

Ao observar o perfil da população no estado (Quadro 13), nota-se que prevalece a população jovem e adulta (idade entre 15 e 59 anos), perfazendo 66,6% da população, aspecto que não foge da tendência do perfil demográfico brasileiro. Crianças e adolescentes de até 14 anos perfazem 24,1% da população do estado, e é importante ressaltar esse dado no presente estudo, pois esse público corresponde a uma faixa etária que merece atenção especial no acompanhamento pelas políticas de saúde e educação.

Quadro 13: Perfil da população do Estado de Goiás de acordo com o Censo Demográfico de 2010

População residente – total	6.003.788 Pessoas
População residente - total - grupos de idade - de 0 a 5 anos de idade	8,9 %
População residente - total - grupos de idade - de 6 a 14 anos de idade	15,2 %
População residente - total - grupos de idade - de 15 a 24 anos de idade	18,1 %
População residente - total - grupos de idade - de 25 a 39 anos de idade	26 %
População residente - total - grupos de idade - de 40 a 59 anos de idade	22,5 %
População residente - total - grupos de idade - de 60 anos de idade ou mais	9,4 %

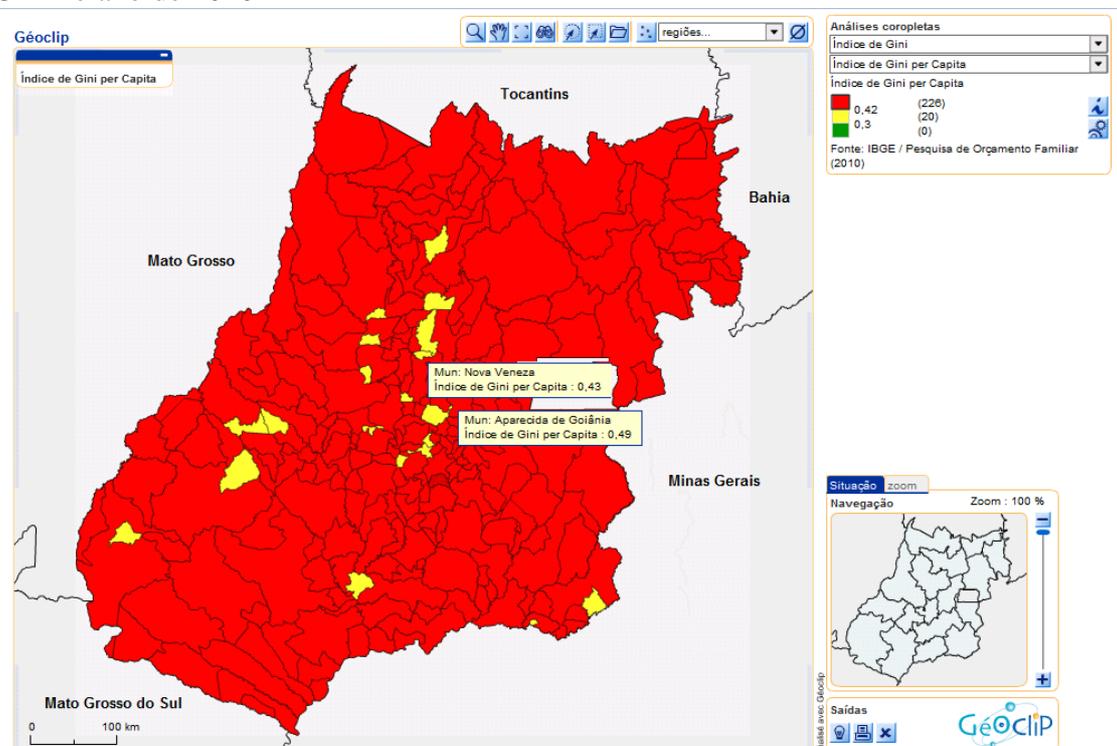
Fonte: Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010.

Dados sobre indicadores sociais do Censo 2010 revelam que, no estado de Goiás, é alto o percentual de pessoas com mais de 15 anos de idade que não sabem ler e escrever, correspondendo a 8% da população total. Esse é um indicador que evidencia a necessidade premente de que o estado tem de avançar em ações na área de educação. De acordo com os dados do relatório gerado pelo Sicon, o público beneficiário do Bolsa com perfil para acompanhamento pela educação em Goiás– idade entre 6 a 15 anos –, previsto no período de acompanhamento de condicionalidades de outubro e novembro de 2012, foi igual a 413.601 pessoas, o equivalente a 6,88% da população do estado de Goiás. Comparando esse percentual de crianças e adolescentes beneficiários do PBF, com perfil para acompanhamento pela educação, com o percentual de crianças e jovens de todo Estado de Goiás com idade entre 6 e 14 anos (15,2%), observa-se que praticamente metade deles corresponde aos beneficiários do PBF. Esse aspecto reforça o compromisso das condicionalidades em melhorar os indicadores de educação do estado.

Um indicador importante para mensurar desigualdade é o índice de Gini. A medida assume valor mínimo de 0 (zero), situação de igualdade perfeita da distribuição

de rendimentos em um sociedade, e valor máximo de 1(um), situação de extrema desigualdade. De acordo com Jannuzzi (2006, p.97), em situações empíricas concretas, dificilmente o índice atinge valores extremos, e cifras de 0,5 – como as atingidas pelo Brasil – já são tidas como representativas de um grau de extrema perversidade distributiva. De acordo com os dados do Estado de Goiás, esse indicador é alarmante, pois, em 226 municípios, esse índice *per capita* é igual ou maior que 0,4 (Figura 06). Aparecida de Goiânia e Nova Veneza fazem parte desse conjunto de municípios, cujos valores para esse índice são iguais, respectivamente, a 0,49 e 0,43.

Figura 06: Mapa de distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação ao Índice de Gini no ano de 2010



Fonte: Dados da POF/IBGE organizados em mapa pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Disponível em: < http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm >. Acesso em: 8 jun. 2013.

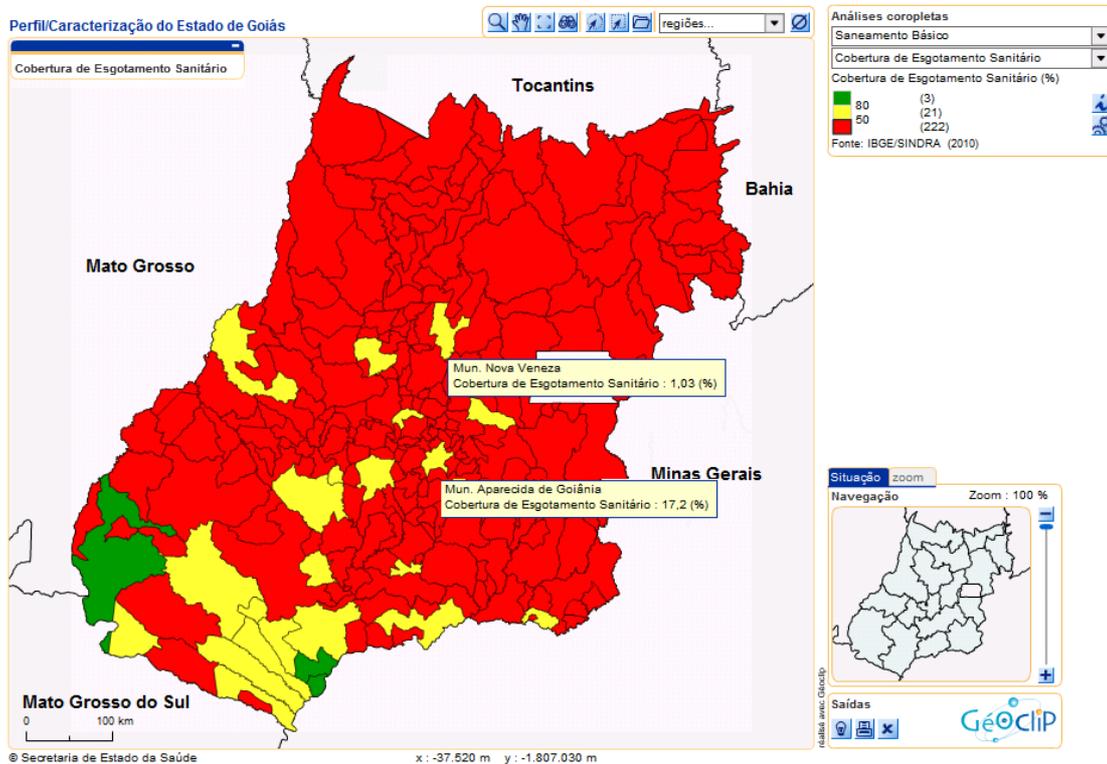
Esse quadro de grande desigualdade pressupõe a existência de percentual considerável da população do Estado e dos respectivos municípios da pesquisa que recebe benefícios relacionados ao PBF. Por isso, é interessante observar o número de famílias beneficiárias PBF no estado de Goiás e municípios da pesquisa, comparado ao total da população residente. De acordo com dados da Secretaria de Avaliação e Gestão da informação do MDS, 338.271 famílias são beneficiárias do Programa no Estado de Goiás em 2013, que correspondem a 1.199.523 pessoas. Ao comparar esses dados com o total de população residente do estado (pessoas), de acordo com o Censo Demográfico

de 2010, em torno de 19,97% são beneficiárias do PBF. Em Aparecida de Goiânia, os indicadores também são elevados, pois o número de famílias beneficiárias do PBF em 2013 é igual a 20.133, o que corresponde a 76.245 pessoas. Comparando esse dado com o total da população residente desse município, segundo o Censo de 2010, 455.657 pessoas, 16,73%, são beneficiárias do PBF. Em relação à Nova Veneza, tendo por base as mesmas fontes de dados, há 654 famílias do Programa Bolsa Família ou 2.593 pessoas beneficiárias, o que corresponde a 31,89% da população residente do município.

Dentro do universo de famílias beneficiárias do PBF no estado de Goiás em 2013 (338.271 famílias), há aquelas com perfil para acompanhamento pelas condicionalidades de saúde (famílias com mulheres em idade fértil e/ou crianças de 0 a 7 anos de idade). De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo relatório do Sistema de Gestão do PBF na saúde, o número de famílias em Goiás a serem acompanhadas pelas condicionalidades de saúde na 1ª vigência de 2013 foi igual a 298.315. Como referido, são famílias cuja composição contempla mulheres em idade fértil, para identificação de gravidez, e/ou crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e do calendário de vacinação. Observando os dados de forma mais desagregada, o número de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do PBF perfil saúde a serem acompanhadas é igual a 189.129.

Outros indicadores que denotam situações de desigualdade são o acesso a esgotamento sanitário e o acesso à água potável. Em relação ao primeiro indicador, observa-se que, na maioria dos Municípios do Estado de Goiás (222), a cobertura de esgotamento sanitário está igual ou abaixo de 50% (Figura 07). Esse indicador é alarmante se observados os municípios de Nova Veneza e Aparecida de Goiânia, cujos percentuais de cobertura são iguais a 1,03% e 17,2% respectivamente.

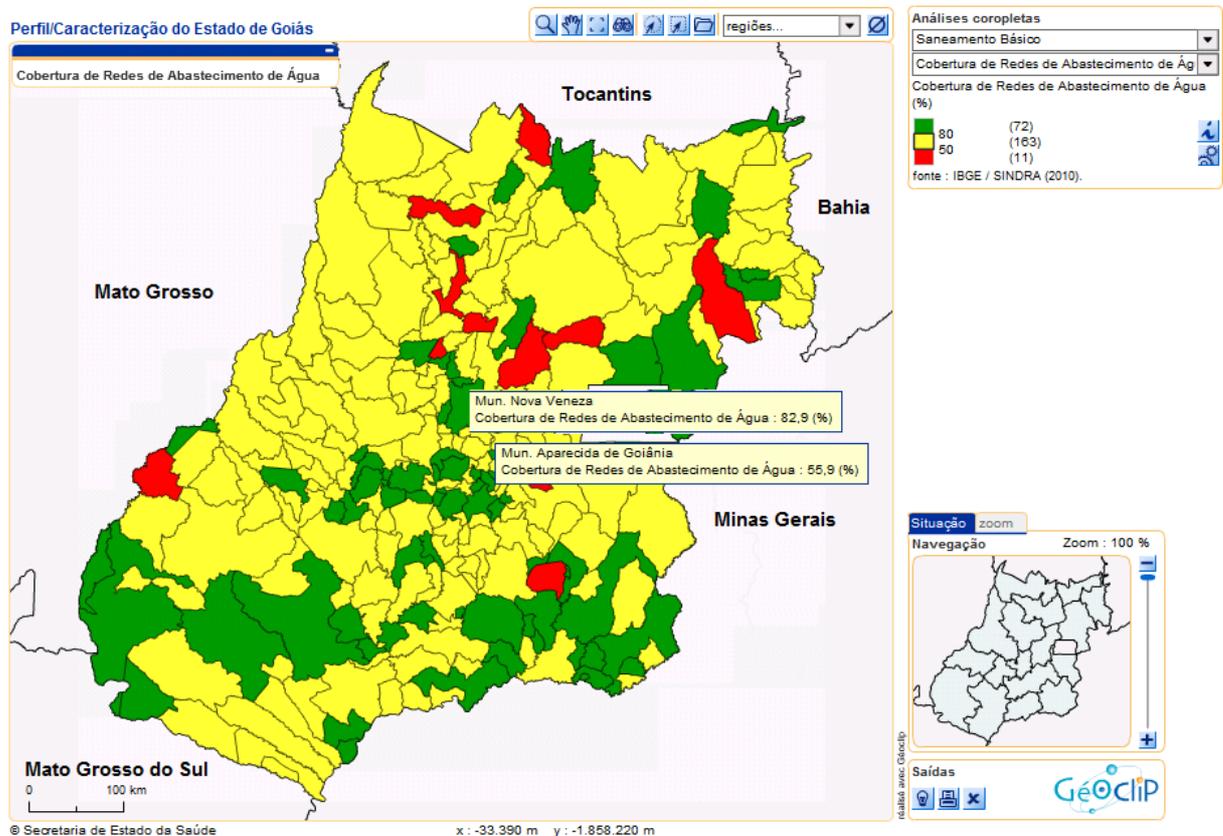
Figura 07: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à cobertura de Esgotamento Sanitário no ano de 2010



Fonte: Dados do IBGE/Sindra (2010) organizados em mapa pela SES de Goiás. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_sau de.htm>. Acesso em: 8 jun. 2013.

Na Figura 08, está descrito o indicador de abastecimento de água. Em grande parte do estado (163 municípios), a cobertura de abastecimento de água está abaixo de 80%. Em Aparecida de Goiânia, por exemplo, a cobertura é baixa, 55,9%.

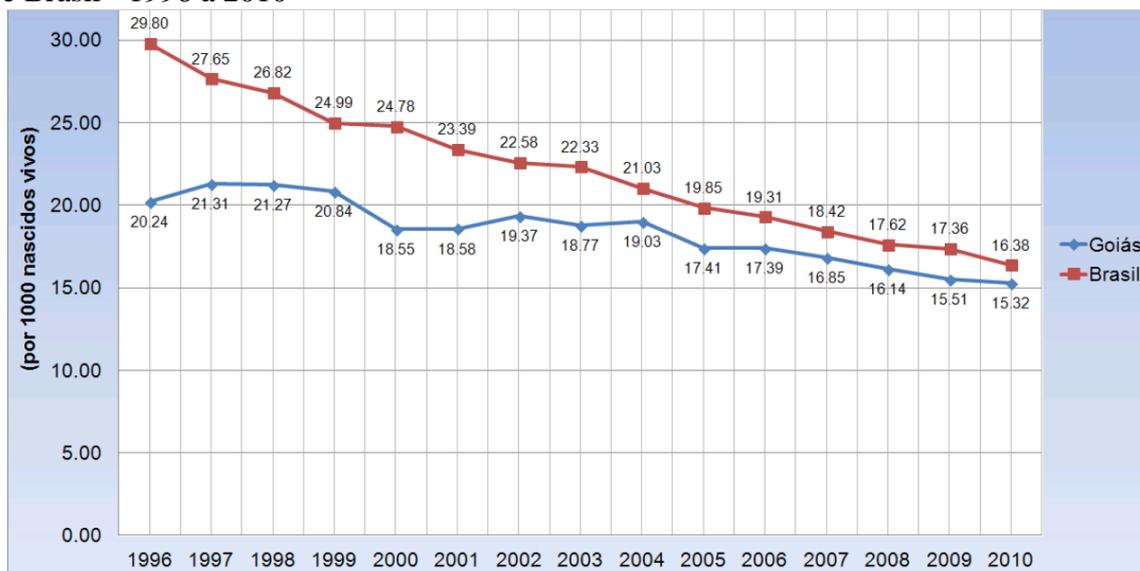
Figura 08: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à cobertura de abastecimento de água no ano de 2010



Fonte: Dados do IBGE/Sidra (2010) organizados em mapa pela SES de Goiás. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm>. Acesso em: 8 jun. 2013.

Apesar de os dados sobre fatores socioambientais mostrarem quadros significativos de desigualdade e vulnerabilidade social, alguns números relacionados à saúde têm destaque no Estado. Primeiramente, em relação à mortalidade em menores de 5 anos, o estado apresenta índice um pouco inferior à média nacional, (15,32% e 16,38% respectivamente) (Gráfico 1), além de ter apresentado queda considerável nos últimos dez anos, como tem sido a tendência do resto do país.

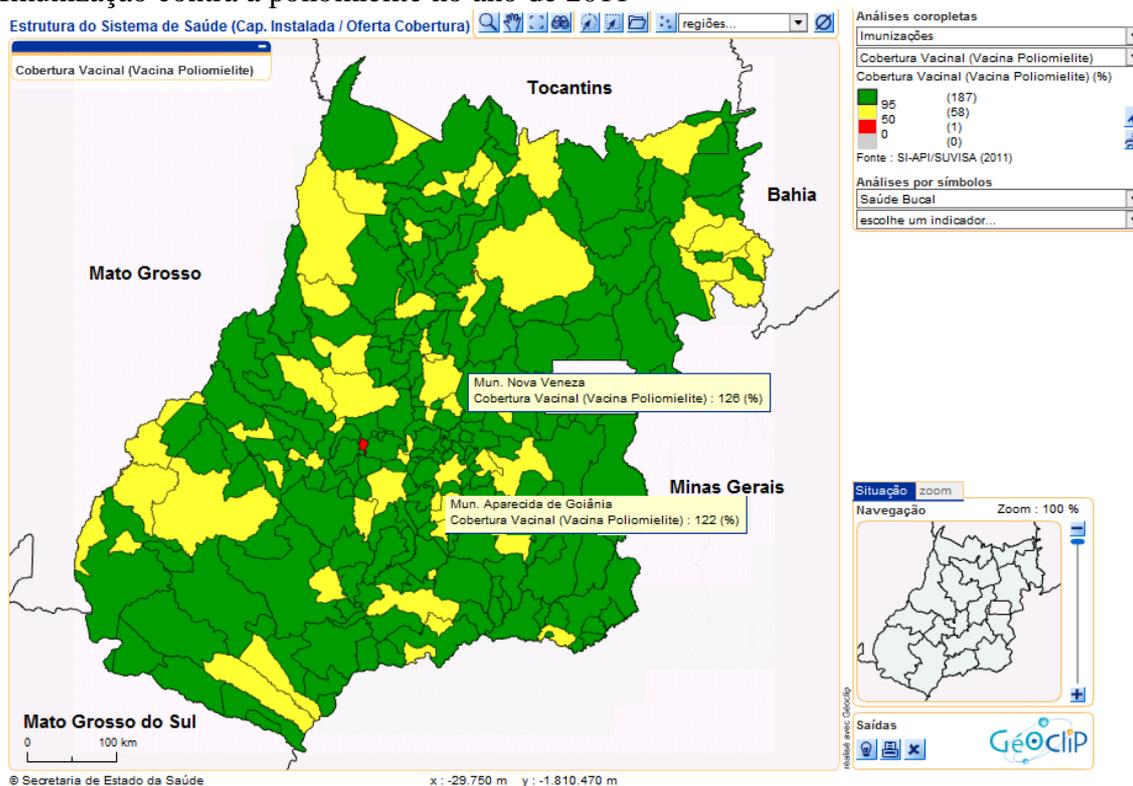
Gráfico 01: Evolução da Taxa de mortalidade em menores de 5 anos no Estado de Goiás e Brasil - 1996 a 2010



Fonte: Dados da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

Observando esse mesmo indicador por meio da Figura 09, nota-se que os índices de mortalidade para menores de 5 anos em 79 municípios do estado de Goiás estão acima de 20 por mil nascidos vivos. Mas Aparecida de Goiânia e Nova Veneza estão no conjunto da maioria dos municípios do estado com índices para esse indicador abaixo de 15/1000hab. A taxa de mortalidade em menores de cinco anos, para Aparecida de Goiânia, está abaixo da média nacional e de Goiás (14,8 /1000hab), e de Nova Veneza está como zero por mil habitantes. No caso de Nova Veneza o valor, zero pode ser indicativo de sub-registro.

Figura 10: Mapa de distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à Taxa de Imunização contra a poliomielite no ano de 2011

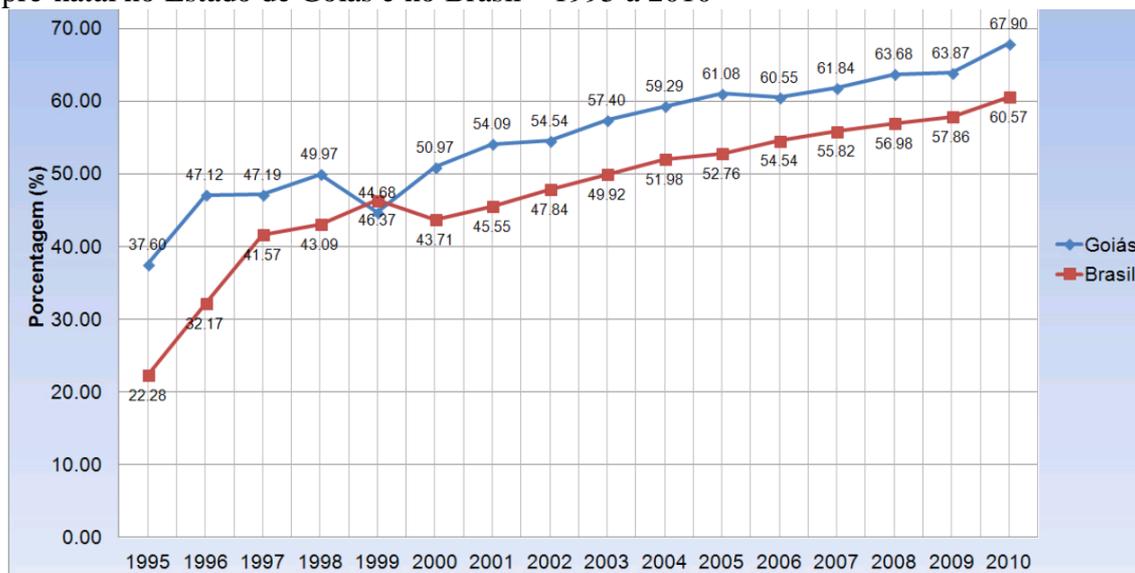


Dados do SI-API/SUVISA (2011) organizados em mapa pela SES de Goiás. Disponível em: < http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

A cobertura de imunização para tríplice viral e tetravalente também é alta no estado. Para os dois tipos de imunização, em 183 municípios do Estado, a cobertura está acima de 95%.

No que se refere à saúde da gestante, nota-se uma evolução importante no Estado de Goiás, desde o ano de 1995, no que diz respeito ao aumento no percentual de grávidas que realizam sete ou mais consultas de pré-natal (Gráfico 2). De acordo com os últimos dados disponíveis, em relação a esse indicador, Goiás está 7,3 pontos percentuais acima do Brasil.

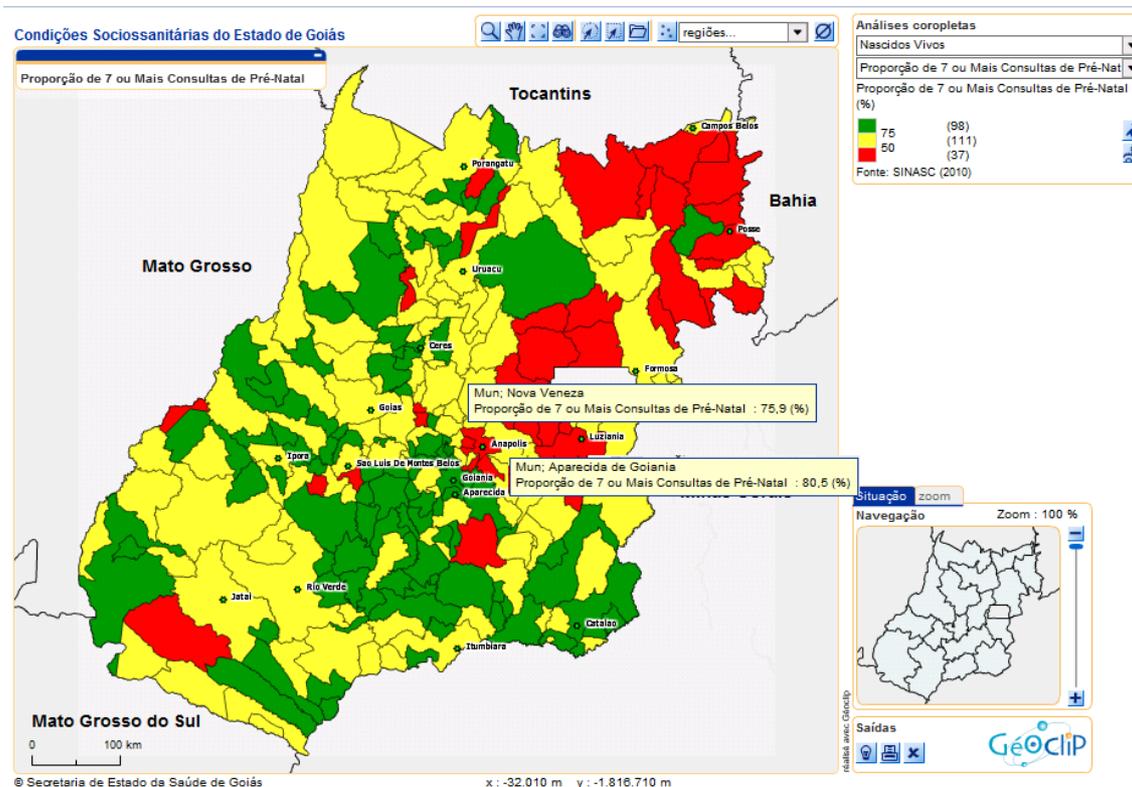
Gráfico 02: Evolução do percentual de grávidas que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal no Estado de Goiás e no Brasil – 1995 a 2010



Fonte: Dados da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

Observando esse mesmo indicador pela Figura 11, para os municípios de Nova Veneza e Aparecida de Goiânia, o percentual de grávidas que realizam sete ou mais consultas é mais alto que o valor encontrado no nível estadual, sendo igual a 75,9% e 80,5%, respectivamente.

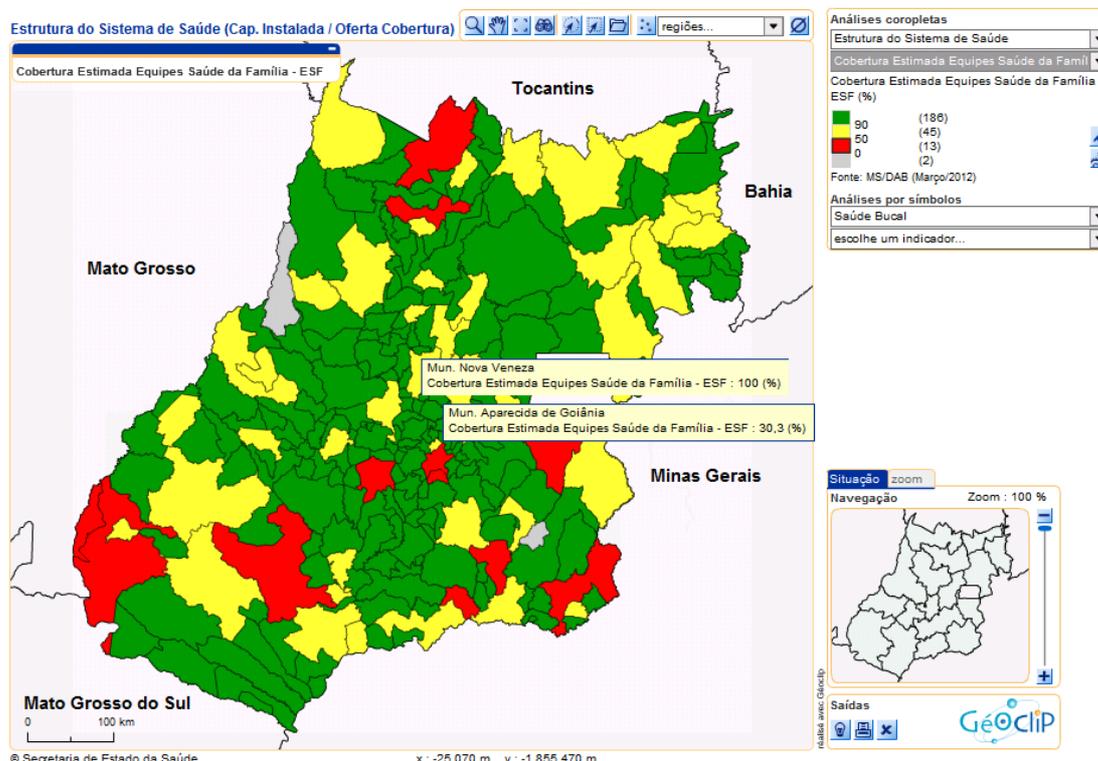
Figura 11: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à proporção de grávidas que realizam sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2010



Dados do SINASC (2010) organizados em mapa pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

Em relação a dados sobre prestação de serviços de saúde na atenção básica, pela Figura 12, observa-se que, em grande parte dos municípios do Estado (186), a cobertura da Estratégia Saúde da Família está acima de 90%. Nova Veneza segue essa tendência com cobertura de 100% da estratégia, contudo a cobertura no Município de Aparecida de Goiânia é baixa, 30,3%.

Figura 12: Mapa da distribuição geográfica no Estado de Goiás em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família em março de 2012



Dados do MS/DAB (março de 2012) organizados em mapa pela SES de Goiás. Disponível em: < http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa_saude.htm >. Acesso em: 30 set. 2013.

4.3 Resultados da pesquisa

4.3.1 A percepção dos gestores e coordenadores sobre as condicionalidades de saúde do PBF

Aspectos da percepção dos coordenadores da área de saúde e dos gestores do PBF sobre as condicionalidades de saúde foram observados por meio da análise das respostas dadas às perguntas formuladas no roteiro de entrevista aplicado. Para este estudo, considerou-se importante avaliar a percepção desses atores em relação à ação pelo fato de ela poder influenciar na forma como realizam o monitoramento. Pelos discursos e argumentos apresentados, é possível verificar que não há divergência significativa entre suas concepções sobre as condicionalidades de saúde e o pensamento que ficou institucionalizado. Os gestores do PBF e coordenadores da saúde, nos dois níveis de atuação, reconhecem a importância da estratégia como promotora da utilização dos serviços de saúde e como oportunidade de organizá-los de maneira a atender às famílias beneficiárias. Mas esses mesmos atores da gestão observam, por meio do

monitoramento, que ainda há profissionais de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de saúde das famílias, que não comungam das opiniões positivas sobre as condicionalidades. Muitos consideram a proposta um processo burocrático para atender às peculiaridades do Programa e não uma das ações que compõem o rol de atuação da atenção básica.

As percepções sobre as condicionalidades foram descritas a partir da análise das opiniões dos atores sobre as questões que lhes eram propostas. A primeira foi: *você crê que o acompanhamento das condicionalidades de saúde é uma oportunidade de promover a melhoria no acesso das famílias mais vulneráveis – beneficiários (as) do Programa Bolsa Família — aos serviços da atenção básica do Sistema Único de saúde (SUS)?*

Todos os entrevistados consideraram que as condicionalidades promovem maior acesso das famílias beneficiárias aos serviços de saúde. Isso indica que a gestão vê essa estratégia como um instrumento que, em última instância, pode melhorar o exercício do direito à saúde pelos beneficiários (as) do Programa. Por outro lado, esses atores consideram que tão importante quanto ampliar o acesso aos serviços de saúde é o beneficiário (a) se reconhecer como o titular desse direito.

Os estudos realizados por Trevisani (2012) e Agatte (2010) – que, entre outros aspectos, retrataram as visões dos gestores sobre a implementação das condicionalidades – também obtiveram esse mesmo resultado, no sentido de que as condicionalidades de saúde de fato promovem a melhoria no acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, os resultados do trabalho de Monnerat (2009), feito em Niterói a partir das experiências dos profissionais envolvidos na ação das condicionalidades de saúde, demonstraram que muitos consideram que *“o acesso ao circuito de bens e serviços sociais ainda não foi adequadamente apropriado pelos beneficiários do programa, sendo, portanto, o exercício dos direitos sociais algo ainda distante da vida cotidiana da população brasileira em situação de pobreza”*. Assim, o que está na berlinda é a qualidade do acesso, pois, para considerar que, de fato, há melhoria nesse aspecto, também é necessário que as famílias beneficiárias se reconheçam como titulares do direito à saúde e, para isso, o atendimento prestado nos serviços de saúde deve ser de qualidade e realizado de maneira equânime, pois somente com essas características presentes é que se concretiza efetivamente a melhoria do acesso à saúde.

Conforme a argumentação dos representantes da gestão do programa, apesar de o acompanhamento das condicionalidades de saúde promover maior busca das famílias

pelos serviços nessa área, há que se avançar em alguns aspectos para que essa ação seja mais efetiva no cumprimento dos objetivos para os quais foi concebida. Entre esses desafios, está o melhor entendimento da proposta por parte dos profissionais que a operacionalizam, mas que são resistentes a ela; além da necessidade de aprimorar a organização dos serviços de saúde para melhor atender aos beneficiários (as) e, assim, exercitar o princípio da equidade. Esses aspectos teriam repercussão positiva tanto na maior identificação das famílias como protagonistas das ações de saúde quanto na melhoria da situação de saúde delas, para além do que é identificado por meio das condicionalidades já estabelecidas.

A gestão explica que o fato de muitos profissionais de saúde terem a percepção de que a ação é apenas um processo burocrático para o cumprimento de metas, e não como uma oportunidade de atender a um público de baixa renda e em situação de maior vulnerabilidade, é um empecilho para que as condicionalidades sejam mais efetivas em colocar em prática o princípio da equidade em saúde. Essa postura pode ser por desconhecimento dos objetivos das condicionalidades por parte dos profissionais de saúde, ou por preconceito em relação à proposta, e reforça nas famílias a ideia de titularidade provisória do direito à saúde, na medida em que elas muitas vezes são atendidas na perspectiva de cumprimento de um protocolo enquanto beneficiária do Programa.

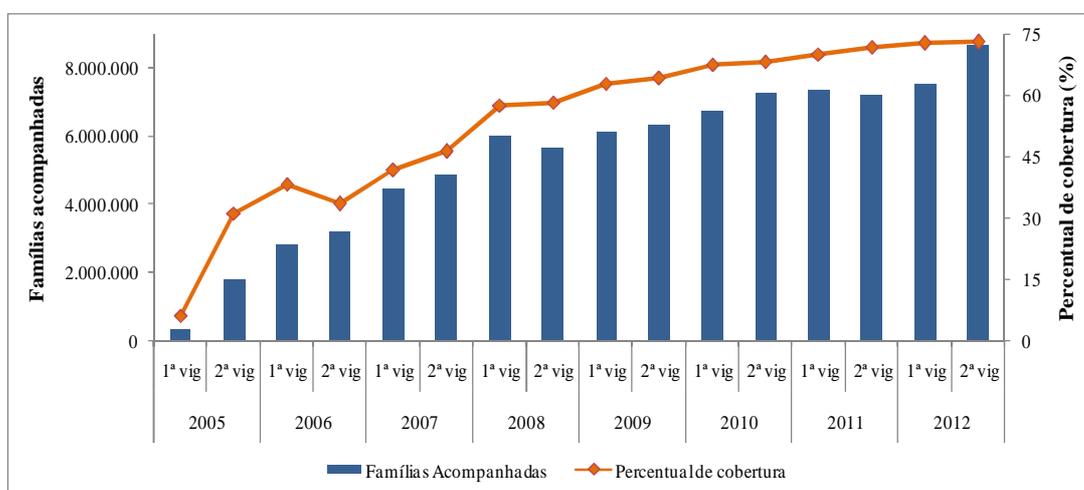
No que diz respeito à melhoria no acesso aos serviços de saúde promovido pelas condicionalidades, há um indicador demonstrativo do avanço, pelo menos quantitativo, que é o aumento na cobertura de acompanhamento das famílias do Programa ocorrido nos últimos anos. Desde que as condicionalidades de saúde do PBF foram implementadas, a ação ganhou escala, pois, em 2005, na primeira vigência (semestre) de acompanhamento, o número de famílias beneficiárias perfil saúde selecionadas para o acompanhamento era de 5.539.716 e, dessas, foram acompanhadas pelas condicionalidades de saúde 334.856 famílias, o que corresponde a 6,04% de cobertura. Na 2ª vigência de 2012, o número de famílias com integrantes perfil saúde a serem acompanhadas foi de 11.883.263 e, desse total, foram acompanhadas 8.689.047, o que corresponde a 73,12%.²⁷

Sem a pretensão de fazer uma análise exaustiva dos motivos de aumento dessa cobertura, alguns fatores podem ser apontados: aumento do número de famílias

²⁷ Relatórios de acesso público dos dados de acompanhamento da condicionalidade da saúde de 2005 até a data mais atual disponíveis em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>>.

inseridas no programa, associado à melhoria da organização dos processos de gestão no nível federal, municipal e estadual para operacionalização das condicionalidades e, portanto, acompanhamento das famílias; avanço na organização dos serviços de saúde no nível municipal para realizar o acompanhamento dessa demanda crescente de famílias beneficiárias e, tão importante quanto, maior conhecimento das famílias sobre a ação das condicionalidades, que resulta em maior demanda desse público pelos serviços de saúde. O Gráfico 03 apresenta a evolução histórica do número de famílias acompanhadas pelas condicionalidades de saúde no nível Brasil.

Gráfico 03: Evolução no Brasil (2005 - 2012) do número de famílias acompanhadas pelas condicionalidades de saúde e do percentual de acompanhamento



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Elaborado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

Fazendo um contraponto em relação ao fato de as condicionalidades de saúde promoverem o acesso aos serviços de saúde, uma questão colocada aos coordenadores da saúde e gestores do PBF questiona se o acesso das famílias beneficiárias comprometia o de outros públicos do SUS, criando uma oposição entre universalidade e focalização: *a operacionalização das condicionalidades mobiliza as equipes da atenção básica de saúde para o atendimento de um público específico – famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família – o que pode comprometer o atendimento de outras pessoas que utilizam os serviços do SUS?*

Em relação a essa questão, de forma geral, os atores responsáveis pela gestão discordaram. Um dos que discordaram afirma que sua operacionalização não muda nada o que já está previsto na agenda de saúde da atenção básica, a única diferença é que os

resultados desse acompanhamento devem ser inseridos no sistema criado para essa finalidade, que é o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Não concordo, porque na verdade esse público é o público de atendimento da saúde, da atenção básica e da ESF, é... da Estratégia Saúde da Família né, ele é o público deles. E não muda nada, o quê que muda? na verdade eu vou estar só transferindo a informação, mas a informação que é solicitada faz parte do atendimento.

Outro ator da gestão, no nível municipal, também discordou da afirmação, mas apresentou um argumento oposto ao anterior, qual seja, de que o acompanhamento das condicionalidades não comprometeria o atendimento de outras pessoas por ser uma ação pontual, esporádica, de mobilização das famílias para um dia de atendimento, e não incorporada às rotinas dos serviços de saúde da atenção básica. Ele afirma que, apesar de ser contrário a esse pensamento, é o que prevalece em grande parte nas equipes de saúde do local. Ao referir-se às equipes de saúde do local, está fazendo menção às equipes da Estratégia Saúde da Família. Algumas dessas equipes no município, segundo afirma a gestão, preferem realizar mutirões de atendimento em vez de acompanhar as famílias na rotina de atendimento proposta pela estratégia.

Ainda em relação a essa afirmação, somente um dos atores entrevistados, representante da gestão estadual, concordou parcialmente. Mas não na perspectiva de as condicionalidades de saúde comprometerem negativamente o atendimento de outras pessoas que utilizam os serviços dessa área. Em sua opinião, o comprometimento seria causado pela falta de organização dos serviços de saúde para atender a todo e qualquer público, independentemente de ser beneficiário do Bolsa, e a operacionalização das condicionalidades somente evidencia mais essa falha gerencial.

Nessa linha de raciocínio, afirma que um problema relacionado à organização dos serviços diz respeito ao fato de o expediente de atendimento, em muitas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, ocorrer somente até as 15 horas. Do contrário, se as ações de saúde fossem mais distribuídas ao longo do dia, não se poderia alegar que o atendimento das famílias do Bolsa Família acaba comprometendo o de outras pessoas que utilizam os serviços de saúde:

Eu já fiz visita que as pessoas sabiam que eu ia estar lá e visitas que as pessoas não sabiam que eu ia estar lá, visita técnica. E aí, a partir das 2, 3 da tarde, ou você não encontra o enfermeiro, ou não tem atividade disponível, ou ninguém tá ali para atender. Então assim, como você diz que um serviço está superlotado se você não usa ele no período da tarde. (...) Porque se ele funcionasse no horário total de expediente, o Bolsa Família não prejudicaria. O problema é que o expediente não existe da forma como deveria existir.

Esses resultados indicam que, além das condicionalidades evidenciarem a deficiência nos processos de gestão, pressionam a melhoria da oferta dos serviços de saúde, pois todo semestre grande número de famílias são acompanhadas pelas condicionalidades em agendas que têm um monitoramento sistemático pela atenção básica, que é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, do calendário de vacinação e do pré-natal das gestantes.

Esse mesmo ator da gestão estadual descreve outros aspectos que repercutem negativamente na organização dos serviços e, por consequência, comprometem o atendimento e o cuidado em saúde prestado não só às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, mas a qualquer outra que busque os serviços para atendimento:

O atendimento do crescimento e desenvolvimento hoje é a antessala pro médico, certo? Então eu peso e meço, facilito a consulta médica. E aí, se chega um beneficiário do Bolsa para fazer a avaliação nutricional, você tem que acabar fazendo um dia do peso, ou se não, colocando ele pro final do atendimento. A maioria das Unidades até nem priorizam o atendimento da família beneficiária, priorizam quem? o atendimento do médico que tem horário, que tem x pacientes para atender. Então quer dizer, se eu tenho uma organização de serviços melhor, qualquer horário que eu procurasse a unidade eu poderia ser acompanhada, ser registrado na caderneta, ser repassado informação sobre os cuidados de saúde.

Pela fala dos dirigentes da ação, fica claro que não basta promover o acesso aos serviços de saúde, é preciso que estes estejam organizados para atender com qualidade

não só às famílias beneficiárias do PBF, mas a qualquer cidadão que necessite do atendimento. Esse argumento está em consonância com o de Trevisani (2012), ao mencionar que o potencial das condicionalidades em promover o acesso aos serviços de saúde depende da organização dos municípios e dos próprios serviços de saúde, de maneira a garantir não apenas a inserção das famílias na atenção básica, como também a continuidade do cuidado em saúde.

As impressões apresentadas pelos gestores do PBF e coordenadores da saúde sobre a afirmação proposta resultam de um monitoramento analítico das ações de condicionalidades, de modo a observar não só o alcance de metas de cobertura. Esse cuidado no monitoramento é resultado da concepção positiva que eles têm das condicionalidades como uma oportunidade de organização dos serviços de saúde para prestar um atendimento de qualidade às famílias beneficiárias. Nesse sentido, Trevisani (2012) também argumenta que as percepções e vivências dos diferentes atores envolvidos no acompanhamento das condicionalidades podem ser um fator que auxilia na compreensão do papel dos serviços de saúde para o Programa Bolsa Família, e das dificuldades e alternativas para concretização desse papel.

A terceira afirmação sobre as condicionalidades de saúde, para que os gestores do PBF e coordenadores da saúde emitissem suas opiniões, era de que: *essa ação é um incentivo à organização das ações da atenção básica para o atendimento de um público que pode estar em situação de maior vulnerabilidade social que são as famílias do PBF.*

Em relação a essa afirmação, todos os atores municipais comentaram que, por meio do acompanhamento de saúde das famílias, é possível identificar outras vulnerabilidades sociais e problemas de saúde para além daqueles apontados pelo acompanhamento atualmente prescrito pelo Programa.

(...) lá na visita, no peso, a gente tá observando o quê? O que aquela família tá precisando mais... Será que o benefício do Bolsa Família tá dando para alimentar? Pelo peso descobre se a criança está em baixo peso.

Por outro lado, os gestores municipais também argumentam que nem sempre as equipes ou os serviços de saúde se organizam da melhor forma para alcançar esse objetivo, ou seja, para que as condicionalidades funcionem como uma oportunidade de

atendimento de um público em situação de vulnerabilidade e que merece maior atenção em saúde e para além do que está prescrito na agenda de saúde:

Elas (equipes da ESF ?) eh, as Equipes acham que se parar em uma casa e tiver que pesar a mãe, eh, um exemplo... quatro crianças, e ainda continuar com a visita domiciliar, que tem a procura se é hipertenso, se usa remédio... elas acham que tão perdendo tempo.

O relato do representante municipal da gestão revela que ainda não está totalmente incorporada entre todas as equipes de saúde a percepção das condicionalidades como uma janela de oportunidade para atender integralmente às famílias em suas diferentes necessidades de saúde, e para identificação de outros problemas que podem repercutir em toda a família. Tão importante quanto acompanhar, pela agenda de saúde, o público prescrito pelo Programa como perfil saúde (crianças menores de sete anos e gestantes), é observar os determinantes sociais da saúde, e considerar o acompanhamento das condicionalidades como uma oportunidade de identificar as causas desses problemas e de prestar atendimento aos demais membros que compõem a família. Dessa forma, as ações podem alcançar maior efetividade.

Autores como Jaime et al (2011) mencionam que, na saúde, a responsabilidade para com o Programa Bolsa Família pressupõe a organização da Atenção Básica para garantir a oferta de serviços às famílias beneficiárias do programa – constituídas de mulheres e crianças de até sete anos. Contudo, esse conceito ainda não está totalmente materializado nas práticas de saúde de muitos profissionais dessa área, principalmente no atendimento do público do PBF. Esse aspecto é revelado pelos dirigentes estaduais, representante da saúde e da gestão do PBF, que concordaram parcialmente com a afirmação. Eles referiram que nem sempre as condicionalidades de saúde representavam um incentivo à organização das ações da atenção básica para o atendimento do público do Bolsa, porque muitos profissionais de saúde não as veem como uma ação a ser realizada por eles. Pelo contrário, muitas vezes prevalece a ideia de que é uma atividade a mais ou extra ao que é proposto e, nesse sentido, referiram que ocorre até de muitos profissionais de saúde pensarem que a operacionalização das condicionalidades demandaria uma remuneração específica. Considerando que essa característica é observada em muitos municípios, a coordenação estadual da saúde e a coordenação estadual do PBF realizam conjuntamente capacitações intersetoriais para formação e

sensibilização dos profissionais de saúde sobre a concepção das condicionalidades e outros aspectos do PBF.

Esse pensamento, que ainda prevalece entre muitas equipes de saúde, é equivocado, pois, no acompanhamento das condicionalidades, não estão previstas atividades extras ao que é preconizado pela agenda de saúde da atenção básica. Além disso, na Nova Política de Atenção Básica, instituída pela Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, há previsão explícita da atuação das equipes da estratégia saúde da família em relação ao público do PBF ao dispor sobre uma das atribuições do agente comunitário de saúde:

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, 2011, Portaria 2.488 de 2011).

Ainda com relação a esse tópico, a coordenadora estadual refere utilizar-se de outros mecanismos de indução para que os profissionais de saúde cumpram as ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde e dá como exemplo a cobrança do cumprimento de metas de indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)²⁸, pois, entre os vários indicadores a serem pactuados pelos municípios por essa estratégia, estão aqueles relacionados às condicionalidades de saúde:

(...) Então agora eu uso essa estratégia do PMAQ para sensibilizar as pessoas. Olha em PMAQ, nos indicadores de acompanhamento do Bolsa Família, do Sisvan! Então agora eu sensibilizo dessa forma. (...) Então eu estimulo, uma vez os municípios pactuaram, tem que cumprir e aí o município que cumpre, a unidade básica de saúde tem que se organizar para dar resolutividade, para repercutir nos indicadores do município, para ele continuar recebendo.

²⁸A Portaria n.º 1.654, de 19 de Julho de 2011 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

O PMAQ foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados, respectivamente, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que permitisse a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de forma a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (Manual Instrutivo do PMAQ, Brasil, 2012, p. 7 - 8). Por esse programa, são pactuados vários indicadores de saúde relacionados às ações da atenção básica e, nesse rol de indicadores, alguns estão relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.²⁹

Chamar a atenção para os indicadores do PMAQ parece ser um importante mecanismo de indução utilizado pelos representantes da gestão para que o acompanhamento das condicionalidades de saúde seja cada vez mais reconhecido como uma ação própria da atenção básica e não como algo paralelo ou à margem. Isso ocorre na medida em que o acompanhamento das famílias beneficiárias tem um significado quantitativo bastante relevante para os indicadores do PMAQ. A percepção desse aspecto pelas equipes de saúde é um primeiro passo para que posteriormente observem que esse público representa uma parcela substancial dentro do universo de atendimento do SUS. Então, para além da relevância estatística da demanda por alavancar os indicadores de saúde, também pode representar melhor organização dos serviços para prestar atendimento de mais qualidade a um público em situação de grande vulnerabilidade social e assim promover a equidade em saúde.

Os diferentes aspectos observados nos discursos dos representantes da coordenação estadual levam à reflexão de que, apesar de suas visões positivas sobre a importância da ação das condicionalidades para equidade e qualidade na oferta dos serviços de saúde, essa não é uma opinião compartilhada por grande parte dos

²⁹ Para mais informações sobre os indicadores pactuados no âmbito do PMAQ, ver Manual Instrutivo Anexo – Ficha de Qualificação dos Indicadores. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/documentos.php>>.

profissionais de saúde envolvidos diretamente no acompanhamento das famílias em muitos municípios, pois não as reconhecem como parte do cardápio das ações próprias da atenção básica de saúde. Jaime et al (2011) ressalta que atualmente, entre os desafios enfrentados pela Atenção Básica, está a qualificação das ações para garantia da equidade às populações em vulnerabilidade social, a qualificação dos profissionais, a organização do sistema de saúde em redes de atenção, entre outros fatores.

Para Trevisani (2012), indubitavelmente, as condicionalidades de saúde são uma oportunidade para a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, pois possibilitam a entrada na unidade de saúde de uma população em maior vulnerabilidade social. A autora também ressalta que a forma como a ação é implementada pode comprometer esse objetivo e *a concepção dos atores envolvidos na implementação interfere nas práticas e nas inter-relações entre profissionais e titulares*. (TREVISANI, 2010, p.139). Nesse sentido, Bichir (2010) questiona o contraponto feito entre políticas universais e focalizadas, uma vez que focalizar seria priorizar dentro de um esquema universal, ou seja, dar um tratamento equânime a uma realidade. Então, seria possível afirmar que a focalização é uma estratégia complementar à universalidade.

Ao analisar as falas dos representantes da gestão do estado e municípios, área da saúde e do PBF, *vis-à-vis*, os argumentos das duas autoras supracitadas, podem ser apontados alguns aspectos que estão subjacentes à resistência de muitos profissionais de saúde em se envolverem no acompanhamento das condicionalidades. Na baixa adesão desses profissionais em atender às famílias beneficiárias pode estar implícita a concepção criticada por Bichir (2010), que é a oposição feita entre universalização e focalização das ações, como se o fato de focalizar comprometesse o atendimento do público em geral. Além disso, como argumenta Trevisani (2012), muitos profissionais não veem as condicionalidades como uma oportunidade de exercício da equidade, e essa concepção compromete não só as ações em saúde para essa finalidade como também a relação entre os profissionais e os beneficiários.

A quarta afirmação sobre percepção apresenta uma perspectiva negativa em relação às condicionalidades de saúde para ver qual é a opinião dos gestores, ao mencionar que: *essa ação deveria ser repensada, pois as famílias pobres, em situação de vulnerabilidade social, muitas vezes não conseguem cumpri-las*.

Em relação a essa afirmação, os discursos municipais foram diversos e refletem vários objetivos que estão por trás das condicionalidades. Um dos atores afirma que as condicionalidades de saúde não precisam ser revisadas, pois correspondem a uma

agenda simples de ser cumprida, tanto na área de saúde como na de educação, além de serem uma forma de fazer valer o direito das famílias. Outro argumento favorável sobre o desenho atual dessa ação é que, em razão de a continuidade do recebimento do benefício estar condicionada ao cumprimento da agenda de saúde, constitui-se numa forma de mobilizar as famílias para acessar os serviços dessa área.

No nível estadual, o argumento favorável à não mudança nas condicionalidades diz respeito ao fato de a repercussão no benefício da família poder ser revertida pela gestão, caso não resulte de um descumprimento de condicionalidades deliberado do(s) membro(s) da família e, conseqüentemente, a família não teria impacto no seu benefício. Nesse sentido, deu como exemplo o caso de descumprimento por questões de vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias. Tal fato não geraria repercussão caso a família fosse colocada em acompanhamento pela assistência social e o resultado desse acompanhamento fosse registrado no módulo do Sicon criado para esse fim, além de acionada a funcionalidade de interrupção temporária dos efeitos do descumprimento, de maneira a garantir a continuidade do benefício.

Os discursos denotam que, nos dois níveis de atuação, há entendimento de um dos principais objetivos das condicionalidades de saúde, que é funcionar como um mecanismo de indução para o acesso aos serviços dessa área, e das etapas que compõem o ciclo de gestão dessa ação para que os outros objetivos sejam concretizados. As etapas do ciclo de gestão das condicionalidades estão previstas na Portaria n.º 321, de 2008, revisada pela Portaria n.º 251, de 12 de dezembro de 2012. A primeira delas corresponde ao cumprimento das agendas de saúde e educação pelas famílias, na perspectiva do exercício de direitos sociais. Caso haja descumprimento, pode haver efeitos sobre o benefício, sendo esse um mecanismo de indução para a família continuar acionando os direitos sociais. No ciclo de gestão, outra etapa importante é o monitoramento das causas do descumprimento de condicionalidades, pois, em muitos casos, esses descumprimentos constituem um sinalizador de situações de vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias, como aponta Medeiros, Britto e Soares (2007). Outro aspecto que a gestão parece observar, e que está inscrito nessa Portaria sobre gestão de condicionalidades, é a atuação sobre os casos de descumprimento, especialmente por meio dos serviços prestados pela assistência social, além da manutenção da renda para as famílias inseridas em acompanhamento familiar e o resultado desse acompanhamento registrado no Sicon, além de acionada a ferramenta de interrupção dos efeitos sobre o benefício. O princípio disso é que a renda da família seja

mantida enquanto ela supera as situações adversas vivenciadas e posteriormente volte a cumprir as condicionalidades. Uma vez que a família volte a cumprir e acesse novamente o direito à saúde e à educação, finda o ciclo de gestão dessa ação.

Um dos atores entrevistados apresentou outra perspectiva em relação às condicionalidades de saúde estabelecidas, ou seja, repensá-las em outras perspectivas, por crer que, para além dos indicadores de saúde existentes que resultam do acompanhamento das famílias (cobertura de vacinação, dados de peso e altura, resultados do acompanhamento do pré-natal) deveria ser criado outros para observar possíveis melhorias na qualidade de vida das famílias beneficiárias. Em relação a essa proposta dá um exemplo:

(...) seria interessante ter um indicador, um estímulo, alguma condicionalidade que realmente estivesse vinculado a isso: à melhoria da qualidade de vida. (...) a gente deveria ter indicadores vinculados ao consumo alimentar, começando pelo do aleitamento materno, é um exemplo, aí depois perpassando para redução né, na prevalência de doenças crônicas, então os beneficiários deveriam ser assistidos em outros aspectos que só não o peso, a altura, e... vacinação, ou... se está ou não gestante.

Na fala da gestão, nota-se uma inquietação quanto à necessidade de criar outros indicadores que mensurassem a qualidade de vida e saúde da população beneficiária, sem tirar o mérito do que representam os indicadores já estabelecidos em relação à saúde, a exemplo da cobertura de vacinação, que pode estar relacionada a outros, como diminuição da incidência de certas doenças na infância ou mesmo redução da mortalidade infantil; por outro lado, esse indicador revela um aspecto bem conhecido e já concretizado que é a alta cobertura de imunização alcançada em crianças, devido à universalização dessa estratégia pela área da saúde.

Em relação aos indicadores direcionados ao acompanhamento de gestantes, embora seja muito importante saber o percentual de grávidas beneficiárias com pré-natal em dia, ou seja, cumprindo a agenda proposta pelo Ministério da Saúde, tão relevante quanto seria estabelecer um indicador, e criar mecanismos para monitorá-lo, por meio do qual fosse possível identificar se as gestantes beneficiárias estão sendo acompanhadas pelas condicionalidades de saúde desde o início da gestação. Isso é

possível, pois uma informação que deve ser preenchida pelo acompanhamento das gestantes no sistema da saúde atualmente é a data da última menstruação (DUM), um dos dados coletados no acompanhamento. Dispondo dessa data, combinada à informação sobre a data na qual foi realizado o acompanhamento da gestante, é possível saber em que período da gestação as grávidas beneficiárias têm sido acompanhadas pelas equipes de saúde.

Contudo, apesar de atualmente o formulário de acompanhamento das condicionalidades de saúde prevê o preenchimento dessas duas informações (DUM e data do acompanhamento), esses dados não são combinados de forma a gerar o indicador (período da gestação no qual houve acompanhamento pela saúde). Se esse indicador fosse disponibilizado em relatório no sistema da saúde, a gestão disporia de uma informação importante para analisar se a ação de acompanhamento de saúde promove a captação precoce de grávidas beneficiárias do PBF. Se esse indicador passasse a compor os outros que constam nos relatórios gerados pelo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, poderia ser monitorado pela gestão.

Considerando todo o exposto, avançar em indicadores que compõem o rol atual das condicionalidades talvez seja uma forma de observar outros aspectos bastante relevantes para saúde e o bem-estar das famílias beneficiárias, além de que a proposição de novos indicadores poderia trazer informações complementares sobre o impacto dessa ação, a exemplo do indicador proposto pela gestão – indicadores relacionados à melhoria da qualidade de vida das famílias beneficiárias. Ressalta-se que, pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), já há previsão de coleta de dados relacionados ao consumo alimentar de crianças e adultos, além de informações sobre enfermidades, como diabetes, doenças cardiovasculares e intercorrências, como hipovitaminose A, infecções intestinais virais, respiratórias, etc. Portanto, considerando que há uma periodicidade estabelecida para o acompanhamento das famílias do âmbito do PBF, esse aspecto poderia ser uma oportunidade de coleta de outros dados importantes sobre a saúde e a nutrição, além dos já estabelecidos no rol das condicionalidades, e de potencialização da proposta do Sisvan. É importante ressaltar que a coleta de dados que gerariam outros indicadores não resultaria em nenhum efeito sobre o benefício da família, pois o intuito seria ter mais informações sobre a saúde e o estado nutricional das famílias beneficiárias. Portanto, as condicionalidades seriam apenas uma oportunidade para a coleta de mais informações sobre o estado de saúde e

nutrição das famílias, qualificando o atendimento prestado e servindo como diagnóstico para o direcionamento de políticas nessas áreas.

A 5ª e última afirmação contida no roteiro tinha o seguinte conteúdo: *Devido às condicionalidades, as famílias acabam procurando mais os serviços de saúde de maneira a serem atendidas e tal fato é um incentivo para que o setor público melhore a oferta desses serviços.* Em relação a essa afirmação, um ator concorda e ressalta que a maior demanda geraria uma tensão no sentido de pressionar a melhoria na oferta dos serviços:

(...) Ela (a família) é motivada por vários canais a fazer a busca desses serviços, e quando ela demanda também faz críticas: ela diz que tem fila, que chega ao posto e o pessoal não tá, não quer atender naquele dia, porque ela às vezes sai da zona rural e vem, chega lá: “não, o dia de atendimento e acompanhamento é só tal dia”. Isso ela expõe, critica, e vai mudando essa rotina.

Os demais atores concordaram parcialmente com essa proposição, por serem que muitas limitações na oferta dos serviços de saúde ainda persistem, mesmo com o aumento da demanda por meio das condicionalidades. Segundo o argumento desses gestores e coordenadores, muitos serviços de saúde não estão adaptados, seja por falta de equipamentos de qualidade para realização do acompanhamento, seja por técnicas inadequadas de atendimento, além do despreparo de muitos profissionais para realizar o acompanhamento. As fragilidades do setor saúde apontadas por esses atores são conhecidas, contudo a operacionalização das condicionalidades do PBF novamente contribui para evidenciá-las ainda mais:

(...) porque não é só pesar e medir, por exemplo, uma criança que está edemaciada, criança que está com diarreia (...) Deve-se preencher adequadamente a caderneta de vacinação, avaliar se a curva (curva de crescimento do cartão da criança ?) eh, se a curva está ascendente ou descendente (...).

Ainda na parte do roteiro de entrevistas que tratava sobre a percepção das condicionalidades de saúde, foram feitas mais duas perguntas de maneira a observar o pensamento da gestão sobre essa ação, no nível municipal e estadual.

A primeira pergunta tinha o seguinte conteúdo: *na sua visão, o acompanhamento das condicionalidades de saúde no Município representa apenas um processo burocrático para dar conta das metas estabelecidas para o recebimento do IGD, ou por meio desse acompanhamento são cumpridos os objetivos propostos por essa ação, entre eles, a melhoria do acesso à saúde?”*

As respostas dos representantes da saúde no nível estadual, combinadas aos argumentos apresentados em respostas às perguntas anteriores, demonstram novamente a característica dessa gestão de realizar um monitoramento que atente não só para a melhoria dos indicadores de cobertura de acompanhamento de saúde, como para aqueles relacionados à melhoria da qualidade do serviço prestado nesta área, ou seja, realizar um monitoramento não apenas gerencial, mas também analítico. Para alcançar esse último objetivo, a gestão estadual investe em capacitações para os profissionais de saúde com o intuito de: i) atualizar conhecimentos sobre os parâmetros de atendimento em saúde prestado às famílias, conforme constam nos protocolos da saúde estabelecidos para esse fim; ii) formar multiplicadores que trabalhem educação em saúde de forma que as famílias beneficiárias sejam orientadas em outros aspectos de saúde tão importantes quanto os que compõem o rol das condicionalidades. Nessa perspectiva, o acompanhamento seria uma oportunidade para o profissional de saúde identificar outras necessidades das famílias e de orientá-las em relação às demais questões relevantes para a saúde e bem-estar:

Oh, sinceramente minha preocupação não é nem só a melhoria do acesso, é a melhoria do acesso ao serviço de qualidade... né. E assim, apesar de eu não estar na atenção primária, eh, eu tenho muita resistência, até pelas equipes da atenção primária do estado. (...) Porque, por exemplo, eu faço formação, é aí eles têm uma dificuldade em participar, em se integrar e em desenvolver junto comigo essas formações. Porque a gente trabalha dentro do Bolsa: o que é o Bolsa, como que deve ser o acompanhamento, quais são as condicionalidades. Dentro das condicionalidades: como pesar, como medir, como preencher, como analisar um gráfico, como dar esse feedback, né, de acordo com o que tem na norma de parâmetros de normalidade. Ah..., também as ações de saúde... eh, eu trabalho assim, por exemplo, desde prevenção de DST, planejamento familiar, numa capacitação do Bolsa, entendeu? (...) Então a minha

preocupação é melhorar a qualidade do serviço prestado, aí, conseqüentemente, a gente atinge mais famílias com boa qualidade e consegue atingir o IGD. Então a minha preocupação não é o IGD, sendo muito sincera, é fazer a minha parte que é ofertar serviço de qualidade e de que aquela população esteja consciente de que aquele serviço está aberto para recebê-la.

Eh, eu acho que não deve ser vista apenas como uma meta a ser estabelecida para receber o dinheiro. Eu acho que é uma chance que o poder público tem de eh..., facilitar o acesso dessas famílias aos serviços e de prestar um serviço de qualidade, porque não adianta fazer uma coisa mais ou menos, cumpriu aquilo ali, recebeu o recurso e fica nisso.

A segunda pergunta era: *Você acha que de fato no Estado de Goiás as condicionalidades de saúde representam um avanço para melhorar a prestação de serviços e situação de saúde das famílias?*

Sobre esse tópico, as coordenadoras da área de saúde nos níveis municipal e estadual referiram que, em função de algumas limitações que precisam ser superadas em relação à qualidade na prestação do serviço, o impacto na situação de saúde das famílias ainda não é o desejável. Nesse sentido, deram exemplos do quanto há que se avançar no entendimento dos profissionais sobre a importância do acompanhamento das condicionalidades de saúde e como essa ação pode ser uma janela de oportunidade para o atendimento de outros problemas de saúde na família:

Prestando serviços, as Unidades de Saúde estão você entendeu? o monitoramento está sendo feito. Agora melhorar a situação de saúde que é o que a gente tá trabalhando, e que já tem dois anos e pouco que a gente tá trabalhando que é estimulando essas unidades a terem um olhar... né. (...) Eu falo muito sério uma questão que é a do hipoclorito, que na maioria das unidades tem e perde por prazo de validade. E a comunidade tá ali recebendo água que não é potável, e sendo que eu poderia, eu sei, eu estou trabalhando enquanto enfermeira, enquanto técnica, enquanto nutricionista, eu sei que aquela comunidade ela não tem água tratada, e eu nunca procurei me informar se na minha unidade tinha o cloro. Então assim, que é uma

coisa simples, mas que as pessoas não têm esse olhar crítico, às vezes tem um olhar para o pesar, para o medir, para avaliar se a criança está com excesso de peso, está abaixo do peso. Mas assim: “já observou se ela está com baixo peso porque ela teve três episódios diarreicos ou está com crise respiratória?”. Então assim, esse olhar para melhorar situação de saúde, a gente enxerga que agora os técnicos, os profissionais de saúde, estão começando a ter esse olhar, que antes não tinham.

Uma dificuldade que a gente encontra aqui é que às vezes os profissionais de saúde não entendem a função disso, às vezes eles acham que o pessoal do Bolsa está tumultuando a unidade. Sendo que não é isso, eles não estão fazendo nada além do trabalho deles, entendeu. Então assim, a gente tem feito oficina direto para meio que mudar essa mentalidade. Você pesar uma família do Bolsa não é um favor que você está fazendo para ela, é uma obrigação que você está cumprindo de acompanhar a família, de ver o estado de saúde dela.

As falas das coordenadoras da saúde dos dois níveis de atuação demonstram que há, por parte delas, bom entendimento sobre os conceitos de promoção da saúde, que levam em conta os determinantes sociais sobre as condições de saúde e doença. Se há problema em algum desses determinantes, as condições de saúde são comprometidas ou mesmo não são atendidas. Por isso, os profissionais responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde devem considerar esses fatores, de maneira a atender às famílias em outras necessidades prementes. Essa concepção está em acordo com o proposto por Ferreira e Magalhães (2007) e Buss (2000), que destacam que a saúde é resultado de vários fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos, estilos de vida responsáveis e um espectro adequado de cuidados de saúde.

4.3.2 Indicadores, sistemas, base de dados e outras estratégias para realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde

Neste bloco, os questionamentos visam observar como se caracteriza o monitoramento das condicionalidades de saúde, nos níveis municipal e estadual, em Goiás. Algumas perguntas foram dirigidas apenas aos coordenadores da saúde, pois eram bem específicas dessa área.

O primeiro e segundo questionamentos referiam-se à opinião sobre a fidedignidade dos dados resultantes do acompanhamento das condicionalidades e se algum indicador era consultado como parâmetro para averiguar a veracidade dessas informações. Considerou-se importante fazer esses questionamentos, pois historicamente o Estado Goiás vem apresentando bom desempenho no percentual de acompanhamento de saúde das famílias beneficiárias, comparado ao resultado nacional, além de ser o estado que apresenta o melhor desempenho de cobertura da região Centro-Oeste, desde a segunda vigência de 2009, conforme pode ser observado na Tabela 01:

Tabela 01- Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF pelas condicionalidades de saúde no Brasil e Região Centro-Oeste – 1ª vigência de 2009 a 1ª vigência de 2012.

Região e Unidades da Federação/Ano	2009		2010		2011		2012
	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência
Brasil	63,08	64,48	67,51	68,42	70,2	71,85	72,79
Centro-Oeste	56,07	58,58	63,03	64,45	66,52	64,29	65,57
Mato Grosso do Sul	59,41	54,61	62,57	64,97	66,33	68,97	68,30
Mato Grosso	55,86	56,20	61,83	63,85	65,12	65,20	65,18
Goiás	57,22	64,90	66,57	67,43	70,04	71,11	72,14
Distrito Federal	37,47	26,42	31,64	26,60	25,78	19,76	31,89

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionalidades - Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

Você crê que as informações produzidas pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde nos municípios do Estado de Goiás são fidedignas?

Em relação a esse primeiro questionamento, a coordenação estadual afirma que houve melhoria na qualidade da informação prestada por muitos municípios e exemplificou essa percepção por meio de duas situações. Primeiramente, deu como exemplo o município de Iporá, que melhorou a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde por conta de uma ação intersetorial entre a coordenação da saúde e a gestão do Programa Bolsa Família. O outro refere-se ao município de Jataí, o qual, segundo a gestão, apresentou redução no percentual de acompanhamento em determinado período, pela opção de melhorar a qualidade e fidedignidade dos dados gerados

Por exemplo, Iporá, ele é um município que custava a chegar a 20%, aí a gente percebeu que a coordenação do Cadastro foi pra dentro da saúde, junto com a coordenação da saúde, em determinado momento (...). Hoje é um município que avançou e que eu acredito que tenha avançado com qualidade nas informações, que não tenha inventado informações. Como Jataí, por exemplo, Jataí, eles fizeram uma mudança na informação, eles falaram que antes estava errado e tal. Então, eles fizeram uma remodelagem. Aí a gente ficou preocupado:

“vai manter o mesmo índice?” Eles (a gestão de Jataí?) eh, eles falaram: “não sei, mas a gente vai informar correto”.

A análise da série histórica do percentual de acompanhamento de ambos os municípios (Tabelas 02 e 03), feita pelo Painel de Indicadores de Condicionais, possibilita observar que o relato da coordenação estadual procede. Iporá saiu de 20,28% de acompanhamento na 1ª vigência de 2009, apresentou oscilação na cobertura de acompanhamento até a 2ª vigência de 2010 e, a partir da 1ª vigência de 2011, teve um aumento substancial e um crescimento de 19,32 pontos percentuais a partir da 1ª vigência de 2011 até 1ª vigência de 2012, cujo percentual chegou a 84,31%.

Tabela 02- Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF, pelas condicionalidades de saúde, no município de Iporá – 1ª vigência de 2009 a 1ª vigência de 2012.

Município/Ano	2009		2010		2011		2012
	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência
Iporá	20,28	27,44	24,09	25,58	64,99	75,25	84,31

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionais - Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

Jataí, assim como imaginou que aconteceria a Coordenação Estadual, num primeiro momento apresentou queda no percentual de acompanhamento (63,6% na primeira vigência de 2009, para 36,9% na segunda vigência no mesmo ano). Esse fato pode ter relação com os ajustes realizados pela gestão municipal para melhorar a qualidade da informação prestada sobre o acompanhamento. Depois apresentou nova tendência de crescimento no ano de 2010 e tem se mantido na casa de 80% de cobertura de acompanhamento nas vigências posteriores.

Tabela 03- Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF, pelas condicionalidades de saúde, no município de Jataí – 1ª vigência de 2009 a 1ª vigência de 2012.

Município/Ano	2009		2010		2011		2012
	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência
Jataí	63,60	36,90	85,01	86,62	87,55	83,88	83,40

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionais - Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

Por outro lado, os representantes da coordenação estadual ressaltaram que há casos de municípios cujos dados resultantes do acompanhamento das condicionalidades não são fidedignos. Nesse sentido, os coordenadores estaduais mencionaram dois mecanismos de monitoramento que têm possibilitado essa constatação pelo estado: visitas *in loco* e consulta aos sistemas disponíveis para o monitoramento de condicionalidades como o Sicon e o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Famílias na saúde. As falas dos representantes estaduais denotam o esforço em se realizar um monitoramento analítico com o auxílio das regionais de saúde do Estado, em razão de sua extensão territorial e do número elevado de municípios. Esse monitoramento tem se baseado não só na interpretação de indicadores como também na vivência da prática de gestão:

(...) tem município como esse como eu te falei, que adulteram dados, então é necessário visita in loco e são 246 municípios. Tem regional de saúde que trabalha mais direitinho, acompanha né, agora tem outras regionais que têm dificuldade de se deslocar, ou às vezes a equipe não está sensível à causa.

(...) É fato que quando eu consulto os sistemas eu encontro erro, ou erro de digitação, ou erros que não sei a origem... entendeu? (...) É necessário melhorar ainda mais a qualidade da extração do dado, da digitação desse dado, e também do acompanhamento, da qualidade dessa coleta, para saber se é adequada ou não. (...) Por exemplo, uma criança de 6 meses pesando 18 quilos, ou é 1 quilo e 800, e ela é de muito baixo peso para 6 meses, ou é um erro de digitação.

(...) Por exemplo, quando um município informa 100%,(se refere ao percentual de acompanhamento das famílias?) eh, eu questiono esse 100% né, também não quer dizer que o fato dele não informar 100% que ele esteja 100% na informação, em termos de serem fidedignas (...).

Os representantes da coordenação estadual referiram realizar consulta às informações do acompanhamento das famílias no Sicon e no Sistema de Gestão do PBF na Saúde ressaltando que, muitas vezes, essa consulta é feita de forma aleatória. Quando observam alguma inconsistência nos dados relacionados ao acompanhamento das

famílias, entram em contato com o município para maiores esclarecimentos. Apesar de o monitoramento com caráter de auditoria não ser realizado diariamente pelo nível estadual, há preocupação em consultar indicadores nos sistemas citados para essa finalidade e, nas capacitações realizadas nos municípios, o estado procura incentivá-los a realizar esse tipo de monitoramento. Outro ponto destacado pela gestão estadual é o fato de o estado de Goiás ser composto por 246 municípios e, por isso, ser muito importante o auxílio das regionais de saúde no monitoramento daqueles municípios pertencentes a sua área de abrangência.

Os aspectos levantados sobre o monitoramento na perspectiva de controle de processo denotam a preocupação de ambas as áreas – coordenação da saúde e do PBF – sobre a importância de os dados que resultam do acompanhamento das condicionalidades de saúde refletirem ao máximo a realidade. Essa prática de monitoramento parece não ser consequência apenas do senso de ética ou efetividade da ação por parte dos gestores, mas também seria resultado de outros fatores interferentes como a mudança na cultura de monitoramento das organizações da administração pública, fruto das reformulações gerenciais nesse setor, aspecto esse facilitado pelo desenvolvimento dos atuais sistemas de informação. Nesse sentido, Jannuzi (2005) relata que o interesse pela temática dos indicadores sociais e sua aplicação no ciclo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas vem crescendo no país nas diferentes esferas de governo e teria relação com alguns fatores, entre os quais: mudanças institucionais ocorridas na administração pública, em especial a consolidação e o aprimoramento dos controles administrativos dos Ministérios, a reforma gerencial ocorrida nos anos 90 e o acesso crescentemente facilitado às informações mais estruturadas – de natureza administrativa e estatística – que as novas tecnologias de informação e comunicação viabilizam.

Ainda com relação ao questionamento sobre fidedignidade dos dados, a pergunta também foi dirigida aos dois municípios selecionados para a pesquisa – Aparecida de Goiânia e Nova Veneza –, que tinham historicamente boa cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde, acima do encontrado no nível estadual, regional e nacional, como pode ser observado na Tabela 04.

Tabela 04 - Evolução do percentual de acompanhamento das famílias do PBF, pelas condicionalidades de saúde, nos municípios de Aparecida de Goiânia e Nova Veneza – 1ª vigência de 2009 a 1ª vigência de 2012 - comparado ao Brasil, Região Centro-Oeste e Goiás.

Região, Unidade da Federação e Município /Ano	2009		2010		2011		2012
	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência
Brasil	63,08	64,48	67,51	68,42	70,2	71,85	72,79
Centro-Oeste	56,07	58,58	63,03	64,45	66,52	64,29	65,57
Goiás	57,22	64,90	66,57	67,43	70,04	71,11	72,14
Aparecida de Goiân	80,82	82,06	82,92	78,89	81,45	78,63	81,68
Nova Veneza	100	100	99,63	100	100	100	100

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionalidades - Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

A coordenação da área de saúde dos dois municípios considera os dados do acompanhamento fidedignos e menciona que isso é fruto de capacitações feitas pela gestão municipal com os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades, tendo por base as diretrizes emanadas do Estado. A importância de melhorar o conhecimento sobre os objetivos de um programa, pelos profissionais envolvidos diretamente em sua execução, de maneira a alcançar um monitoramento mais sistemático e analítico das ações, é destacada por Vaitsman:

[...] um desafio cultural é fazer com que a avaliação e monitoramento passem a ser vistos como instrumentos de interesse para a organização e necessários para melhorar o processo de trabalho e o desempenho dos programas. O comprometimento dos profissionais existe não apenas em função das normas ou de valores pessoais, mas do conhecimento que eles têm sobre os objetivos de suas atividades (VAITSMAN, p.167, 2009).

O segundo questionamento feito de maneira a observar como se caracterizava o monitoramento foi: *Há algum dado ou indicador que você consulta que serve como parâmetro para averiguar a veracidade das informações resultantes do acompanhamento das condicionalidades de saúde? Se sim qual (is) são esses dados?*

Em relação a essa pergunta, os representantes da coordenação estadual referiram consultar o histórico³⁰ do resultado de acompanhamento das condicionalidades de saúde, especialmente os resultados relacionados aos dados antropométricos (peso e altura). Essa consulta é realizada na ocasião em que são coletados dados para planejar as capacitações dos municípios, ou mesmo enquanto ministram essas capacitações nessas localidades:

(...) Quando eu tô com o município, eu falo: vamos ver como é que tá seu histórico e estímulo eles a buscarem pelo histórico também, a conhecer o histórico do município para verificar. Aí eu falo: “até que aumentar para os lados tudo bem, mas agora diminuir 10 centímetros de uma vigência para outra na altura é impossível né?”.

Outros indicadores também foram referidos como parâmetros de verificação da autenticidade dos dados, como, por exemplo, em relação aos dados de vacinação que são averiguados pela Coordenação Estadual mediante cruzamento com outro sistema da saúde, o SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Esse é um aspecto interessante do monitoramento, pois denota que a gestão busca outros sistemas, além do relacionado estritamente às condicionalidades de saúde. Considerando esse aspecto, realizar cruzamento de dados, além de servir de parâmetro para testar a veracidade das informações por meio dos indicadores, complementa as informações disponíveis:

(....) Vacinação, pelo SI-PNI eu consulto o seguinte, o quê que eu faço? eh... a gente consulta o número de crianças vacinadas daquele município/ano, e eu comparo com a variável de vacinação daquele município com relação ao Bolsa. Então assim, se é muito díspar, eu peço para que a pessoa se pronuncie, para que o município se pronuncie do porquê que tem uma cobertura tão alta e junto ao Bolsa baixa. Entendeu?

³⁰ O relatório com o histórico de acompanhamento das condicionalidades de saúde é uma das funcionalidades do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde. Nesse histórico, por município, há dados do acompanhamento de saúde de cada integrante da família, como: cumprimento do calendário de vacinação, dados antropométricos (peso e altura), cumprimento da agenda do pré-natal, etc.

A coordenação da saúde de um dos municípios da pesquisa também referiu utilizar os dados de peso e altura como indicador de veracidade, tendo por base os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as curvas de crescimento e desenvolvimento que avaliam o estado nutricional de crianças. Essa rotina demonstra que a gestão não só conhece, como também se pauta pelos parâmetros mais recentes e preconizados pelo Ministério da Saúde para verificar a veracidade dos dados e, por consequência, a qualidade do processo de acompanhamento. No que se refere a esse aspecto, observa-se que o fato de dois representantes da gestão da saúde serem nutricionistas é um ponto positivo, pois, além de conhecerem os indicadores, sabem interpretar qualquer resultado considerado díspar em relação ao parâmetro preconizado sobre os dados antropométricos:

(...) Tem um parâmetro que a gente usa que são as curvas da OMS. Por exemplo, a gente vê mais ou menos a média da criança, se ela tá realmente nessa faixa, a gente pode confiar naquele dado.

Outra pergunta proposta com o fim de caracterizar o monitoramento realizado foi: *Quais são os outros indicadores que a gestão costuma consultar?*

Sobre esse tópico, os representantes do estado referiram monitorar semanalmente os percentuais de acompanhamento das condicionalidades das famílias beneficiárias, sendo esse processo realizado por meio de consulta ao Sistema de Gestão do PBF na saúde. Então, a partir desses dados, a coordenação Estadual da saúde e do PBF criam relatórios no Excel e mandam para suas respectivas redes de atuação no município:

Então assim, toda semana a gente monitora os indicadores, toda semana a gente encaminha para os municípios, a gente gera planilhas em Excel, faz tipo uma sinaleira: verde, amarelo e vermelho. Para os municípios que estão com baixa cobertura coloca vermelho, ou para os zerados; amarelo para aqueles que ainda estão um pouquinho longe da cobertura adequada, que é 75%, que é o que a gente preconiza, e os verde são aqueles que estão caminhando. Então assim, constantemente (...).

Como nos relatórios que vão para os municípios constam os resultados de acompanhamento de todos os demais que compõem o estado, cada município tem a possibilidade de observar o seu desempenho, semanalmente, comparado ao de outros de mesmo porte populacional. Essa estratégia da gestão estadual cria uma “competição” entre os municípios no sentido da manutenção ou do batimento de metas de acompanhamento, como pode ser observado no discurso de um representante da coordenação municipal de saúde:

A gestão estadual manda para nós assim, eh, cobertura de vigência, sinalizando qual município que precisa melhorar, os que estão zerados, então isso eles mandam para nós semanalmente. (...) Eh, assim, pra gente vê as metas que tem que ser batidas por mês, então eles mandam: “oh, precisamos de tal meta esse mês” e até agora.... Eles mandaram de todos os municípios com o percentual naquela vigência. (...) Eu costumo comparar com Goiânia que é o maior.

No nível estadual, outro indicador monitorado são os dados nutricionais. São feitas comparações entre os indicadores nutricionais presentes no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de toda a população brasileira e os beneficiários (as) do PBF, o que permite observar se há muita discrepância entre eles. Também é feita pelo Sisvan a análise da tendência do estado nutricional de crianças abaixo de 5 anos por causa do cumprimento do pacto pela saúde³¹, comparando-se os dados das crianças que são do Programa Bolsa Família com as demais do país. Em relação às gestantes, observam-se os dados nutricionais de baixo peso e sobrepeso, de forma a ter um indicativo de maior risco nutricional e de saúde durante a gestação.

O fato de o Estado se atentar para os indicadores antropométricos é relevante e mostra que, para além da preocupação com indicadores de percentual de acompanhamento de famílias, que é um indicador mais geral, a gestão observa os indicadores que expressam a condição nutricional da população, o que está em

³¹O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. No rol dos indicadores do Pacto pela Saúde, na prioridade do Fortalecimento da Atenção Básica, tem-se como um dos objetivos melhorar o acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>.

consonância com o artigo 3º, inciso VII, da Portaria n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004, o qual dispõe que compete à gestão estadual *analisar os dados consolidados de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, gerados pelos municípios, visando constituir diagnóstico para subsidiar apolítica estadual de saúde e de segurança alimentar e nutricional.*

O fato de a coordenação estadual de saúde do Programa Bolsa Família em Goiás estar na Gerência de Vigilância em Saúde fortalece a análise criteriosa dos dados nutricionais. Um exemplo disso é a menção sobre a análise comparativa, via Sisvan, dos indicadores antropométricos das famílias do Bolsa e não beneficiárias, uma vez que o resultado indica se a focalização está alcançando efetividade.

Outro ponto importante a ser considerado é que a coordenação monitora com mais rigor os indicadores relacionados à pactuação feita com o nível federal, por entender que são indicadores prioritários de serem monitorados. Um exemplo dessa priorização é a atenção aos indicadores que constam no documento de orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação, nos componentes pela Vida e de Gestão, do Pacto Pela Saúde, relativo ao biênio 2010-2011. Esses indicadores referem-se à prioridade VI (fortalecimento da atenção básica), mais especificamente ao objetivo V, (reduzir e monitorar a prevalência de crianças de baixo peso, menores de 5 anos). Dentro desse objetivo, há dois indicadores, indicador 21: percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade; e indicador 22, que corresponde ao percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.

Em transição ao Pacto pela Saúde, mais recentemente, foi estabelecido o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) por meio do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.³² De acordo com esse Decreto, o COAP é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

³²O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n.º 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 dar outras providências.

Ainda segundo esse Decreto, o objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde³³, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Assim o fará por meio da definição das responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação a ações e serviços de saúde, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros, forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Entre os indicadores que compõem o COAP, está a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Portanto, assim como foi comentado em relação ao PMAQ, o Pacto pela Saúde, e mais recentemente o COAP, pode ser um importante mecanismo de indução para melhorar não só os indicadores de acompanhamento das condicionalidades de saúde, como outros indicadores de saúde pactuados pelos municípios, pois as famílias no PBF teriam uma representatividade numérica considerável em relação aos indicadores propostos. Em última instância, a intenção é melhorar o entendimento de que a estratégia das condicionalidades possibilita a observação de outros indicadores de saúde para além da agenda do PBF, ou seja, permite um olhar integral sobre as famílias beneficiárias. Por isso, é importante que o COAP seja pautado nessa perspectiva pela gestão estadual em relação à gestão municipal, e a gestão municipal com relação às suas equipes de saúde, responsáveis pelo acompanhamento direto do público do Bolsa Família.

Os próximos questionamentos foram feitos com base em indicadores consultados nos sistemas informacionais relacionados ao acompanhamento das Condicionalidades, a exemplo do Painel de Indicadores de Condicionalidades. *Pelo painel de indicadores foi possível observar que o percentual de cobertura de acompanhamento de saúde em Goiás aumentou mais de 14 pontos percentuais desde a 1ª vigência de 2009. A que você atribui essa evolução? O Estado, em conjunto com os municípios, tem feito alguma estratégia para a melhoria na cobertura de acompanhamento?*

³³ De acordo com o art. 2º, I, do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Conforme pode ser observado na Tabela 01, a evolução, de fato, foi substancial, pois, na primeira vigência de 2009, a cobertura de acompanhamento era de 57,22%, passando para 72,14% na primeira vigência de 2012.

Essa pergunta foi dirigida especificamente à esfera estadual e a intenção foi observar até que ponto saberia explicar esse indicador. As coordenações estaduais (área da saúde e do PBF) referiram que o aumento do percentual era fruto de um trabalho intersetorial e integrado entre as duas áreas e que ambas têm investido principalmente em orientação e capacitação para os municípios:

Coincidentemente, o percentual começa a crescer quando agente (Coordenação Estadual da Saúde e Coordenação Estadual do PBF) começa a fazer cursos integrados. Por exemplo, em 2009 agente fez capacitações. (...) Então, foi uma evolução mesmo, de capacitação, de investimento, de trabalho intersetorial, tudo isso aí...(...) Porque... hoje entendemos que o acompanhamento do Bolsa não é só uma obrigação da saúde, agente trabalha isso integrado enquanto Cadastro Único né. Então temos feito esse trabalho intersetorial de fato, e isso aí, acho que tem colaborado sim nesse processo.

A fala da Coordenação Estadual mostra que o acompanhamento das condicionalidades no Estado de Goiás segue as diretrizes estabelecidas na Portaria n.º 251, de 2012, que trata da gestão de condicionalidades. O artigo 14 da referida Portaria, que dispõe sobre as atribuições dos coordenadores estaduais do PBF, ressalta, nos incisos II, III e IV, os seguintes aspectos, observados também no discurso do representante estadual entrevistado: o apoio do estado aos municípios para realizar o acompanhamento e a gestão das condicionalidades e a importância do trabalho intersetorial promovido pela Coordenação do PBF, por meio de articulação com os gestores das políticas setoriais de saúde, educação e assistência social.

Ainda com relação ao bom desempenho histórico da cobertura de acompanhamento das famílias do Bolsa alcançado pelo Estado, foi feito o seguinte questionamento aos representantes da coordenação estadual da saúde e do PBF: *Como você avalia (ótima, boa, regular, ruim) o percentual de cobertura alcançado pelo estado na 1ª vigência de 2012? Por que dessa avaliação?*

Os representantes da coordenação estadual do PBF e da saúde referiram que o desempenho da última vigência foi bom, embora muitos municípios do estado tenham diminuído o percentual de acompanhamento da 2ª vigência de 2011 para a 1ª vigência de 2012. O que teria mantido a boa tendência de cobertura seria o resultado de Goiânia, que é um município grande e cujos dados de acompanhamento migram do prontuário de atendimento de um sistema de saúde criado pelo município para o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Uma questão interessante, e que denota o quanto questões políticas podem interferir no desempenho da gestão, é que a coordenação estadual relaciona o quadro de piora na cobertura de acompanhamento de muitos municípios no período supracitado a dois fatores: 2012 foi um ano eleitoral, que implicou alternância de poder nos municípios e, por consequência, mudanças no quadro de pessoal que compõe a gestão do Programa, ou mesmo por boicote em relação ao alcance da meta de cobertura de acompanhamento, quando há mudança de partido no governo local.

A hipótese dos atores do estado é reforçada pelos achados de uma análise feita com base no painel de indicadores. Entre a 2ª vigência de 2011 e 1ª de 2012 (ano de eleição municipal), em 116 municípios, do total de 246, houve queda no percentual de acompanhamento de pelo menos 1 ponto percentual. Dentro desse universo, de 116 municípios, 61 tiveram queda de pelo menos 5 pontos percentuais e 32 tiveram queda de mais de 10 pontos percentuais. Goiânia, entre essas vigências, teve um aumento de 10,7 pontos percentuais.

Entre a 1ª vigência de 2012 e 2ª de 2012, em 81 municípios, do total de 246, houve queda no percentual de acompanhamento de pelo menos 1 ponto percentual, inclusive em Goiânia, que tem sistema próprio. Dentro desse universo de 81 municípios, 55 tiveram queda de pelo menos 5 pontos percentuais, e 32 tiveram queda de mais de 10 pontos percentuais. Ao observar se coincidia de algum município se manter caindo na comparação feita entre as vigências supracitadas, foram identificados 44 municípios.

Também com base na série histórica de acompanhamento das condicionalidades contida no painel de indicadores, foi feita uma pergunta aos municípios da pesquisa, com vistas a observar se saberiam explicar o bom percentual de cobertura de acompanhamento alcançado ao longo dos anos e se tinham alguma estratégia de gestão para o alcance desses percentuais.

Pelo painel foi possível observar o bom desempenho, em uma série histórica (2009 a 2012), de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde em

Aparecida de Goiânia (média de 80% de cobertura). Você saberia explicar como o município tem atingido esse resultado?

Aparecida de Goiânia é um município grande e, por consequência, com um número considerável de famílias cujos integrantes têm perfil para serem acompanhados pelas condicionalidades de saúde (19.435 famílias perfil saúde selecionadas para o acompanhamento da 1ª vigência de 2013³⁴). Além disso, é um município em que a maior parte das famílias tem baixo poder aquisitivo e, por isso, migram muito. Devido a esse fator, o público perfil saúde gerado para o acompanhamento em Aparecida, que é o que aparece no Sistema de Gestão do PBF na saúde, pode ter certa defasagem de informação de endereço em relação ao mais atual. Um fator que explica essa defasagem é que o público perfil saúde é gerado com base nos dados do Cadastro Único, o qual é atualizado, obrigatoriamente, somente a cada dois anos. Por isso, as famílias que compõem o público gerado para o acompanhamento pelas equipes de saúde em Aparecida de Goiânia, ao serem buscadas para o atendimento em saúde, podem não ser localizadas. Soma-se a esse aspecto a dificuldade de a cobertura da estratégia saúde da família no município ser baixa, 30,3%, conforme descrito na caracterização do Estado de Goiás, o que se configura como outro fator que dificulta a localização das famílias para o acompanhamento.

Portanto, considerando essas especificidades, a gestão do município referiu ter criado um método para melhorar a operacionalização do acompanhamento. Para tanto, no início de cada vigência, faz um batimento entre o público previsto para acompanhamento no Sistema de Gestão do PBF na Saúde e as famílias do município atualmente referenciadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir desse batimento, é criada uma planilha, no formato Excel, na qual constarão apenas as famílias que permanecem vinculadas a determinada Unidade de Saúde. Nessa planilha constam todos os campos, tal qual aparecem no mapa de acompanhamento da saúde gerado pelo Sistema de Gestão do PBF na saúde, com 3 (três) diferenças: a) na planilha construída constam apenas as famílias atualmente referenciadas a determinada Unidade de Saúde, b) há um campo extra para colocar os respectivos contatos telefônicos das famílias, a fim de facilitar sua localização pelas equipes de saúde; e c) campos em

³⁴ Relatórios de acesso público dos dados de acompanhamento da condicionalidade da saúde de 2005 até a data mais atual disponíveis em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>>.

branco para acrescentar famílias que passam a fazer parte de determinada Unidade de Saúde:

(...) a gente não usa o mapa que vem no sistema, (Sistema de Gestão do PBF na Saúde) porque o município é muito grande, então só famílias com perfil saúde a gente tem quase 19 mil para acompanhar. Então assim, o mapa do sistema para mim, ele não me atende em minha especificidade. A gente tem uma planilha de Excel muito parecida com o mapa e que é personalizada né, cada planilha para sua Unidade tem a relação das famílias que estão vinculadas para aquela unidade de saúde, e se uma família nova chega, a gente orienta: “Oh, vai para a unidade mais próxima de sua casa”. Então, quando a família não tá no mapa, o pessoal acrescenta à caneta. No final, a gente lança isso no sistema, veicula ela à unidade, aia gente consegue acompanhar. Além disso, a gente acrescentou nessa planilha uma coluna onde é anotado o telefone da família. Então se a família vem esse semestre, pesa e tem o telefone, e no semestre que vem ela não aparece, a gente tem como ligar e ir atrás: “por que você não foi acompanhada esse semestre? Tá faltando!” Então com isso a gente consegue alcançar essa meta.

Esse aspecto é descrito por Vaitsman (2009), ao afirmar que, apesar de os sistemas locais de avaliação e monitoramento se articularem ao nacional, um desafio para as gerências locais é identificar que informação necessita ser gerada diante dos problemas específicos de seu município ou território.

Outra estratégia citada pelo município de Aparecida de Goiânia que reflete nos altos percentuais de acompanhamento alcançados é uma ação intersetorial realizada entre as áreas de saúde, ação social e educação, sendo uma das diretrizes previstas na Portaria n.º 251, de 2012, que trata de gestão de condicionalidades:

Ela (coordenadora municipal da educação) envia bilhetes, através da escola pública, para os alunos que têm Bolsa, então a gente consegue aglomerar as famílias beneficiárias do Bolsa Família. E aí, essas reuniões acontecem... a menina da ação social explica como acontece o Cadastro Único, de quanto em quanto tempo eles precisam atualizar os dados do cadastro,... ai a fulana vem e fala da frequência

escolar, como deve ser se a criança transfere de escola, se ela está doente, todas as justificativas, e aí eu também vou e entro e falo quem deve ser acompanhado, onde deve ser acompanhado. Então isso tem funcionado porque às vezes a gente encontra famílias que não sabiam que tinham que acompanhar crianças menores de 7 anos.

É importante destacar que, ao questionar à Coordenação estadual se tinha consciência do porquê do bom desempenho de cobertura de acompanhamento em Aparecida de Goiânia, a resposta foi condizente com o descrito por este município, o que novamente caracteriza um monitoramento analítico realizado pelo estado, o qual procura investigar e explicar o significado dos indicadores:

Em Aparecida a gente tem uma boa adesão, porque as equipes já estão mais sensibilizada, as equipes de saúde mesmo. Então toda rede, ela é estruturada, e tem até um horário específico para atender Bolsa, você chega na Unidade, até a balança tá identificada... “Acompanhamento do Bolsa Família tal dia, tal horário”. Então assim, tem os grandes encontros que eles fazem com esses beneficiários, né, e a assistência social está muito junto delas, a saúde está muito junto com a assistência social, então eu acho que vale considerar isso, porque no estado dá certo, e lá no município também é uma das causas.

Nova Veneza também foi questionada sobre o porquê do bom desempenho histórico no acompanhamento da saúde. Pela resposta dada, observa-se que as características da estratégia adotada por esse município são bem diferentes do que é feito em Aparecida de Goiânia. A gestão de Nova Veneza, ao contrário de Aparecida, não utiliza estratégias relacionadas à gestão da saúde, como o referenciamento de famílias por UBS, ou ações articuladas entre as áreas setoriais envolvidas no acompanhamento de condicionalidades. Para melhorar o acompanhamento das famílias, Nova Veneza utiliza-se de um mecanismo de gestão de benefício para conseguir localizar e acompanhar as famílias. Por meio do sistema da Caixa de gestão de benefícios – o Sibec –, o benefício da família é bloqueado por 72 horas, e tal procedimento faz com que as famílias procurem a gestão para saber a razão do bloqueio. Localizada a família, ela é acompanhada pelas condicionalidades de saúde:

Os beneficiários vêm com o papelzinho que eu mesmo bloqueei né, aí eu... “nossa bloqueou hein! vamos ver o que você deixou de fazer”, só que eu joga lá no Sibec; “família não cumpriu as condicionalidades” aí eu explico para eles: “as condicionalidades, gente, são: você não pesou você não procurou o agente de saúde que é o que me ajuda para observar o peso, a altura e as vacinas em dia e a sua criança está fora da escola. Os beneficiários falam: “só isso” eu falo: “só isso?” Eu não vou desbloquear enquanto vocês não trouxerem para mim a frequência, o peso e altura e eu quero ver o cartão de vacina. (...) E eu preciso bloquear essas famílias porque o que o governo exige é muito pouco. (...) E muitas que não apareciam nas planilhas do peso e altura e a vacina em dia, hoje os agentes de saúde falam para mim que elas são as primeiras a chegarem nos postos.

Essa estratégia, apesar de operacionalmente ter se mostrado eficaz e ter refletido positivamente no percentual de acompanhamento, dependendo da abordagem realizada, pode dar uma ideia de penalização para a família, caso ela não cumpra os compromissos relacionados à agenda de saúde. Um aspecto observado pela fala da gestão é quanto à sua concepção de que, muitas vezes, as famílias não têm consciência da importância de serem acompanhadas e, por isso, deve haver mecanismos de indução desse processo. Essa concepção da gestão se aproxima muito do que foi exposto por Schady et al. (2009), ao argumentarem que o investimento das famílias pobres em educação e saúde, considerado por elas como ótimo, pode não ser o ótimo socialmente requerido, o que justificaria a imposição de condições às famílias pelo Estado.

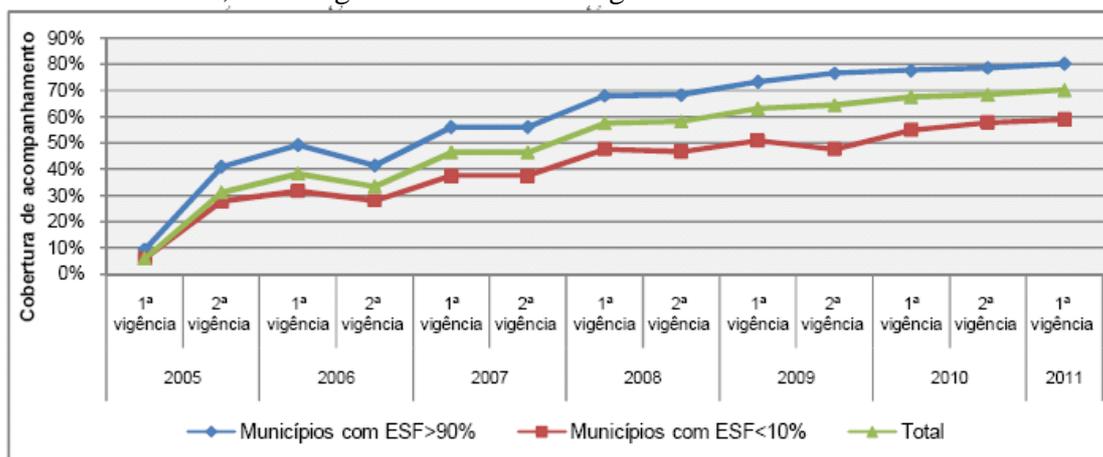
As próximas duas perguntas dirigidas ao município e ao Estado dizem respeito à forma de organização da saúde que prevalece na realização do acompanhamento das condicionalidades de saúde – Estratégia Saúde da Família ou Modelo Tradicional da Unidade Básica de Saúde –, e o que isso impacta nos resultados de acompanhamento. Considerou-se importante abordar esse tópico, pois, em muitos municípios do Brasil, o percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde alcançado é influenciado pela cobertura da ESF.

De acordo com uma análise histórica feita pelo Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica elaborada em agosto de 2011 pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/MS), observou-se que há relação direta entre a cobertura de

acompanhamento das condicionalidades de saúde nos municípios e a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa análise baseou-se na média dos percentuais de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos municípios em função da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Pelos resultados apresentados no gráfico 04, conclui-se que, desde o início da implementação das condicionalidades de saúde em 2005, a média da cobertura de acompanhamento de saúde é maior naqueles municípios com maior cobertura de ESF. Em relação à 1ª vigência de 2011, que é o último período descrito no gráfico, nos municípios com baixa cobertura de ESF (<10%), a média de cobertura de acompanhamento de saúde foi de 59%, enquanto a média para municípios com alta cobertura (ESF >90%) foi de 80,3%.³⁵

Gráfico 04: Evolução da média das coberturas de acompanhamento do Programa Bolsa Família pelas condicionalidades de saúde em função da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, da 1ª vigência de 2005 à 1ª vigência de 2011*



Fonte: MINISTÉRIO da SAÚDE/DATASUS/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

*Em função de reprocessamentos, alguns dados podem ter sido modificados em relação à vigência (s) anterior (es).

Considerando esses resultados, as perguntas dirigidas ao Estado e aos municípios foram: *Como a área de saúde da maioria dos municípios do Estado de Goiás/ou de seu município, se organiza para acompanhar as condicionalidades de saúde associadas ao PBF? Prevalece qual modelo? Você acha que o modelo de atendimento da atenção básica de saúde que prevalece interfere nos resultados de acompanhamento alcançados? Por quê?*

³⁵No gráfico, a evolução dos números descrita como total corresponde à cobertura total de acompanhamento, considerando todos os municípios do país.

Em relação a essas perguntas, os representantes da coordenação estadual referiram que os dois modelos de Atendimento – Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família – estão envolvidos no acompanhamento das condicionalidades na maior parte dos municípios, até porque as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão organizadas dentro de Unidades Básicas de Saúde e a cobertura de ESF no estado de Goiás, de maneira geral, é boa, como pode ser observado pelos dados apresentados na caracterização do Estado de Goiás– em 186 municípios, a cobertura da ESF está acima de 90%:

Esse mesmo questionamento foi feito no nível municipal aos gestores do PBF e coordenadores da saúde. Esses atores responderam que prevalecem os dois modelos, mas referiram que, nas localidades de seus municípios onde a cobertura de estratégia de saúde da família é maior, o desempenho no percentual de acompanhamento de saúde também é maior, o que reforça o argumento apresentado pela CGAN do Ministério da Saúde.

Seguindo a linha de análise de dados presentes no Painel de Indicadores de Condicionalidades, questionou-se à coordenação estadual sobre dois indicadores que apresentaram quedas importantes e desejáveis no Estado entre a 1ª vigência de 2009 e 1ª vigência de 2012, que são o percentual de famílias não visitadas e o de famílias não localizadas para o acompanhamento das condicionalidades.

De acordo com a série histórica do painel de indicadores pode-se observar que o número de famílias não visitadas no Estado diminuiu consideravelmente da 1ª vigência de 2009 para a 1ª vigência de 2012 - 10 pontos percentuais - (de 34,36% para 24,10%). Saberia relatar o que possibilitou essa diminuição?

Ainda tendo por base o painel, houve redução no número de famílias não localizadas em Goiás entre a 1ª vigência de 2009 e 1ª vigência de 2012- 4,5 pontos percentuais (6,59% para 2,04%). Saberia relatar o que possibilitou essa diminuição?

Em relação às famílias não localizadas para acompanhamento, no ano de 2012 foi criada uma estratégia conjunta entre o MDS e o MS com o intuito de minimizar esse problema, a qual consistia no envio de mensagem pelo extrato bancário às famílias

nessa situação, solicitando o comparecimento às Unidades de Saúde para fazer o acompanhamento das condicionalidades de saúde referente à vigência.

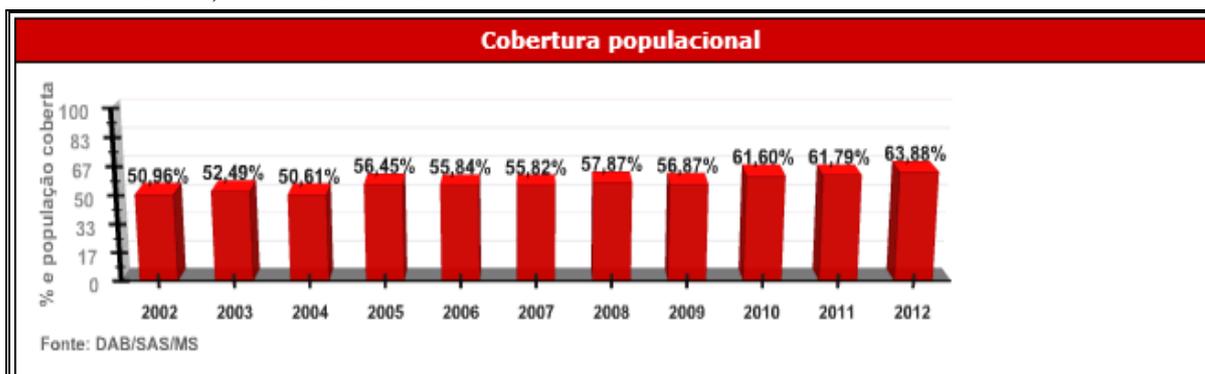
Em relação ao primeiro indicador questionado, famílias não visitadas, o estado de Goiás apresentou algumas hipóteses para a queda desejável nos seus índices, como melhoria da cobertura de estratégia saúde da família no Estado desde 2009, além de maior contratação de profissionais para a área de saúde da família, por requisição do Ministério Público.

Com relação à queda desejável no indicador – famílias não localizadas –, a coordenação estadual, além de atribuir novamente essa queda ao aumento na cobertura de estratégia saúde da família, a partir de 2009, considera que houve mais informação para as famílias buscarem as Unidades de Saúde, de maneira a realizar o acompanhamento, e sobre esse aspecto a gestão faz referência à estratégia adotada pelo MDS e MS, que é o envio de mensagem pelo extrato bancário às famílias beneficiárias não localizadas. Além disso, a gestão estadual também destaca como fator de melhoria na localização das famílias a ação dos agentes comunitários de saúde de informá-las sobre a importância de atualizarem seus endereços no Cadastro Único, em caso de mudança.

(...) O aumento da cobertura das equipes de saúde da família e também informar as famílias para procurarem a Unidade, e... há alguns anos a gente tem estimulado a questão: “Se o agente de saúde chega ao território e descobriu que a família não mora mais lá, ele faz uma alerta para família atualizar no Cadastro.

O argumento da Gestão estadual sobre o aumento da cobertura das equipes de estratégia saúde da família no Estado de Goiás, a partir de 2009, relacionar-se à melhoria nos indicadores citados, está de acordo com os dados apresentados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Gráfico 05). A partir de 2009, houve um aumento importante no percentual de cobertura populacional das equipes da estratégia saúde da família no estado de Goiás, passando de 56,87% em 2009 para 63,88% em 2012, um aumento de 7 pontos percentuais. Crescimento próximo a essa taxa só teria sido observado entre 2004 e 2005 (5,84 pontos percentuais).

Gráfico 05: Evolução da cobertura populacional de equipes de saúde da família no Estado de Goiás, entre 2002 e 2012



Fonte: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

Outros dois argumentos foram apresentados pela coordenação estadual para justificar a diminuição do número de famílias não visitadas e não localizadas. Por meio do primeiro argumento a coordenação, explica sobre a diminuição do índice de famílias não visitadas, mencionando que por trás desse indicador está a maior capacitação das equipes municipais de saúde sobre a importância de fazer busca ativa e acompanhar as famílias do Bolsa. De acordo com a coordenação estadual, a partir dessas capacitações, as famílias constantes no mapa, antes “invisíveis”, se tornariam “visíveis” para os profissionais que estão sendo capacitados e sensibilizados sobre a importância do acompanhamento das condicionalidades e, por consequência, esse fato aumenta a busca ativa pelas famílias:

Eu acho que antes as famílias estavam na invisibilidade, elas começam a ter um papel diferenciado na gestão municipal.. tá, elas passam a ter mais visibilidade na gestão municipal a partir das capacitações que a gente faz. Então eu acho que eles (profissionais de saúde) começam a perceber que é importante acompanhar, que ela (a família beneficiária) existe que é um direito que ela tem.

No segundo argumento, a coordenação estadual apresenta uma hipótese para a redução no número de famílias não localizadas, que é a implementação de algumas ações no âmbito do Plano Brasil sem Miséria, as quais teriam contribuído para atrair as famílias aos serviços de saúde, possibilitando sua localização e acompanhamento. As ações descritas são: implementação do benefício variável gestante e nutriz e a

possibilidade de ampliação do valor do benefício do PBF para pelo menos 70 reais *per capita* para famílias que apresentassem soma da renda familiar *per capita* mensal inferior a esse valor e que tenham em sua composição crianças e adolescentes de até 15 anos, estratégia batizada, na época, de Brasil Carinhoso. Portanto, uma vez que as famílias sabem que a manutenção do recebimento dos benefícios variáveis do PBF, ou início de sua concessão, no caso do benefício variável gestante (BVG) depende do acompanhamento delas pelas condicionalidades de saúde, acabam buscando mais os serviços de saúde, e isso diminui o percentual de famílias não localizadas:

Eu acho que o município passou a traçar estratégias de como localizar essa família, da busca ativa, além disso, existem programas que vem reforçar isso, tipo o benefício variável da gestante, da nutriz, o Brasil Carinhoso. Então, de certa forma, também eles (os programas) motivam esse acompanhamento e essa família a buscar o serviço também.

Outro indicador questionado à gestão nos dois níveis foi o total de gestantes acompanhadas. Em relação a esse indicador, nota-se, pela série histórica do Painel de Indicadores (Tabela 05), que não só em Goiás, como no Centro-Oeste e no Brasil, há grande oscilação no total de gestantes acompanhadas entre as vigências, sendo que houve progresso importante entre a 2ª vigência de 2011 e 1ª vigência de 2012, pois o aumento no total de gestantes acompanhadas nesse período foi de 43,19% no Brasil, 44,22% no Centro-Oeste e 49,22% em Goiás.

Tabela 05- Total de gestantes acompanhadas pelas condicionalidades de saúde - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012 - e evolução percentual entre as vigências.

Região / Unidade da Federação/Ano	1ª vigência de 2009	2ª vigência de 2009	1ª vigência de 2010	2ª vigência de 2010	1ª vigência de 2011	2ª vigência de 2011	1ª vigência de 2012
Brasil	97.273	101.602	101.669	120.761	118.074	117.018	167.562
Centro-Oeste	5.053	5.633	5.720	5.773	6.068	5.708	8.232
Goiás	1.942	2.255	2.735	2.754	2.723	2.296	3.426
Evolução (%)							
Brasil	4,45	0,07	18,78	-2,23	-0,89	43,19	
Centro-Oeste	1,48	1,54	0,93	5,11	-5,93	44,22	
Goiás	16,12	21,29	0,69	-1,13	-15,68	49,22	

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionalidades- Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

Considerando esse avanço no total de gestantes acompanhadas entre a 2ª vigência de 2011 e 1ª vigência de 2012, questionou-se à gestão estadual o que poderia explicá-lo. Os coordenadores estaduais das duas áreas (PBF e Saúde) mencionaram que esse aumento estaria relacionado ao início da operacionalização do benefício variável gestante (BVG), cuja implementação ocorreu em dezembro de 2011, data que coincide com a tendência de aumento mais substancial no total de gestantes acompanhadas pelas condicionalidades de saúde, ocorrida não só em Goiás como também no Brasil e na região Centro-Oeste.

Antes eu não recebia pergunta sobre gestantes, isso não mobilizava município, a partir do momento que foi divulgado, ele (o BVG) passou a mobilizar as equipes locais (equipes de saúde) para isso.

Os resultados quantitativos reforçam o argumento da gestão de que o BVG teria funcionado, pelo menos no início de sua implementação, como um mecanismo de indução para que as gestantes beneficiárias buscassem mais os serviços de saúde e

fossem acompanhadas, além da maior mobilização das equipes de saúde, sendo que esse aspecto pode ter impactos positivos em relação ao início mais precoce do pré-natal pelas beneficiárias do programa.

Ainda na perspectiva de análise de dados pelo painel de indicadores, foram feitos alguns questionamentos ao município de Aparecida de Goiânia, relacionados aos indicadores de resultado do acompanhamento das condicionalidades de saúde, com a intenção de identificar se a coordenação atentava para esses dados e se sabia explicá-los. Os questionamentos feitos ao Município tiveram origem na análise feita sobre os dados do Painel de Indicadores de Condicionalidades durante a realização deste estudo e, nessa oportunidade, um indicador que chamou a atenção sobre Aparecida de Goiânia foi o percentual de acompanhamento de crianças, que está bem aquém do percentual de famílias acompanhadas nesse município. Em regra, tanto no Brasil como nos Estados, e Goiás não foge à tendência, o percentual de famílias acompanhadas está *pari passu* com o percentual de crianças acompanhadas, até mesmo porque o que aumenta o percentual de acompanhamento das famílias geralmente é o acompanhamento de crianças, devido à universalização da vacinação e à forma como os dados da saúde são consolidados pelo MS para considerar uma família totalmente acompanhada.³⁶

A análise da Tabela 06 permite constatar essa característica. No Brasil, o percentual de famílias acompanhadas nas últimas sete vigências (1ª de 2009 a 1ª de 2012) ficou entre 63,08% (menor valor) e 72,79% (maior valor) e, nessa mesma tendência, variou o percentual de crianças acompanhadas: menor percentual (67,72%) e maior (73,06%). No Estado de Goiás, entre a 1ª vigência de 2009 e a 1ª vigência de 2012, o menor percentual de acompanhamento de famílias foi de 57,22%, e o maior igual a 72,14%. O percentual de acompanhamento de crianças evoluiu de forma praticamente igual nesse período, sendo o menor percentual igual a 64,71% e o maior igual a 71,19%. Em Aparecida de Goiânia, não se observa essa mesma tendência, pois, enquanto o acompanhamento de famílias, nesse período, apresentou como menor valor o percentual de 78,63% e de maior valor o de 82,92%, o percentual de crianças acompanhadas foi bem inferior a estes dados, considerado o mesmo período: menor percentual igual a 51,53% e maior igual a 62,89%.

³⁶Ver Quadro 11 do Capítulo 2 deste trabalho, que trata das regras de consolidação dos resultados das condicionalidades de saúde.

Tabela 06 -Evolução comparativa da cobertura de acompanhamento de famílias e de crianças – Brasil e Estado de Goiás e Aparecida de Goiânia – 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012

Brasil/							
Unidade da Federação/ Município	Cobertura de Acompanhamento de Famílias (%)						
	2009		2010		2011		2012
	1ª Vig.	2ª Vig.	1ª Vig.	2ª Vig.	1ª Vig.	2ª Vig.	1ª Vig.
Brasil	63,08	64,48	67,51	68,42	70,20	71,85	72,79
Goiás	57,22	64,90	66,57	67,43	70,04	71,11	72,14
Aparecida de Goiânia	80,82	82,06	82,92	78,89	81,45	78,63	81,68

Brasil/							
Unidade da Federação/ Município	Cobertura de Acompanhamento de Crianças (%)						
	2009		2010		2011		2012
	1ª Vig.	2ª Vig.	1ª Vig.	2ª Vig.	1ª Vig.	2ª Vig.	1ª Vig.
Brasil	68,66	67,72	69,05	69,82	70,99	72,18	73,06
Goiás	64,71	65,14	68,63	68,79	69,22	68,74	71,19
Aparecida de Goiânia	53,08	51,53	55,01	55,24	62,89	54,64	58,95

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionais –Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

Ao considerar esses dados, poder-se-ia inferir que o percentual de acompanhamento de gestantes em Aparecida fosse alto, e esse índice elevaria o percentual de famílias acompanhadas nesse município. Mas o percentual de acompanhamento de gestantes em Aparecida, considerando a estimativa de mulheres grávidas beneficiárias para o município feita pelo MS, também é historicamente baixo, conforme pode ser observado na Tabela 07, sendo o maior percentual alcançado correspondente à 1ª vigência de 2009 –igual a 12,62%.

Tabela07-Evolução do percentual de acompanhamento de gestantes em Aparecida de Goiânia - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012, em relação à estimativa de gestantes do município

Município	2009		2010		2011		2012
	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência
Aparecida de Goiânia	12,62	9,58	10,94	6,51	2,12	4,37	5,61

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionalidades - Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012

Portanto, diante dessas análises, restava entender qual fator elevava historicamente o percentual de acompanhamento das famílias nesse município, já que o de crianças e o de gestantes eram historicamente baixos. Como explicação para esse indicador, a coordenação municipal apresentou o fato de o acompanhamento de mulheres em idade fértil elevar esse índice, pois, na consolidação dos dados de acompanhamento da saúde, mesmo que uma mulher não esteja grávida, uma vez que ela tenha sido acompanhada, esse resultado entra no cômputo do percentual de acompanhamento das famílias, como foi descrito no Quadro 11 do Capítulo 2:

Assim, o maior percentual de acompanhamento que a gente tem é de mulheres, até pela questão da maternidade, elas vão pra fazer eh... exame preventivo, ou consulta de rotina com o ginecologista, então o acompanhamento dela já é feito.

Diante do argumento da gestão para explicar o que alavanca o percentual de acompanhamento de famílias em Aparecida de Goiás, foi feita uma breve análise da composição familiar do público previsto para acompanhamento das condicionalidades de saúde nesse município. Foi necessário proceder a essa análise porque, conforme explicado no Quadro 11 do Capítulo 2, se na composição da família, além de mulheres em idade fértil (14 a 44 anos), houver pelo menos uma criança em idade de acompanhamento (0 a 7 anos), caso essa criança não seja acompanhada, toda a família é considerada não acompanhada. Como é bem frequente que as famílias tenham crianças, não seria correto afirmar, sem essa análise, que o fator que alavanca o percentual de acompanhamento das famílias nesse município é o acompanhamento de mulheres.

Considerando todo o exposto e observando os resultados da composição familiar do público perfil saúde de Aparecida de Goiás, acompanhados pelas condicionalidades na 2ª vigência de 2012, é possível chegar a algumas conclusões:

-De acordo com o resultado do acompanhamento da saúde, referente à 2ª vigência de 2012, havia um total de 18.780 famílias acompanhadas em Aparecida de Goiânia;

- Desse total, 9.008 famílias são compostas somente por mulheres com idade fértil (14 a 44 anos). Se, em tese, todas essas mulheres fossem acompanhadas, quase 50% de acompanhamento já seria alcançado, pois, segundo a regra descrita no Quadro 11 do Capítulo 2, para famílias compostas apenas por mulheres em idade fértil, se pelo menos uma for acompanhada, toda a família é considerada acompanhada. Seguindo essa linha de raciocínio, os outros 30% de acompanhamento (para se chegar à casa dos 80%, que é a média de percentual acompanhamento de famílias beneficiárias em Goiás), seriam referentes às famílias compostas por: a) por mulheres em idade fértil e crianças em idade de acompanhamento (crianças entre 0 e 7 anos); e/ou b) famílias que não tivessem mais mulheres em idade fértil, mas que fossem compostas por crianças nessa faixa etária.

Portanto, há indicadores que reforçam o argumento da gestão no sentido de que o que tem alavancado o percentual de famílias acompanhadas em Aparecida de Goiânia é o percentual de mulheres em idade fértil acompanhadas.

Nos relatórios de resultado de acompanhamento das condicionalidades de saúde gerados pelo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, passou a constar o total de mulheres acompanhadas em idade fértil, por município, pois antes somente constava o total de gestantes acompanhadas. Mas, no momento em que essa pesquisa foi realizada, esses dados ainda não eram disponibilizados para consulta pública, então, para fazer a análise sobre o perfil do público de acompanhamento de saúde do município de Aparecida, foram consultados os bancos de dados internos do Decon. A partir da disponibilidade desse indicador no relatório do Sistema de Gestão do PBF na saúde, estados e municípios puderam ter acesso aos dados e observar se seguem essa mesma tendência de público para acompanhamento que ocorre em Aparecida de Goiânia.

Com relação ao baixo percentual de acompanhamento de crianças, a justificativa dada pela gestão de Aparecida de Goiânia refere-se à situação socioeconômica e geográfica do município, como o fato de as famílias de Aparecida mudarem muito de

endereço por questão de renda – o que dificulta a localização das crianças para o acompanhamento – e a proximidade desse município com Goiânia, pois em razão desse aspecto, muitas famílias optam pelos serviços de saúde de Goiânia para realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças:

Uma dificuldade que a gente encontra eh..., que as famílias aqui mudam demais, então assim, hoje a gente encontra, amanhã não encontra mais, e às vezes acontecem casos de, por exemplo, já aconteceu, da pessoa me ligar aqui e: “olha, tô ligando para passar o peso do meu filho”, “mas porque você não foi até a unidade?”, “ah porque eu tô morando no Maranhão”. Então assim, as pessoas mudando às vezes de cidade, de Estado, e por ser muito perto de Goiânia, vão muito às unidades de saúde de Goiânia, e não de Aparecida, e aí essa dificuldade, esse menor percentual de acompanhamento de crianças.

(...) Porque às vezes assim, num bairro tem lá três equipes da estratégia saúde da família e para eles (beneficiários) aquilo lá não é o posto de saúde, para eles não é, ainda aqui eles têm muito a mentalidade de, assim: “unidade de saúde é um hospital grande, aquele de urgência e emergência. E por ser muito próximo de Goiânia, eles vão demais lá.

A mesma justificativa sobre a proximidade de Aparecida de Goiânia com Goiânia é dada em relação ao baixo acompanhamento de gestantes.

O quê que acontece..., muitas, a maioria delas faz o pré-natal em Goiânia. Então assim, pelos hospitais lá serem de maior porte, então sabe, as vezes pega o comprovante de endereço de uma pessoa de Goiânia para ser atendida em Goiânia.

Uma consequência negativa para essas gestantes é que, por não serem acompanhadas em relação ao pré-natal no município ao qual estão vinculadas³⁷ pelo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, os resultados do acompanhamento de seu pré-natal não são inseridos nesse sistema. Então, se a informação da gravidez não está disponível no sistema da saúde, mesmo que na prática essas gestantes tenham sido acompanhadas pelo sistema de saúde em outro município, elas não serão elegíveis ao benefício variável gestante (BVG). Esse fato ocorre porque é com base na identificação da gravidez e no registro desse dado no sistema da saúde que o Ministério da Saúde consolida as informações constantes nesse sistema e as repassa ao MDS. Esse órgão, por sua vez, inicia os trâmites para conceder o benefício com base nessa informação.

A fala dos representantes municipais denota conhecimento sobre a realidade socioeconômica, geográfica e cultural do município, que é um universo maior do que o da atuação de saúde, a qual é influenciada por essas variáveis. Além disso, a gestão municipal consegue identificar, não só por meio de indicadores, mas pela vivência de gestão, o quanto esses fatores interferem nos resultados de acompanhamento e nos objetivos que se deseja alcançar em termos da ação das condicionalidades, que é o acesso aos serviços de saúde com qualidade. Outro aspecto interessante a ser destacado, diante dos relatos do município, é o fato de as condicionalidades colocarem em evidência a influência dos fatores socioeconômicos, geográficos e culturais no acesso aos serviços de saúde, o que é positivo, pois esse diagnóstico pode ensejar mudanças importantes em relação à oferta e à qualidade na prestação desses serviços.

As próximas duas questões foram dirigidas tanto em nível estadual quanto municipal de gestão e diz respeito aos indicadores nutricionais, resultantes do acompanhamento do peso e altura, especialmente de crianças, que constitui uma das condicionalidades de saúde prevista.

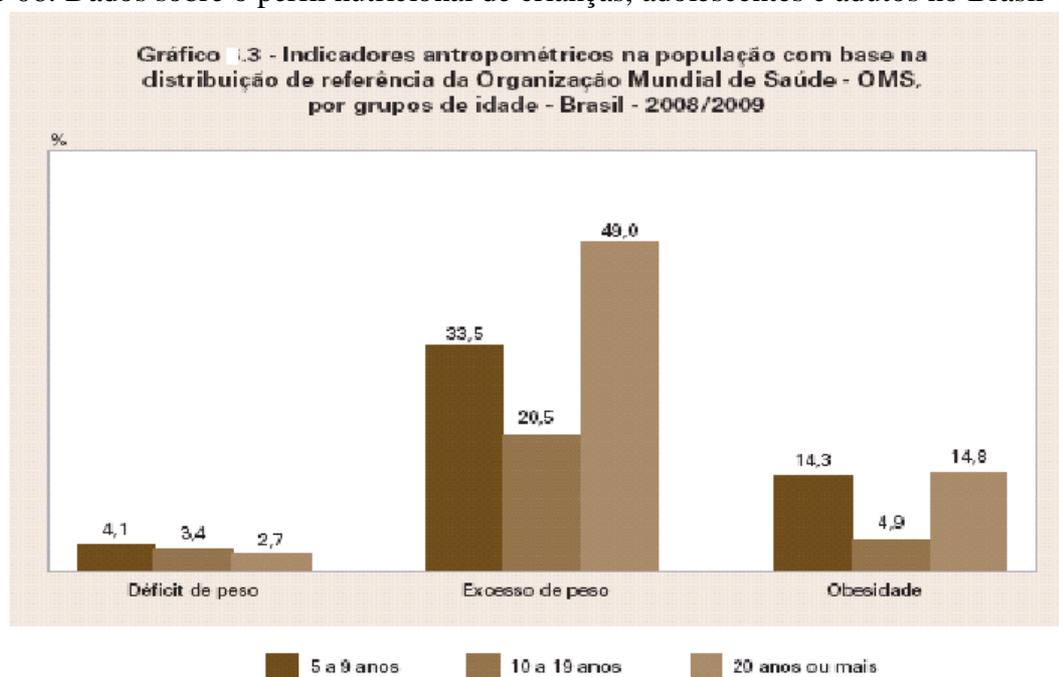
Como estão os indicadores relacionados ao estado nutricional de crianças do PBF no Estado de Goiás? Há um monitoramento sistemático desses dados? Se sim como é feito? É realizada alguma ação tendo por base os resultados nutricionais?

³⁷ No sistema de Gestão do PBF na saúde, semestralmente, e com atualização no meio da vigência, é carregada uma base de dados, por município, com a relação das mulheres beneficiárias do Bolsa Família que teriam perfil para serem acompanhadas pela saúde (a maioria está na faixa etária de 14 a 44 anos).

A coordenação estadual de Goiás refere que o estado nutricional dos beneficiários do PBF, em sua região, segue a mesma tendência dos resultados encontrados nos estudos de base nacional realizados pelo IBGE. Ou seja, redução dos casos de baixo peso e aumento de sobrepeso e obesidade, característica observada tanto nas crianças como nas mulheres que são o público de acompanhamento. O Estado usou o termo “transição nutricional” para descrever esse quadro atual, nomenclatura que já vem sendo utilizada por Batista Filho e Rissim (2003) em estudos comparativos de inquéritos nutricionais de anos anteriores, a exemplo do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF, 1974/1975); da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989); e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 1995/1996).

Dados mais recentes, obtidos por meio da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada em 2008 e 2009, também demonstram essa tendência alarmante de maior prevalência de sobrepeso e obesidade, comparada ao baixo peso, desde a fase de criança e adolescência até a fase adulta e envelhecimento, conforme pode ser observado no Gráfico 06.

Gráfico 06: Dados sobre o perfil nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil



A coordenação estadual, além de ressaltar o problema do aumento da obesidade em crianças e mulheres, demonstra a preocupação com o fato de esse quadro estar

evoluindo na população de baixa renda, que é uma tendência também descrita na POF 2008/2009. De acordo com dados dessa pesquisa, em crianças de 5 a 9 anos, pertencentes a famílias classificadas no primeiro quinto de renda, a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou substancialmente nos dois sexos entre os estudos realizados em 1989 (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição) e a POF de 2008/2009. Em relação ao sobrepeso, no sexo masculino, o percentual aumentou de 8,9% para 26,5% e, no sexo feminino, o aumento foi de 5,4% para 23,2%. Em relação à obesidade, no sexo feminino, o aumento foi de 8 pontos percentuais, passando de 0,8 para 8,8%. No caso dos meninos, o aumento foi maior, 9,4 pontos percentuais, passando de 1,4 para 10,8%

Os dados nutricionais do acompanhamento das condicionalidades de saúde (1ª vigência de 2012) referentes à prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de 5 a 7 anos beneficiárias do PBF no estado de Goiás também são consideráveis: para o sexo feminino, em relação a sobrepeso, o percentual foi de 6,3%, e à obesidade, igual a 4,4%. No sexo masculino, a tendência é um pouco maior para sobrepeso e obesidade – 7% e 6,8%, respectivamente.

No caso das gestantes, as prevalências no Estado em relação a sobrepeso e obesidade são ainda mais preocupantes. Das 2.699 gestantes avaliadas nutricionalmente pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde, na 1ª vigência de 2012, 23% estavam com sobrepeso e 13,5% com obesidade.

No que diz respeito a realizar alguma ação tendo por base esses indicadores, a coordenação estadual mencionou a implantação de um plano estadual de combate à obesidade que está sendo construído com base nesses indicadores de aumento de sobrepeso e obesidade na população de baixa renda. Referiu ainda que já realiza oficinas de arte culinária, de educação alimentar e nutricional e seminários intersetoriais, nos quais os dados nutricionais são trabalhados por meio de estudos de casos.

A fala da coordenação municipal de Aparecida de Goiânia, no que se refere aos questionamentos supracitados sobre estado nutricional da população beneficiária, também demonstra entendimento e preocupação em relação a esses indicadores. Por isso, a gestão realiza um monitoramento analítico desses dados, o que pode ser observado pela explicação dos indicadores, além do fato de esse monitoramento resultar em ações de combate aos problemas nutricionais identificados, por meio da ação dos Núcleos de Apoio à Saúde das Famílias (NASF):

As nutricionistas dos NASFS usam esses dados como referência para as ações que elas executam. Então assim, a gente tem grupos que elas chamam de alimentação saudável, grupos de obesos, sobrepeso, grupos específicos para crianças a gente já tem, e aí a gente tem o apoio das nutricionistas dos NASFS que fazem isso.

De acordo com Jaime et al (2011), esse deve ser, de fato, o papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Famílias (NASF), qual seja, subsidiar o trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica e potencializar o escopo das ações em nível de resolutividade, territorialização e regionalização. Essa estratégia, criada em 2008, conta com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre elas, a Nutrição, os quais atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas, e atuando diretamente no apoio a elas e na unidade na qual o NASF estará cadastrado. Assim como descrito pela coordenação municipal de Aparecida de Goiânia, o NASF deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família.

De forma a ter um panorama dos principais indicadores consultados pela gestão estadual em relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, e se o monitoramento desses indicadores se traduzia em ações, questionou-se à gestão estadual e à municipal: *Quais informações são consultadas com mais frequência em relação às condicionalidades de saúde? Com qual frequência esses dados são consultados? É feita alguma ação com base nesses indicadores.*

Tanto a coordenação estadual quanto a municipal referiram consultar semanalmente a cobertura de acompanhamento de condicionalidades das famílias, sendo que o município se baseava nos relatórios enviados pelo estado para realizar esse monitoramento.

Segundo a coordenação estadual do PBF e a coordenação estadual da saúde, o indicador de cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias é semanalmente monitorado pelas duas áreas. O monitoramento desse indicador é feito por recortes de alcance de coberturas e, nessa lógica, os municípios são agrupados em “abaixo de 20% de acompanhamento”, que é o valor mínimo para o recebimento do IGD, “abaixo de 40%”, que foi um ponto de corte considerado importante pela gestão estadual, e “abaixo de 60%”, que também é um parâmetro interessante para o estado, pois se todos os

municípios atingem 60% de cobertura de acompanhamento, esse fator tem repercussão positiva no Índice de Gestão Descentralizada do Estado (IGDE). O estado também ressalta que seu monitoramento não se restringe a esses indicadores, mas ocorre também por meio da interlocução com o município, e esse aspecto até auxilia no entendimento dos dados.

Eu vou fazendo essa progressão, 20, 40 e 60. Os municípios que estão abaixo de 60% eu monitoro às vezes mais para poder ver se tá crescendo ou não. (...) E aí, eu também procuro saber, né, como é que tá a equipe e a intersetorialidade local, fazer essa leitura também, só que aí não é por indicador, é mais no diálogo com o município.

Há interlocução contínua entre a coordenação estadual do PBF e a coordenação estadual da saúde para discutir os diferentes desempenhos alcançados pelos municípios durante a vigência, diagnosticar possíveis problemas enfrentados por eles e planejar capacitação e orientação para os municípios, de maneira que possam melhorar os processos de trabalho e alcançar êxito nos resultados das condicionalidades. Esses aspectos demonstram que há protagonismo não só da Coordenação Estadual da saúde no monitoramento das condicionalidades de saúde, como também da Coordenação Estadual do PBF, o que caracteriza que o monitoramento no nível estadual está em consonância com uma das competências da coordenação estadual do PBF descritas no artigo 13, inciso II, do Decreto n.º 5.209, de 2004, o qual dispõe que uma das competências do estado é *promover ações que viabilizem a gestão intersetorial, na esfera estadual*.

Ainda no que se refere aos diferentes indicadores consultados, resultantes do acompanhamento das condicionalidades de saúde, a coordenação estadual ressalta que, além do monitoramento dos indicadores mais usuais relacionados às condicionalidades, a exemplo da cobertura de acompanhamento das famílias, há definição de ações com base em outros indicadores, como a priorização de suplementação de ferro e vitamina A em municípios com grande número de famílias beneficiárias do PBF, prioritários no âmbito do Programa Brasil sem Miséria\:

Semanalmente ocorre esse acompanhamento, das famílias totalmente acompanhadas, aí depois a gente vê aquele acompanhamento das

famílias vinculadas ao Plano Brasil sem Miséria, tentando associar a implantação do programa de vitamina A, aí outro que a gente faz associação é aqueles municípios que tem o programa saúde na escola implantado, e o acompanhamento do estado nutricional” são os que a gente mais usa.

a gente atrela, por exemplo, utiliza como justificativa: “olha, vamos melhorar a cobertura do PNSF (Programa Nacional de Suplementação de Ferro) e de vitamina A nesses municípios onde têm o Plano Brasil sem Miséria” que além de ter o IDH baixo, tem mais famílias beneficiárias do Bolsa família. (...) Então a gente tenta priorizar aqueles que são mais prioritários.

Em relação à terceira parte da pergunta –*É feita alguma ação com base nesses indicadores?* –, a coordenação estadual refere utilizar os indicadores como instrumentos para várias ações: a) diagnóstico da situação do município antes de realizar visita técnica; b) planejamento de capacitações sobre como utilizar as funcionalidades dos sistemas atualmente existentes de inserção de dados resultantes do acompanhamento de condicionalidades de saúde; c) formulação de seminários que fomentem o trabalho intersetorial entre as áreas envolvidas no acompanhamento das condicionalidades de saúde; e c) realização de oficinas de formação sobre como preencher corretamente os formulários da saúde, a exemplo da caderneta da criança, onde são anotados dados como vacinas ministradas e evolução do crescimento e desenvolvimento da criança:

(...) sim, oficinas de formação em caderneta (caderneta de registro das vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde nos primeiros anos de vida e do peso e altura, além de outros registros) junto com a área da criança, então é ao longo do ano que elas acontecem, os seminários intersetoriais é ao longo do ano, as oficinas de programas e sistemas são ao longo do ano. Então nessas oficinas a gente extrai dados e trabalha os indicadores com eles (municípios). (...) Então a gente constantemente trabalha esses dados nas diferentes formações. E em visita também, se a gente vai visitar faz todo o inquérito daquele município NE, e um painel para levar e tentar traduzir aquilo em ações.

No artigo 11º da Portaria n.º 251, de 2012, é ressaltada a importância do trabalho intersetorial entre as áreas relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades, e a conjugação de esforços entre os entes federados para êxito na gestão das condicionalidades. Além disso, nesse mesmo instrumento, no artigo 14º, inciso VI, e no artigo 15º, inciso VIII, está prevista a competência estadual e municipal do PBF de elaborar planejamento anual intersetorial, em parceria com as áreas de assistência social, saúde e educação, para apoiar a gestão de condicionalidades do PBF, entre outros objetivos. Considerando esse aspecto, foi feito o seguinte questionamento aos dois níveis de atuação em Goiás:

O Estado/município realiza planejamento de ações intersetoriais para melhorar o acompanhamento de condicionalidades de saúde? Esses planejamentos intersetoriais são feitos no âmbito da comissão intersetorial do PBF?

As coordenadoras estaduais das áreas de saúde e do PBF referiram realizar anualmente planejamento conjunto de ações relacionadas ao acompanhamento de condicionalidades de saúde e educação. Esse planejamento costuma passar por algumas alterações ao longo do ano, conforme a necessidade, e é submetido ao Conselho Estadual de Assistência Social. A coordenação estadual da área de saúde referiu que também passará a ser submetido ao Conselho Estadual de Saúde a partir deste ano.

O planejamento das ações é feito no âmbito de um comitê intersetorial estadual e pelo discurso dos atores tem havido compartilhamento proporcional dos recursos do IGDE para concretização das ações, resultado de um planejamento compartilhado, no qual há espaço para argumentação de maneira a focalizar os esforços em algumas estratégias prioritária para efetivar os objetivos das condicionalidades:

Por exemplo, teve uns anos em Goiás que a gente priorizou o registro civil. Então, estava muito crítico, eu até negocieei com a Coordenadora Estadual do PBF em alguns gastos, mas a gente priorizou o... ah esqueci o nome agora que eles falavam eh... banco de direitos! (...) Eles (a área de assistência social) viajavam com a caravana no interior e aí: carteira de trabalho, identidade, certidão de nascimento, cartão do idoso. Então, boa parte dos recursos do Bolsa, em alguns anos, foram utilizados para essa parte que para mim

é fundamental também, para ter acesso a outros direitos você precisa ter uma documentação. Então a gente negocia, tem momentos que a educação diz: “olha, esse ano a gente vai precisar mais para isso e isso”, então a gente costuma negociar, porque todo mundo acha importante o seu lado, mas tem que ver o que é mais importante para o grupo.

No nível municipal, não há um comitê intersetorial instituído formalmente nos dois municípios pesquisados. Em um deles, Nova Veneza, uma mesma pessoa está no exercício da gestão das três principais áreas relacionadas às condicionalidades: saúde, educação e assistência. O município de Aparecida de Goiânia referiu não ter um comitê intersetorial formalmente instituído, apesar de as áreas terem algumas ações conjuntas. Contudo, nesse município, ainda não há compartilhamento dos recursos do IGD, direcionado apenas às despesas relacionadas à gestão do Cadastro Único e outros programas da assistência social. Pelo discurso da gestão, é possível perceber que há preocupação e consciência de que é necessário avançar não só na integração, mas também no planejamento intersetorial entre as áreas de saúde, educação e assistência social, de maneira que as ações sejam ainda mais efetivas e as famílias tenham um atendimento mais qualificado.

De acordo com os relatos da gestão municipal, um aspecto que dificulta a organização de uma equipe intersetorial diz respeito à possibilidade de os cargos dos coordenadores das áreas setoriais (saúde, educação, assistência) poderem ser preenchidos por indicação política e não por mérito, como por alguém que tenha conhecimento técnico adequado para o exercício daquela função. Por isso, ressalta o papel fundamental dos secretários das pastas no sentido de entenderem a importância de uma adequada indicação para o preenchimento desses cargos, uma vez que isso repercute em vários aspectos, até mesmo na efetividade do alcance dos objetivos das condicionalidades. A gestão também menciona que o MDS tem ajudado muito nesse aspecto por meio de normativas que tratam do perfil mais adequado para os cargos relacionados à assistência social e ao PBF.

O peso é um indicador, mas às vezes, se a criança está com baixo peso, ela precisa de acompanhamento, e não sei, não temos um planejamento intersetorial, com a saúde e a educação, mas nos tentamos fazer algumas atividades juntas eh, a gente ainda não

conseguiu isso, porque a gente ainda não conseguiu trabalhar na cabeça dos secretários que eles têm que pensar que esse público tem que ser o preferido para o município inclusive, ainda tem essa dificuldade.

O MDS tem ajudado muito, por exemplo, quando manda a instrução operacional, ou as instruções que dá através de portarias. Às vezes já coloca assim: Coordenadora do CRAS, preferencialmente técnico de terceiro grau, assistente social, psicólogo, então, isso tem ajudado muito, entendeu?

Outro aspecto de grande relevância destacado na Portaria n.º 251, de 2012, é o fato de as condicionalidades serem um canal de alerta ou mesmo de identificação de situações de vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias beneficiárias. No preâmbulo dessa Portaria, considera-se que “*o adequado monitoramento das condicionalidades permite a identificação de vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços aos quais têm direito, demandando ações do Poder Público voltadas ao seu acompanhamento.*”

Tendo por base essa premissa, questionou-se à gestão, nos dois níveis: *Você crê que o acompanhamento das condicionalidades de saúde auxilia na identificação de situações de vulnerabilidade e risco social vivenciadas pelas famílias?*

Em relação a esse aspecto, as respostas foram no sentido de que de fato há identificação de vulnerabilidades sociais por meio do acompanhamento, mas o que falta é um fluxo continuado de encaminhamento dessas situações:

Sim, principalmente quando acontece aquilo que eu te falei, de não ficar olhando só condicionalidades: pesar, medir e olhar o cartão de vacinação daquela criança, mas olhar a família como um todo, a situação de saúde da família.

Tem agente (agente de saúde) que vai, na hora da visita, vai olhar e vai cumprir condicionalidade e que às vezes assim, eh,... já me relatou

assim: situação de violência na família, então isso é notificado e essa parte de violência e maus tratos a gente tem visto.

Sim, a gente identifica só que hoje identificar não quer dizer nada, precisa ter toda uma rede de cuidado organizada que a gente ainda não tem.

Sim, com certeza, agora não há encaminhamentos, porque de fato ainda a intersectorialidade não está consolidada.

Pelos discursos dos atores dos dois níveis de atuação, observa-se que, de fato, o monitoramento das condicionalidades de saúde busca cumprir a etapa final do ciclo de gestão de condicionalidades, que, como foi tratado neste trabalho, corresponde à identificação de possíveis situações de vulnerabilidade ou risco social. Essa identificação subsidiaria o acompanhamento das famílias por outras políticas com o objetivo de reduzir, ou até solucionar, os problemas vivenciados por elas. Contudo, esses mesmos atores ressaltam que ainda é necessário avançar numa rede de cuidados organizada de forma a atender ao público do Bolsa. Esse aspecto também foi observado no estudo de Agatte (2010) realizado com representantes da gestão do PBF das áreas de educação, saúde e assistência social de municípios do ABC paulista. Os resultados desse trabalho mostram que, apesar de as condicionalidades promoverem o acesso aos serviços sociais básicos de educação, saúde e assistência social e fortalecerem a articulação intersetorial entre essas políticas, ainda **não contribuem para a consolidação de uma rede de proteção social municipal** (grifo nosso).

Os outros dois questionamentos foram feitos aos níveis estadual e municipal da gestão do Programa Bolsa Família:

Em relação aos meses em que há repercussão é feita alguma ação junto aos municípios sobre os casos de suspensão ou cancelamento do benefício por descumprimento de condicionalidades? É feito algum trabalho preventivo para evitar que as famílias em descumprimento de condicionalidades de saúde evoluam nos efeitos sobre o benefício, ou seja, por exemplo, de uma 2ª suspensão para o cancelamento do benefício?

Sobre esse aspecto a coordenação estadual mencionou que, de modo geral, pouco se avançou. Embora o estado encaminhe para os municípios a relação das

famílias em descumprimento, não há um fluxo determinado de atuação da proteção social básica e/ou especial. Um fator apontado pela gestão estadual que dificulta o trabalho municipal com as famílias em situação de descumprimento é a falta de acesso ao Sicon, pois é por meio deste sistema que são gerados os relatórios das famílias nessa situação, os quais serviriam de parâmetro para atuação da área de assistência social:

O e-mail que vem pra gente (se refere ao e-mail com a relação das famílias em descumprimento enviado pelo MDS ao Estado nos meses de repercussão), a gente manda para os municípios alertando que está aberto para fazer o registro de recursos, entendeu? Então que priorizem a busca ativa dessas famílias e tal (famílias em descumprimento). Tem município que atende, mas tem município que nunca acessou o Sicon, que não usa o Sicon, e não é falta de orientar, o Sicon ele é tão fácil de lidar e a gente não entende porque.

Na fala do estado, também há menção ao módulo de acompanhamento familiar, que é um módulo importante do Sicon para que o município registre os resultados do acompanhamento das famílias beneficiárias pela assistência social, além de permitir o comando de interrupção do efeito do descumprimento sobre o benefício. Ou seja, enquanto a família estiver sob o acompanhamento da assistência social, não teria qualquer efeito sobre o benefício, mesmo que descumprisse condicionalidades

Eh, a gente pede né ou para colocá-los (beneficiários em descumprimento) em acompanhamento familiar no Sicon, quando ela (família) vem repetidas vezes né, (aqui se refere a repetidos descumprimentos), fazer visita, buscar porque que essa família tá em descumprimento. A gente orienta se ele (profissional da assistência no município) não puder sair para fazer visita que ele mande um bilhetinho para criança que tá na escola, que ele telefone, porque tem o telefone de contato muitas vezes. (...) Que o CRAS seja parceiro nessa situação tá, então, assim, a gente pede primeiro que o contato seja do coordenador do cadastro, né, e aí que ele veja a possibilidade de encaminhar para essa rede de serviços via CRAS.

A fala dos representantes municipais complementa a do estado, ao mencionar outros aspectos que dificultam o fluxo de acompanhamento realizado pela proteção social (básica ou especial) das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família em descumprimento de condicionalidades. O primeiro problema apresentado é o fato de muitos profissionais dos CRAS terem a concepção de que o atendimento de beneficiários do Bolsa representa um trabalho extra, sendo que, na verdade, é o público prioritário de atendimento pela assistência social. Segundo a gestão, esse preconceito é exacerbado por problemas de falta de pessoal e alta rotatividade dos profissionais existentes, o que repercute negativamente no atendimento às demandas dos CRAS. Além disso, outro problema apresentado pela gestão é a falta de equipamentos, especialmente computadores, nos CRAS, e a dificuldade de acesso à internet e, por consequência ao Sicon, problema que começou a ser solucionado em 2011.

Esses e outros aspectos dificultadores da consolidação de uma rede de proteção social também foram destacados por Agatte (2010). A autora ressalta que, em que pese todo o processo de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com definição dos CRAS e CREAS como unidade de atendimento de referência, lócus do desenvolvimento do trabalho com família, por meio do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), a capacidade de gestão, de financiamento e de oferta dos serviços nos municípios ainda está muito aquém do que se possa considerar como uma verdadeira política integrada de proteção social. É nessa lacuna que o repasse dos recursos do IGD tem garantido maior qualidade de gestão à área quando se observa que os gastos são direcionados à gestão do PBF, principalmente à estruturação do espaço físico de CRAS e CREAS:

A equipe do CRAS ainda tá muito reduzida. O quê que aconteceu, o MDS disse assim: essa é a equipe mínima, as prefeituras entenderam: essa é a equipe máxima.

Porque os CRAS no começo eram assim, elas (se refere às assistentes sociais) falavam: “não, mas como?” “Não trabalhamos só com o Bolsa”, era pouco o entendimento do Cadastro, do Bolsa. (...) “Ah dona fulana, nós não temos só o Bolsa para atender, nós temos os usuários do CRAS”. Até eu colocar quem eram os preferidos usuários do CRAS, que eram os do Bolsa, até eu conseguir fazer isso, agora

não tem mais esse discurso. (...) Quando chegou a resolução 7 da CIT, aí isso clareou totalmente.

Nós começamos com o Sicon (...) em 2010 nós fizemos a primeira capacitação aqui com os técnicos dos quatro CRAS. Nós temos aqui em Aparecida quatro CRAS e três CREAS, e na época nós tínhamos só 1 CREAS. (...) Então, quando fizemos em 2010 a capacitação não tínhamos internet nos CRAS, não tínhamos computadores nos CRAS. Nossa capacitação foi em junho de 2010 e não adiantou de nada, nós ficamos na conversa. (...) Até essa bendita licitação sair, e não sei o quê. Aí em 2011 voltamos a discutir as condicionalidades e também fomos de CRAS em CRAS para entrar nos sistemas.

A próxima pergunta feita à gestão tinha o intuito de saber até que ponto há um monitoramento dos resultados registrado no Sicon relacionados ao acompanhamento familiar realizado pela Assistência Social. Uma das finalidades desse módulo, como foi dito, é interromper os efeitos do descumprimento de condicionalidades enquanto a familiar estiver sob acompanhamento pela assistência social. Todos os representantes, tanto no nível municipal como no estadual, responderam que ainda é muito incipiente o uso dessa ferramenta do Sicon em Goiás. De acordo com a coordenação estadual, esse fato pode ser explicado pela recente utilização do Sicon pelos municípios do Estado:

Ainda é baixo o número de famílias em acompanhamento familiar. Às vezes a família é acompanhada uma vez e depois ele esquece a família lá no sistema, entendeu? Então isso ainda é incipiente em Goiás, ainda não é efetivo.

Eu não tive muito acompanhamento eh, no sistema do Sicon, eh... no acompanhamento das famílias, só nos recursos.

A adesão ao Sicon ainda é baixa no nosso estado, se deu do final do ano passado pra cá, que tem melhorado, então vai tá baixo lá (o acompanhamento familiar). Mas assim, não baixo por não existir, mas baixo por ter uma baixa adesão ao sistema.

Ao observar os resultados do Painel de Indicadores, de fato o percentual de municípios com registro dos resultados do acompanhamento familiar no Sicon no Estado de Goiás ainda é baixo (36,18%), mas segue a tendência de evolução nacional e está 4,2 pontos percentuais acima da região Centro-Oeste. Ver Tabela 08.

Tabela 08: Evolução do percentual de municípios que registram no Sicon as famílias em Acompanhamento familiar pela assistência social no Brasil, Região Centro-Oeste e Estado de Goiás - 1ª vigência de 2009 à 1ª vigência de 2012

Região				
Unidade da Federação				
/Ano	2009	2010	2011	2012
Brasil	1,11	16,93	28,19	36,6
Região Centro-Oeste	0,86	13,30	24,89	32,4
Goiás	0,81	13,82	27,64	36,18

Fonte: Painel de Indicadores de Condicionaisidades- Gestão Saúde. Última atualização em dezembro de 2012.

De maneira a observar se a gestão consolidava os dados do monitoramento de condicionalidades, questionou-se: *São produzidos relatórios em relação aos dados de acompanhamento de condicionalidades de saúde? Se sim, quais dados/informações/indicadores compõem esse relatório? A gestão tem memória desses relatórios?*

Sim, semanalmente, percentual de famílias acompanhadas, estado nutricional, aquelas vinculadas ao plano Brasil sem miséria, vinculadas ao PSE (Programa Saúde na Escola).

Sim, eu apresento pro estado e para a secretaria municipal de saúde. (...) É a cobertura de vigência que eles cobram. Tanto que no relatório que eles apresentam de gestão de final de ano eles pedem isso pra gente (...) Aqui na Secretaria de Saúde vai para o relatório de gestão e é apresentado ao conselho municipal, então se a gente não cumpre, “porque que não cumpriu?” Então assim, eles cobram bastante.”

Em relação a esse aspecto, as coordenações de ambas as áreas (Bolsa Família e saúde) no nível estadual referem produzir relatórios com base nos dados disponibilizados via sistemas, relacionados ao acompanhamento de condicionalidades. Esses relatórios produzidos pela coordenação estadual são encaminhados aos municípios para o monitoramento deles e contemplam vários indicadores. Já os relatórios produzidos pelos municípios têm por finalidade fazer um balanço do alcance ou não da meta de cobertura de acompanhamento e dos resultados compõem o relatório de gestão final do estado.

Questionou-se os atores que atuam na esfera estadual e municipal sobre quais sistemas costumam consultar para buscar informações acerca do acompanhamento das condicionalidades de saúde, tendo sido apresentado um rol inicial à gestão. Essa relação foi categorizada conforme consta no Quadro 14 para facilitar a visualização das respostas dadas.

Quadro 14: Sistemas consultados pela Gestão/Coordenação do PBF e Coordenação da Saúde, relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde

Sistema acessados/ nível de Gestão	Coordenação Estadual da Saúde	Coordenação Estadual do PBF	Coordenação de Saúde de Aparecida de Goiás	Gestão do PBF de Aparecida de Goiás	Gestão Municipal do PBF e da Saúde de Nova Veneza
Sistemas da saúde no âmbito do SUS e de Gestão do PBF na saúde					
- Sistema de gestão do Programa Bolsa Família na saúde	X	X	X		X
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan	X		X		
- Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB	X				
-Sisprenatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	X				
Sistema de gestão do PBF que tem interface com as condicionalidades					
- Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único)		X		X	X
- Sistema de Benefícios da Caixa (Sibec)		X		X	X
- Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família- SIGPBF		X		X	X
Sistemas com dados das três áreas setoriais relacionadas às condicionalidades (saúde, educação e assistência social) e que promovem a intersetorialidade					
- Sicon	X	X		X	X
Painel de Indicadores de Condicionalidades do Programa Bolsa Família	X	X	X		
-Ferramentas de monitoramento da Secretaria de Gestão da Informação – SAGI/MDS		X			

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados das entrevistas com coordenadores e gestores.

Analisando os dados, e com base nos discursos dos atores, é possível chegar a algumas constatações:

- A Coordenação estadual da saúde consulta vários sistemas relacionados à área de saúde, além do Sistema de Gestão do PBF na Saúde, específico do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Isso possibilita que sejam feitos cruzamentos das informações para obter dados adicionais que possam auxiliar na interpretação dos resultados do acompanhamento a exemplo do que relata sobre o Sis prenatal:

Por exemplo, podia ter zero gestantes em Araguapas dentro do sistema do bolsa família e quando eu vou avaliar o Sis prenatal eu tenho 30 gestantes sendo atendidas em outra cidade. Então eu sei que em Araguapas não tem pré-natal.

A coordenação estadual de saúde também utiliza o Sicon. Nesse Sistema, estão contempladas as informações de vários outros sistemas, como dados do Cadastro Único e dos Sistemas de acompanhamento das condicionalidades das áreas de saúde e educação. Além disso, no Sicon também constam informações, por município, de todo o ciclo de gestão de condicionalidades, desde os resultados de acompanhamento das áreas mencionadas, até dados sobre descumprimento de condicionalidades, causas do descumprimento, repercussão sobre o benefício em caso de descumprimento, recurso e acompanhamento familiar, o que dá um panorama integral sobre a situação dos municípios, considerando o ciclo de gestão das condicionalidades. Ter um panorama da situação do município é muito importante para o estado.

As coordenações municipais de saúde de Aparecida e de Nova Veneza, ao contrário da coordenação estadual da saúde, não realizam cruzamentos de informações com outros sistemas da saúde e sua consulta se restringe ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. A coordenação municipal da saúde de Aparecida de Goiânia refere não ter acesso ao Sicon, o que seria muito importante, pois, por meio desse sistema, seria possível, além do que foi descrito, ter uma visão da situação de cada integrante das famílias beneficiárias, tendo como chave o Número de Identificação Social NIS. Já a coordenação municipal de Nova Veneza, por acumular as funções da saúde e da gestão do PBF, tem acesso ao Sicon, além de consultar também o Sistema de Gestão do PBF na Saúde.

A coordenação estadual do PBF consulta rotineiramente os sistemas relacionados diretamente com a gestão do Bolsa, a exemplo do Cadastro Único, Sistema de Gestão de Benefícios da Caixa (Sibec) e o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SIGPBF). Em relação às condicionalidades, consulta o Sicon que traz dados de todo o ciclo de gestão das condicionalidades, o painel de indicadores que mostra os dados relacionados às condicionalidades em uma perspectiva histórica e o sistema que é próprio do acompanhamento das condicionalidades de saúde – Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Tal fato demonstra que há monitoramento e bom entendimento pela Coordenação Estadual do PBF dos dados específicos da área de saúde e esse interesse demonstra que de fato há no nível estadual uma atuação intersetorial efetiva entre a área de saúde e a gestão do PBF.

Diferentemente do nível estadual, no municipal, a gestão do PBF de Aparecida de Goiânia não costuma consultar o sistema da saúde, somente consulta os sistemas relacionados diretamente com a gestão do PBF e o Sicon. Em Nova Veneza, como foi dito, pelo acúmulo dos cargo de gestão do PBF e de coordenação das condicionalidades de saúde, também há consulta ao Sistema de Gestão do PBF na saúde.

Outro Sistema, construído recentemente, mas que está começando a ser utilizado pela gestão do PBF e pela coordenação da saúde, é o Painel de Indicadores de Condicionalidades. Esse instrumento tem a pretensão de funcionar como um sistema de monitoramento analítico, pois contempla vários dados de outros sistemas, em uma perspectiva histórica: Sicon, Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde, Sistema Presença (relacionado às condicionalidades da educação) e Cadastro Único.

No Painel, as informações estão organizadas por áreas relacionadas às condicionalidades: saúde, educação e assistência social. É interessante que a gestão nos dois níveis, estadual e municipal, comece a ter uma cultura de monitoramento dos dados nessa perspectiva, pois esse tipo de monitoramento promove melhor entendimento sobre a tendência dos resultados e isso facilita o diagnóstico de várias situações. Além disso, com base nos dados resultantes do ciclo de gestão das condicionalidades, podem ser propostas correções na operacionalização das ações relacionadas à gestão, além de ser um importante instrumento de análise de indicadores e planejamento para atuação das políticas setoriais das áreas de saúde, educação e assistência social.

Considerando esses aspectos descritos sobre o Painel de Indicadores de Condicionalidades do Programa Bolsa Famílias, é interessante apresentar a concepção de Jannuzzi (2011) sobre algumas características que devem estar contempladas em um

sistema de indicadores de monitoramento de programas e que coincidem com as características do Painel de monitoramento das condicionalidades supracitado:

Um sistema de monitoramento vale-se do(s) sistema(s) de gestão dos programas para buscar informações, integrá-las segundo unidades de referência comum (município, escola, etc.), sintetizá-las em indicadores e conferir-lhes significado analítico. Ao apresentar informações sintetizadas na forma de indicadores, que podem ser analisados no tempo, por regiões e públicos-alvo, ou que podem ser comparadas com metas esperadas, os sistemas de monitoramento permitem ao gestor avaliar se os diversos processos e inúmeras atividades sob sua coordenação estão se “somando” no sentido preconizado. (JANNUZZI, 2011, p.50-51).

O agrupamento em categoria dos diferentes sistemas consultados pela área da saúde e gestão do PBF, nas duas esferas de atuação, não teve somente a intenção de facilitar a interpretação dos dados, mas de apresentar a perspectiva que cada um desses sistemas tem em relação às condicionalidades.

Sistemas da saúde no âmbito do SUS e de Gestão do PBF na saúde
Sistema de gestão do PBF que tem interface com as condicionalidades
Sistemas com dados das três áreas setoriais relacionadas às condicionalidades (saúde, educação e assistência social) e que promovem a intersetorialidade

O ideal seria que todos os coordenadores da área de saúde consultassem pelo menos o Sicon, além do sistema próprio da saúde para o acompanhamento das condicionalidades, pois, como dito, o Sicon traz informações de todo o ciclo das condicionalidades e das diferentes áreas relacionadas a essa ação (saúde, educação e assistência), o que promove a intersetorialidade. Além disso, os dados no Sicon chegam a um nível de desagregação que possibilita obter informações sobre as famílias e seus integrantes, tendo como chave de consulta o número de identificação social (NIS). Nenhum desses sistemas contempla todas as informações necessárias para o atendimento das diferentes demandas relacionadas à gestão das condicionalidades. Por isso, quanto mais amplo é o escopo de consulta aos diferentes sistemas, maior é o entendimento dos aspectos relacionados às condicionalidades, melhor são as ações de monitoramento do ciclo de gestão das condicionalidades, e também mais ampla é a

capacidade de resolutividade em face das situações que possam surgir, a exemplo do perfil de consulta apresentado pela coordenação estadual do PBF.

As coordenações municipais de saúde e os gestores municipais do PBF de muitos municípios de Goiás, segundo relato da gestão estadual, conhecem o potencial dessas ferramentas informacionais, mas não utilizam todas as funcionalidades que os sistemas oferecem. Muitas vezes usam os sistemas apenas para inserção de dados resultantes do acompanhamento, ou para fazer consultas esporádicas, conforme relato da coordenação estadual da saúde, apresentado no próximo tópico deste trabalho. Dessa forma, pouco utilizam as ferramentas para extração de relatório para fazer diagnósticos e/ou análises mais apuradas sobre o processo. Contudo, mesmo diante desses desafios a serem ultrapassados, percebe-se melhoria no acesso a esses diferentes sistemas descritos, de forma mais tímida no nível municipal, e mais robusta no estadual, como foi observado em Goiás.

4.3.3. Fatores que dificultam ou facilitam a utilização das informações para o monitoramento das condicionalidades de saúde

Neste último bloco, os atores do nível estadual e municipal da gestão foram questionados sobre possíveis fatores que facilitam ou dificultam o monitoramento das condicionalidades. A primeira pergunta foi:

Qual é a sua opinião sobre o conhecimento, pela gestão, dos sistemas disponíveis com informações para realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde?

De acordo com a coordenação estadual, de maneira geral, os municípios sabem como operar os sistemas, mas têm resistência em utilizar todas as suas funcionalidades. Um exemplo é o sistema de gestão do PBF na saúde, utilizados pelos técnicos mais para inserção dos resultados do acompanhamento das condicionalidades do que para extrair relatórios para monitoramento. Além disso, os municípios ficam na dependência dos relatórios enviados pelo estado:

Então assim, tem o sistema, eles sabem como acessam, tanto é que curso de formação eles têm são dúvidas, acesso ao sistema, eles não querem mais nem se preocupar: “não, deixa que eu vou aí na frente, deixa ir fazendo o passo a passo”. Eles é que querem ensinar uns aos

outros. Mas agora, acesso para extrair relatório (...) eles acessam muito para digitar dados, para extrair mapa, agora para acompanhar é uma tristeza. Tem município que está melhorando cada vez mais, assim, eles contestam a gente, manda o dado e eles falam: “eu já acompanhei”, aí faz um print e manda pra mim: “Olha aí, observa aí em cima”, ainda bota um círculo lá de vermelho. “Confere para mim, na data tal tinham tantos digitados”. Eu acho é bom!

A coordenação estadual aponta como causa da operação parcial dos sistemas a resistência e até mesmo falta de interesse por parte dos responsáveis técnicos de certos municípios em se apropriar de todo o potencial de utilização das funcionalidades dos sistemas, sendo que muitas vezes a senha de acesso ao Sistema de Gestão do PBF na saúde fica a cargo do digitador e não do coordenador da saúde em muitos municípios.

Para sanar esse problema, a gestão estadual refere valer-se das normativas para responsabilização do técnico:

Eu tenho trabalhado isso, a questão da responsabilização, aquelas portarias que falam que tem que ter um profissional de nível superior para responder.

A coordenação estadual faz referência à Portaria n.º 2.509, de 2004, que, no artigo 2º, inciso I, dispõe:

Art. 2º Compete às Secretarias Municipais de Saúde no Programa Bolsa Família: I - indicar um responsável técnico - profissional de saúde - para coordenar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, no âmbito da saúde, sendo recomendado, preferencialmente, um nutricionista;

Essa característica é preocupante, pois, de fato, demonstra que a potencialidade do sistema da saúde de ser um instrumento de monitoramento, para muitos municípios, é subutilizada. O Sistema de Gestão do PBF na saúde tem várias possibilidades de geração de relatórios, com vários tipos de indicadores. Por isso, é importante que uma pessoa que saiba interpretá-los –segundo a norma, preferencialmente, um nutricionista – acessasse o sistema para monitoramento. O digitador irá cumprir apenas o papel de processar dados que refletem uma realidade, mas e a atuação sobre essa realidade?

A segunda pergunta refere-se à opinião da gestão sobre capacitação nos sistemas: *Qual é a sua opinião sobre a capacitação em relação às funcionalidades dos sistemas utilizados pela gestão para acompanhamento de condicionalidades de saúde?*

A coordenação estadual ressalta que há capacitações recorrentes em relação à operação dos sistemas e esse aspecto tem ajudado bastante os municípios a se apropriarem cada vez mais de suas funcionalidades. Os discursos da coordenação estadual foram reforçados pela fala da coordenação municipal, que menciona que as capacitações estaduais nos sistemas são frequentes, o que é importante devido à rotatividade de profissionais nos municípios. A coordenação municipal também enfatiza que replica essas formações promovidas pelo estado para os profissionais que realizam o acompanhamento das condicionalidades, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc., e essa ação tem melhorado a qualidade dos dados coletados por esses profissionais nos mapas de acompanhamento e depois inseridos no Sistema de Gestão do PBF na Saúde:

Eles (Coordenação estadual do PBF e Coordenação Estadual da saúde) fazem assim muitas capacitações, muitas oficinas, porque aqui a gente tem muito problema de rotatividade de profissionais. Então acho que ninguém fica perdido porque sabe mensal eles sempre estão fazendo uma oficina, uma capacitação, deixando a gente sempre a par de tudo o que está acontecendo dentro do sistema. Então quanto a isso, quanto ao estado, a gente não tem o que reclamar. De mim para os profissionais daqui, a gente faz eh, eu fiz uma oficina agora no começo do semestre só sobre sistema do Bolsa, mostrando como é que é, melhorou muito. (...) Eu mostro tudo como funciona, às vezes colocavam o nome, mas não colocavam o número de identificação social NIS. Aí eu abro o sistema e mostro para eles: “oh, eu só localizo a família se eu tiver o NIS.

O fato de a gestão municipal realizar capacitações com base nas diretrizes do Estado, que, por sua vez, se pauta nas normas emanadas do Ministério da Saúde, está de acordo com o previsto no artigo 2^a, inciso VIII, da Portaria n.º 2.509, de 2004, como atribuição da gestão municipal de saúde no PBF:

Art. 2º *Compete às Secretarias Municipais de Saúde no Programa Bolsa Família: VIII - capacitar as equipes de saúde para o acompanhamento de gestantes, nutrízes e crianças das famílias do Programa Bolsa Família, conforme o manual operacional a ser divulgado pelo Ministério da Saúde.*

Essa conduta de qualificar as ações de atenção básica em saúde, observado em Aparecida de Goiânia, especialmente para o público do Bolsa, pelo relato da gestão no nível estadual, não é regra em certos municípios do estado. Ao contrário, eles realizam um monitoramento estritamente gerencial, além de que, como foi descrito, ainda persistem preconceitos sobre a ação que impede o atendimento em saúde com equidade.

A partir de um rol de possíveis problemas que poderiam impedir ou dificultar o acesso às informações nos sistemas, foi solicitado a cada representante da gestão que desse sua opinião a respeito. As respostas estão sistematizadas no Quadro 15.

Quadro 15: Dificuldades apontadas pela Gestão/Coordenação do PBF e pela Coordenação da Saúde, relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde

Nível de gestão/possíveis dificuldades apontadas	Coordenação Estadual da saúde	Coordenação Estadual do PBF	Coordenação Municipal da saúde de Aparecida de Goiânia	Gestão Municipal do PBF de Aparecida de	Gestão Municipal do PBF de Nova Veneza
1) sistemas em manutenção frequente, demora na geração de certos relatórios pelos sistemas, ou sistema fora do ar			X		X
2) Indisponibilidade de certos dados nos sistemas			X		
3) dificuldade na obtenção de senhas de acesso aos sistemas disponíveis				X	

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados das entrevistas com coordenadores e gestores.

- Em relação ao possível problema apresentado no tópico 1(sistemas em manutenção frequente, demora na geração de certos relatórios pelos sistemas, ou sistema fora do ar), a coordenação municipal de saúde de Aparecida e a estadual de saúde fizeram referência ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Já a coordenação estadual do PBF fez referência ao Sicon quanto a esse mesmo aspecto;

- Em relação ao tópico 2 (Indisponibilidade de certos dados nos sistemas), os gestores e coordenadores fizeram algumas sugestões, conforme descrito a seguir:

a) a coordenação no nível municipal sugeriu que, no mapa de acompanhamento, impresso através do Sistema de Gestão do PBF na Saúde, e mesmo no próprio sistema, tivesse o contato telefônico da família beneficiária a ser acompanhada, para facilitar a sua localização; b) a coordenação estadual refere que seria necessário criar outros indicadores, como já havia sido mencionado em outro momento neste trabalho; c) também no nível estadual houve referência sobre a falta da disponibilização em algum sistema –no Sistema da saúde ou no Sicon – da lista geral, NIS a NIS de beneficiários (as) do PBF, por município, que constituem o público de acompanhamento da saúde em determinada vigência, pois recebe demanda nesse sentido e refere ter que buscar nos sistemas essa informação por cada beneficiário, individualmente. Também sugere que, na última quinzena, antes de terminar o período de acompanhamento da saúde, houvesse disponibilidade diária, *on-line*, do resultado de acompanhamento da saúde, pois ela faz nesse período interlocução diária com os municípios para que alcancem pelo menos a cobertura de acompanhamento de saúde da vigência anterior. Também refere que deveria haver atualização dos dados sobre o público que deve ser acompanhamento na saúde no meio da vigência, pois o público perfil saúde é gerado com base nos dados do cadastro único de determinado período e fica estático por 6 meses, servindo de referência para o acompanhamento pela área de saúde. Mas tal fato gera uma defasagem nas informações sobre esse público, já que as famílias, no decorrer do semestre, muitas vezes mudam de endereço, ou são canceladas, ou deixam de ser beneficiárias, etc.

-Em relação ao tópico 3 (dificuldade na obtenção de senhas de acesso aos sistemas disponíveis), a gestão no nível municipal fez referência à dificuldade de obtenção de senha do cadastro único.

A categoria mais requerida pelos gestores e coordenadores para ser aprimorada se refere à indisponibilidade de certos dados nos sistemas. Nesse sentido, ressalta-se que, apesar de as diferentes áreas envolvidas na gestão das condicionalidades, MDS, MS e MEC, investirem na ampliação do rol de informações disponibilizadas por seus respectivos sistemas, há vários pontos que ainda precisam ser melhorados, como foi apontado pelas duas esferas de gestão. Ouvir as demandas dos atores que operam os

sistemas é interessante para promover os ajustes necessários, de forma a aprimorar os instrumentos de monitoramento.

Tendo em vista que o Painel de Indicadores traz informações em uma perspectiva histórica de vários dados relacionados à gestão de condicionalidades, entre eles os relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, questionou-se à gestão: *Você considera que o painel de indicadores de Condicionalidades facilitou o acesso às informações relacionadas às condicionalidades? De que forma?*

A gestão municipal, a coordenação estadual do PBF e a coordenação da saúde nos dois níveis (municipal e estadual) consideram o Painel uma importante ferramenta de gestão, apesar do seu uso ainda ser incipiente no estado. O município de Aparecida de Goiás fez a ressalva de que facilitaria se ele fosse automatizado, assim como são os outros sistemas relacionados ao acompanhamento das condicionalidades. Também destacou que foi a partir do Painel que pode observar certos aspectos peculiares relacionados aos resultados de acompanhamento das condicionalidades de saúde de Aparecida de Goiânia, descritos neste estudo, como o alto percentual de acompanhamento de família diante do baixo acompanhamento de gestantes e crianças por exemplo:

Porque eu atinjo, oitenta e um, oitenta e dois por cento toda a vigência e para mim estava ótimo. Aí a gente começa a ver que não é bem assim, que tem os pormenores ali e que a gente tem que melhorar. (...) Lá na oficina de capacitação sobre o painel promovida pela gestão estadual eu não vi muito os dados, chegou aqui eu fui mexer, aí eu achei algumas, eu consegui mexer em algumas coisas. (...) Mas aí a gente analisa, a gente tem que ir atrás do nosso público. A gestante, aqui tem gestante demais, por que elas não estão no serviço de saúde daqui? tem que melhorar então. A gente começa a pensar no detrás né?

O Monitoramento realizado pelo Município de Aparecida, ao contrário de outros municípios do estado de Goiás, como apontou a gestão estadual, tem caráter mais analítico, na perspectiva proposta por Jannuzzi (2011), pois, segundo esse autor, uma de suas características é a análise comparativa e sistêmica de indicadores ao longo do tempo e considerando as especificidades do território.

De maneira a observar se havia dificuldade de interpretação de algum indicador relacionado ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, foi feito um questionamento diretamente à coordenação da área de saúde nos dois níveis de gestão: *Qual é sua impressão sobre os indicadores relacionados à gestão das condicionalidades de saúde? Há alguma dificuldade de entendimento e interpretação desses dados?*

Com exceção de Nova Veneza, em que o gestor do PBF acumula o cargo também de coordenador da saúde, os demais coordenadores da saúde entrevistados são nutricionistas. Em relação ao entendimento sobre os indicadores da saúde relacionados ao acompanhamento, esses atores mencionaram não ter nenhuma dificuldade na interpretação dos dados. Mas creem que o fato de serem nutricionistas e estarem há muito tempo na gestão do Programa facilita o entendimento dos dados. Mas, ao enviar relatórios para os municípios sobre o acompanhamento, sentem a necessidade de fazer uma nota explicativa de alguns indicadores:

Eu não tenho dificuldade de interpretar, só que é o seguinte, eu acho que tinha que ter uma ajuda lá do lado (aquí se refere aos relatórios gerados no Sistema de Gestão do PBF na Saúde) para que as pessoas que vão consultar entendessem. Sabe, como no Sivan, ele tem uma ajuda, cê clica do lado, ele interpreta o dado, é a mesma coisa. Então uma sugestão seria uma ajuda, você clicou no campo (...) Quando eu mando o relatório eu tenho que mandar no rodapé a explicação do filtro. “O que quer dizer famílias totalmente acompanhadas? As pessoas têm dúvidas.

A princípio a sugestão feita pelo representante da área de saúde, operacionalmente, não é difícil, e até aponta um sistema da saúde com esta funcionalidade. O ganho trazido por esse ajuste seria importante para a compreensão dos indicadores e, por consequência, para o avanço dos processos de monitoramento. Por isso é interessante a atenção, por parte dos gestores, em todos os níveis de atuação, sobre essas dificuldades.

Outro aspecto considerado relevante de ser questionado, por ter impacto no monitoramento, refere-se à estrutura física e de recursos humanos, por isso esse aspecto questionou-se aos estados e municípios: *Como você avalia os recursos físicos, de*

equipamentos e humanos disponíveis para realizar o adequado monitoramento das condicionalidades?

A gestão do PBF e a coordenação da saúde, no nível estadual, referem que as condições físicas e de equipamentos são precárias. Também fazem menção sobre a falta de pessoal, ou equipe reduzida nas ações relacionadas ao Bolsa família na saúde no Estado. A coordenação estadual também relatou a situação dos municípios no que se refere a esses aspectos, ressaltando a falta e a precariedade dos equipamentos para realizar a avaliação antropométrica e a falta de manutenção deles:

Existem relatos também dos municípios de que às vezes falta balança, o infantômetro e tal, mas assim, a gente tem orientado que isso pode ser... eh, eh, não equipar a unidade, mas comprar algumas coisas necessárias, alguns equipamentos necessários ao acompanhamento, por exemplo, um município que tem aí uma área de extensão grande, que tem lá trinta agentes de saúde, ele pode, porque não? Comprar cinco balanças, fazer rodízio, enfim infantômetro né? e outros equipamentos mais.

O Estado, em sua fala, menciona sobre a possibilidade de utilização dos recursos do IGD municipal para aquisição de equipamentos relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde. Essa é uma questão bastante polêmica na gestão das condicionalidades de saúde, pois há uma discussão sobre a utilização do IGD para essa finalidade (compra de equipamentos próprios da saúde). Nesse sentido, os argumentos desfavoráveis são de que a área de saúde tem seus próprios recursos orçamentários para essa finalidade, portanto não seria justo nem legal utilizar os recursos do IGD para esse propósito. Contudo, a ação de acompanhamento da saúde, apesar de seguir o que já está estabelecido como acompanhamento básico pela atenção primária à saúde, requer uma operacionalização diferenciada. Como a finalidade do IGD é ser um recurso de melhoria nos processos de gestão do PBF e, nesse rol, estão as condicionalidades de saúde, a Coordenação estadual questiona porque não utilizá-lo para aprimorar os processos de gestão também desta área (equipamentos de aferição antropométrica como aquisição de mais balança, infantômetro, etc.). Geralmente os recursos do IGD são mais utilizados para compra de equipamentos para a área da assistência social com a finalidade de melhorar a gestão do PBF, a exemplo da aquisição de computadores, arquivos para

organizar o Cadastro Único, carros para a área de assistência social realizar visitas domiciliares, materiais de expediente, pagamento de contratos temporários, etc. E o fato de o recurso ser repassado fundo a fundo para a área da assistência social acaba facilitando o uso do recurso precipuamente por esta área.

Na visão da coordenação estadual do PBF e da saúde, há deficiência na quantidade de equipamentos de informática para os municípios realizarem o acompanhamento. Ao questionar esse quesito aos municípios de Nova Veneza e Aparecida de Goiânia, as opiniões condizem com a estadual como pode ser observado nas falas:

(...) Toda capacitação que eu vou, gente..., alguns municípios que eu vou são equipados, tem um armário, tem um computador melhor. A internet daqui não chega a 1 mega, aqui cai muito a internet, aqui tem muito pico de energia. Então aqui não compensa aqui eu tô trabalhando... eu chamo isso aqui de provisório, os cadastros chegam e vê lá como que fica.

Assim, antes a gente tinha um déficit de computador, porque assim, somos só as duas, e aí quando aperta o fechamento de vigência eu ajudo. Mas a gente tinha assim computadores péssimos, em que você digita uma frase aí você olha, só saiu a primeira letra. Mas agora eles (a gestão da saúde) trocaram todos.

Outro problema que é limitante para o monitoramento das condicionalidades no município e no Estado, na visão da coordenação estadual do PBF e da coordenação estadual da saúde, é a falta de pessoal suficiente nas três áreas relacionadas às condicionalidades – saúde, educação e assistência social –, especialmente nesta última. A coordenação estadual ressalta que o problema ainda é mais crítico na área social, que é onde está localizada a gestão do Programa Bolsa Família e que é uma área cuja consolidação do Sistema Único da Assistência Social é mais recente, comparada ao SUS.

A coordenação estadual também enfatiza sobre o problema da grande rotatividade de pessoal, principalmente quando há alternância de poder em período eleitoral, além de não serem realizados concursos públicos específicos para cargos relacionados ao PBF, o que dificulta a melhoria da institucionalidade do Programa.

Esses fatores resultam na necessidade de realização de capacitações mais frequentes pela mudança de equipe, para não comprometer as ações das condicionalidades. Outro aspecto ressaltado pela coordenação é sobre o fato de não estarem seguindo os parâmetros estabelecidos sobre quantidade de pessoal em norma criada para essa finalidade pela política de assistência social, a exemplo da Norma Operacional Básica que trata sobre recursos humanos (NOB- RH).

Sempre é insuficiente, em todas as áreas, saúde, educação, na assistência, em todas. Na verdade, a gente ainda tem mais um detalhe, um quadro flutuante. Nós temos profissionais que são firmes igual prego na areia. Não existe concurso público ainda na área,... na área social principalmente. Na área da saúde ainda é mais tranquilo, mas na área social, que a gente tá o que né.. o SUS é o que? de oitenta e seis? por aí? Pois é, a gente é de 2004, entendeu? Então assim, nós ainda vamos chegar lá, tem uma grande diferença aí de tempo. E aí a gente não tem concurso público na área. (...) Agora, com alternância de poder, de gestão municipal, a gente sabe que vai ter que capacitar quase tudo de novo. Então estamos prevendo essa capacitação, nós já estamos trabalhando com essa ideia de que vamos ter que capacitar mesmo uns duzentos municípios. A gente sabe que há uma quebra no trabalho né, as pessoas, inclusive as que estão à frente do Bolsa, elas são mudadas quando tem mudança de poder.

a gente inclusive tem feito essa discussão, eh, ... como é que poderia melhorar essa questão de quadro de recursos humanos, na área da gestão do programa, porque ela (a gestão do PBF) tá na maioria das vezes na área social, ela realmente carece mesmo de uma regulamentação. A NOB RH tá aí, quer dizer, existe né uma regulamentação, é cumprir, e fiscalizar essa... Eh, eu acho assim, tinha que pensar: eu vou passar recurso, mas para isso você tem que ter o mínimo de quadro efetivo, entendeu? Porque aí você consegue ir amarrando isso. E isso não é só município não, o Estado também.

Todos esses aspectos apresentados pelo estado e pelos municípios como dificultadores do processo de monitoramento, segundo Vaistman (2009), compõem o primeiro desafio que a gerência local deve enfrentar para o desenvolvimento de

atividades de monitoramento e avaliação, que diz respeito à diversidade da capacidade gerencial e tecnológica dos municípios, materializados na falta de equipamentos, recursos financeiros e humanos.

Outra questão também considerada relevante e que foi apresentada à gestão se refere à sua impressão sobre a atual prática de monitoramento e análise dos dados e se essa prática já está incorporada à rotina.

Como você avalia a prática da gestão/coordenação em proceder ao monitoramento e análise dos dados. Considera que é um processo que já está incorporado à rotina? Por quê?

As respostas dos representantes estaduais mostram que esse é um aspecto que ainda precisa avançar, apesar de já está sendo modificada a cultura de monitoramento em muitos municípios do estado. Os municípios que já avançaram precisam melhorar a forma como organizam e analisam dos dados, e talvez capacitações nesse sentido podem ser desejáveis. Quanto a esse aspecto, o Decon tem investido em visitas técnicas aos estados de maneira a fomentar essa cultura de monitorar e analisar os dados, com o objetivo de que seja replicado aos municípios. Para essas visitas técnicas, tem utilizado como instrumento o Painel de Indicadores, que, como mencionado, traz informações de vários sistemas relacionados à gestão das condicionalidades em uma perspectiva histórica:

Ainda tem que melhorar, não é incorporado, ele (o sistema) é uma coisa que às vezes o município nem acessa, tá, não existe esse olhar, não existe esse preparo. Sabe, eu falo que a gente tem tanta ferramenta, tem tanta informação, e às vezes não sabe usar a informação tá. Por exemplo, o município às vezes não sabe como acessar tantos dados, o que fazer com tanta informação, como cruzar esses dados, sabe? (...) Quer dizer, é tanta informação que às vezes eu não consigo nem organizar, e eu até falo que a gente precisava de um curso, isso eu falo muito pro pessoal de lá de Brasília, que a gente precisa de um curso de como casar todas essas informações. (...) Mas não é para a Coordenação Estadual do PBF em Goiás, é para os municípios né, nem que a gente vá implementando para municípios

maiores, naqueles que tenham quadro de pessoal já definido, pra gente conseguir realmente fazer uma formação nisso aí.

a gente percebe que é necessário sim dá um feedback para os municípios do que eles estão fazendo, avaliar o nosso próprio trabalho. (...) O indicador é muito bom para isso, para sinalizar pra onde é necessário um maior esforço.

As falas das gestoras são reforçadas pelo argumento de Jannuzzi (2011, p.44), segundo o qual é incipiente no país a cultura de realizar um monitoramento crítico e analítico das ações executadas e previstas nos programas. Esse autor também destaca que Monitoramento e Avaliação de programas no Brasil é um campo ainda novo, diferentemente do que ocorre nos contextos americano e europeu, em que tal cultura já foi institucionalizada há mais de três ou quatro décadas.

O discurso da coordenação municipal de Aparecida de Goiânia mostra que, pelo menos nessa localidade, já está mais avançada a rotina de monitoramento e análise dos dados, mas ressalta que esse avanço ocorre mais no nível de gestão e que ainda há que se avançar no interesse por indicadores e as informações que eles trazem, por parte dos profissionais que lidam diretamente com o acompanhamento das famílias:

É assim, para nós (Coordenação) sim, aí se a gente pensar lá na ponta, algumas equipes (Equipes de Estratégia Saúde da Família) têm muito isso, outras já... não tem tanto interesse. (...) Às vezes elas (as equipes) perguntam: “olha, você tem como me falar como é que está a minha região, a minha área, (aqui se refere à cobertura de acompanhamento) para eu ter noção para minha análise.

Como última questão apresentada aos atores no nível municipal e estadual, foi solicitado que citassem outros fatores que em sua opinião atualmente facilitam ou dificultam a realização do monitoramento das condicionalidades de saúde. A esse respeito, o nível municipal destacou o auxílio do estado. Deu como exemplo o início de utilização do Painel de Indicadores a partir das oficinas do estado sobre essa ferramenta. Também destacou que foi, pelo Painel, que a coordenação municipal observou uma tendência peculiar em relação ao percentual de acompanhamento das famílias de

Aparecida, no que se refere aos dados desagregados, acompanhamento de crianças e gestantes.

A coordenação estadual destacou pontos facilitadores e dificultadores para o processo de monitoramento, relacionados à intersetorialidade do Programa, à postura dos gestores em relação ao acesso à informação e à estrutura de recursos humanos:

O que facilita é a gestão intersetorial, agora ter mais um profissional para me auxiliar que é fulana, os municípios estarem mais sensíveis, as capacitações que nós fizemos, as pessoas estão entendendo mais o que é deve ser feito.

O que dificulta é não ter uma equipe definida, né, uma equipe que ela é volátil, que muda, rotativa, que não é concursada. Não ter o diálogo, que é a intersetorialidade, eles (aqui faz referência a alguns casos de gestores municipais do PBF) acham que segurar dados é poder e não adianta nada segurar dados e se eu não faço intersetorialidade eu vou é perder poder, né eles não tem essa visão. A resistência deles mesmos em acessar os sistemas, as informações que tem, e o próprio e-mail, ainda é um fator que pesa. (...) Na hora em que a gente tiver recursos humanos que permaneçam, que não mudam com a mudança de poder, que tiver concurso público específico na área, que tiver realmente pessoas com mais domínio e com condições de entender mais né, mas domínio da tecnologia da informação mesmo, sabe, a gente vai conseguir trabalhar isso melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de casos se propôs a analisar como se caracteriza o monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) realizado pela gestão estadual e municipal do Estado de Goiás. Os resultados obtidos a partir da análise das entrevistas, balizada pelas normas do PBF, pela literatura sobre o tema e por alguns dados quantitativos sobre a ação, sugerem que, nesse Estado, convivem dois modelos de monitoramento: gerencial e analítico. No nível de gestão estadual, o monitoramento não observa exclusivamente a eficiência da ação, cujo indicador é a superação de metas de cobertura de atendimento em saúde (monitoramento gerencial), também há um esforço em monitorar outros indicadores relacionados à efetividade das intervenções em saúde, como a evolução do estado nutricional dos beneficiários do PBF (monitoramento analítico). A ampliação na cobertura de atendimento em saúde das famílias parece ter impulsionado a gestão estadual de Goiás a monitorar também aspectos relacionados à melhoria na organização e na qualidade dos serviços de saúde.

Os resultados deste estudo indicam que bons desempenhos históricos na cobertura de acompanhamento de saúde das famílias beneficiárias nem sempre significam evolução do monitoramento gerencial para o analítico, pois, ao contrário do que foi identificado no município de Aparecida de Goiânia, em Nova Veneza prevalece o monitoramento gerencial, cuja preocupação precípua é manter ou superar a meta de percentual de famílias acompanhadas na saúde, sem se aprofundar sobre o que os outros indicadores de saúde dos beneficiários representam, ou mesmo se há um aprimoramento nas ações e serviços de saúde para realizar esse acompanhamento.

A análise da percepção dos atores sobre a ação das condicionalidades de saúde possibilitou identificar nos dois níveis de gestão –estadual e municipal– uma visão positiva sobre a ação das condicionalidades de saúde e é possível que essa percepção contribua para a realização de um monitoramento analítico. Mas, segundo relato dos coordenadores estaduais do PBF e da Saúde, essa não é a visão que prevalece em muitos municípios de Goiás, tanto no nível de gestão do Programa, como também entre alguns profissionais responsáveis diretamente pelo acompanhamento de saúde das famílias beneficiárias. Devido a esse aspecto, o cuidado em saúde dessas famílias nem sempre reflete o entendimento da proposta das condicionalidades, pelo contrário, muitas

vezes denota preconceito e restrição sobre ela. Isso gera, pelo menos, duas consequências negativas: i) entre os beneficiários (as) reforça-se a ideia falsa de titularidade provisória ao direito à saúde (ou seja, o mau serviço em saúde ainda é prestado, somente porque a família é beneficiária do PBF e não por ela ter pleno direito a um atendimento de qualidade em saúde); ii) o não reconhecimento da ação das condicionalidades como própria da rotina da atenção básica por muitos profissionais de saúde dificulta o atendimento equânime de um público que se encontra em piores condições socioeconômicas e que é mais susceptível às doenças.

Durante o tempo de atuação no Decon e por meio do trabalho intersetorial com o Ministério da Saúde, da participação em seminários, encontros intersetoriais e visitas técnicas, foi possível observar nas falas de muitos coordenadores das condicionalidades de saúde do PBF, nos dois níveis de gestão o argumento de que, apesar de ainda não ser uma regra, está havendo mudança de paradigma no monitoramento das condicionalidades de saúde do PBF. A percepção desses atores é de que há evolução de um modelo de monitoramento quantitativo, preocupado com o alcance ou a superação de metas de cobertura, para um modelo qualitativo, que também observa outros indicadores de saúde e nutrição, além do fato de essas informações servirem de diagnóstico de situações e para a proposição de melhorias nas práticas de acompanhamento em saúde.

Essa transição no modelo de monitoramento pode ser resultado do maior entendimento sobre os objetivos das condicionalidades e do reconhecimento do potencial dessa ação de promover o acesso à saúde pelas famílias mais susceptíveis aos determinantes sociais da saúde. Portanto, os resultados da pesquisa corroboram o discurso dos coordenadores da saúde, por apontarem que, na gestão estadual de Goiás e em Aparecida de Goiânia, está em curso essa mudança no modelo de monitoramento realizado, pois os coordenadores/gestores de saúde e do PBF monitoram aspectos relevantes para o alcance dos objetivos das condicionalidades, tais como: i) se está havendo o exercício da equidade, ao considerar que as famílias beneficiárias devem ser vistas como público prioritário no atendimento dos serviços de saúde; ii) em que medida a organização dos serviços facilita o acesso do público beneficiário; iii) se, no acompanhamento de saúde, há identificação e intervenção em relação a outras necessidades de saúde das famílias, para além das previstas na agenda de condicionalidades; e iii) como o acesso às ações de saúde se reflete em melhoria nas condições de saúde e nutrição dos grupos com perfil para o acompanhamento das

condicionalidades de saúde (crianças de 0 a 7 anos, gestantes e nutrizes) e mesmo outros integrantes da família.

A gestão estadual de Goiás, ao monitorar e analisar os diferentes indicadores de saúde e nutrição que resultam do acompanhamento das famílias, procura trabalhar numa perspectiva histórica e comparativa entre os municípios. Além disso, o monitoramento no Estado não se restringe à análise de indicadores, mas vale-se de outros meios, como interlocução com os municípios e ou visitas técnicas. Assim, a gestão estadual procura conhecer como ocorre, na prática, o acompanhamento de saúde das famílias nos municípios para observar a qualidade desse processo, seus avanços e o que precisa ser aprimorado.

Por meio desse tipo de monitoramento é que foi possível à gestão estadual identificar que ainda há uma distância a ser superada nos municípios entre os atores que tomam decisões acerca das estratégias de atendimento de saúde – que em muitos casos têm evoluído em relação à concepção positiva sobre a ação das condicionalidades de saúde – e os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento de saúde das famílias. Esse fato enseja a necessidade de se avançar em mecanismos de comunicação entre o Estado e as gestões municipais e entre a gestão municipal e os sujeitos que operam diretamente a ação das condicionalidades, para o alcance de maior efetividade dos objetivos dessa ação.

Recomenda-se também que a gestão municipal conheça profundamente como as ações de saúde relacionadas às condicionalidades são operacionalizadas pelos profissionais de saúde para diagnósticos mais precisos sobre os fatores limitantes desse processo, de maneira a propor possíveis soluções que atendam às suas particularidades sem que fique esperando estritamente aquelas emanadas do Estado. É desejável que a gestão estadual dê continuidade aos trabalhos de sensibilização e capacitação das gestões municipais, pautando-se no que está descrito nas normativas relacionadas às condicionalidades de saúde. Por exemplo, na Nova Política Nacional de Atenção Básica, há menção específica sobre o papel do agente de saúde nas ações de acompanhamento das famílias do PBF, e esse aspecto reforça o fato de que o acompanhamento das condicionalidades não configura uma atividade extra ao que já está prescrito no cardápio de atendimento em saúde ofertado pela atenção básica.

No nível federal, a recomendação é de que sejam criados mais mecanismos de indução para melhorar os processos de acompanhamento das condicionalidades de saúde. Um recurso indutivo seria a revisão da normativa que trata especificamente sobre

esse acompanhamento de condicionalidades de saúde do PBF (Portaria Interministerial MS/MDS n.º 2.509, de 2004). A atualização seria na perspectiva de revisar não só aspectos operacionais dessa ação, mas também questões conceituais, como o fato de a ação das condicionalidades de saúde ser uma oportunidade de organização e melhoria no acesso aos serviços de saúde pelas famílias mais vulneráveis, colaborando para o exercício da equidade, um dos princípios do SUS. Outro aspecto que poderia ser inserido na revisão desse instrumento normativo é a responsabilidade municipal sobre o monitoramento e a análise dos resultados do acompanhamento, pois a atual Portaria somente descreve o monitoramento e a análise dos dados do acompanhamento como responsabilidade dos níveis estadual e federal.

O monitoramento realizado pelo nível de gestão estadual e por Aparecida de Goiânia observa se estão sendo cumpridas as fases que compõem o ciclo de gestão das condicionalidades previstas na Portaria n.º 251, de 2012, inclusive a última etapa que se refere ao encaminhamento para área de assistência social dos casos de vulnerabilidade e risco social, identificados por meio do acompanhamento de saúde das famílias. Contudo, os achados deste trabalho denotam que ainda não há um fluxo estruturado de encaminhamento desses casos pela rede de saúde para a rede de proteção social básica e especial da política de assistência social. Por isso, é preciso avançar na construção de um fluxo definido de atendimentos das famílias beneficiárias do PBF, entre essas duas áreas, de maneira a ter uma postura diferenciada com aquelas famílias em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, cujo indicador é o descumprimento das condicionalidades nas áreas de saúde e educação. As próprias normativas ensejam a necessidade de criação e aprimoramento desse fluxo, pois recomendam a priorização do atendimento, pela área de assistência social, das famílias do PBF em descumprimento de condicionalidades nas áreas de saúde e educação. Essa proposta está estabelecida no Protocolo da Comissão Intergestores Tripartite - CIT n.º 7, de 2009 (Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda) e recentemente foi retomada na Portaria 251, de 2012, que trata de gestão de condicionalidades.

Em relação aos sistemas, indicadores e informações consultadas pela gestão para realizar o monitoramento, observa-se que, nos dois níveis de atuação – estadual e municipal (em Aparecida de Goiânia) –, é dada atenção aos indicadores que tratam do estado nutricional. A observação desses indicadores se reverte em ações para melhoria do estado nutricional das famílias beneficiárias, a exemplo da utilização dos dados no Programa Estadual de Combate à Obesidade, que está em fase de implementação, ou do

uso dos resultados para pautar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como ocorre no município de Aparecida de Goiás.

No nível estadual, são mais exploradas as potencialidades dos sistemas disponíveis relacionados ao acompanhamento das condicionalidades de saúde, como a maior utilização do Sicon, comparado ao uso dessa ferramenta no nível municipal, aspecto descrito pela gestão estadual e observado nos municípios da pesquisa. O Estado de Goiás, para melhorar a utilização desse sistema pelos municípios, investe em capacitações, mas esse esforço parece não ser suficiente para que os municípios aprimorem o monitoramento analítico dos dados relacionados às condicionalidades. Esse resultado explicita a necessidade de se criar mais estratégias que incentivem o uso dessas ferramentas pela gestão, como maior divulgação dos tutoriais existentes sobre os Sistemas relacionados às condicionalidades, criação de cursos à distância explicando suas funcionalidades e abertura de mais canais de comunicação para responder aos questionamentos. Essas propostas já têm sido implementadas pelo governo federal, mas poderiam ser mais trabalhadas pelas gestões estaduais.

Como fator dificultador do processo de monitoramento das condicionalidades de saúde, pode-se apontar o fato de muitos municípios do Estado acessarem o Sistema de Gestão do PBF na Saúde apenas para inserção de dados resultantes do acompanhamento das condicionalidades de saúde e de pouco o utilizarem para geração de relatórios de gestão. Por isso, os municípios ficam na dependência do envio de relatórios e dados já organizados pelo Estado e/ou pelo governo federal, para procederem às análises. Esse fato mostra que, na maioria dos municípios do Estado, ainda não há uma rotina organizada e sistemática de monitoramento, e um dos fatores que dificultam esse aspecto é que a cultura de monitoramento ainda não foi totalmente incorporada, além da resistência de muitos municípios em operar os sistemas disponíveis.

Por outro lado, um aspecto que facilita o monitoramento analítico realizado pela gestão estadual de Goiás, e por Aparecida de Goiás, é a interlocução constante entre a coordenação/gestão do PBF e a coordenação da saúde no que se refere à observação e à análise dos resultados do acompanhamento da saúde e à proposição de ações. A coordenação estadual do PBF, por exemplo, conhece e entende os indicadores da saúde, reconhece a importância de acompanhá-los sistematicamente e auxilia nesse acompanhamento. Essa intersetorialidade no nível estadual também pode ser observada na forma como ocorre o planejamento das ações relacionadas ao PBF e às condicionalidades e na partilha dos recursos do índice de gestão descentralizada

estadual (IGDE), sempre em uma perspectiva intersetorial. Em Aparecida de Goiás, também há interlocução entre as áreas relacionadas às condicionalidades e são propostas ações conjuntas. Mas, nesse município, há que se avançar na institucionalização dessa interação entre as áreas, pois não existe comitê intersetorial constituído, como ocorre no nível estadual. Outro ponto que é necessário aprimorar nesse município e, segundo a gestão estadual, nos demais municípios do Estado, é a divisão dos recursos do IGD municipal, destinados ao aprimoramento da gestão das condicionalidades, apesar de os atores da gestão do PBF e da saúde reconhecerem a importância da divisão paritária desses recursos.

Observa-se que, apesar das capacitações realizadas pelo Estado, a gestão no nível municipal ainda tem que melhorar, não só no sentido de realizar um monitoramento analítico de indicadores numéricos, mas da ação *in loco*, no momento em que o profissional de saúde está atendendo à família, de maneira a garantir melhor qualidade desse acompanhamento. Portanto, as coordenações municipais de saúde devem melhorar o monitoramento sobre como ocorre a aferição de peso e altura e sobre a qualidade do preenchimento da caderneta de vacinação e do cartão das gestantes.

Também é importante que a gestão municipal monitore se está havendo oportunidade de atender às famílias por outras ações, programas e estratégias da saúde, como proposto pela CGAN por intermédio da matriz de interfaces do PBF na saúde, que consta no anexo três deste trabalho. Essa matriz propõe a ação articulada de diversas políticas, programas, estratégias e ações de saúde que tenham interface com o PBF, alavancando as potencialidades do Programa, pois as condicionalidades são uma janela de oportunidade para identificar outras necessidades de saúde das famílias e realizar outros encaminhamentos necessários.

Os resultados deste trabalho apontam vários fatores estruturais que prejudicam a realização do acompanhamento, como a deficiência de balanças, infantômetros e computadores, nos dois níveis de gestão. Somado a esse fator, no nível municipal, há muita dúvida e questionamento sobre a possibilidade de utilização do IGD para a aquisição desses equipamentos, imprescindíveis para o acompanhamento das condicionalidades de saúde. Outro problema que acomete na gestão, nos dois níveis, é a deficiência de recursos humanos e a alta rotatividade de pessoal. A coordenação estadual enfatiza que o problema de recursos humanos é agravado quando há alternância de poder em ano eleitoral, além de não serem realizados concursos públicos específicos para cargos relacionados ao PBF.

Nos dois níveis de atuação, foi descrita como fator dificultador do monitoramento a indisponibilidade de certos dados nos sistemas de monitoramento e, quanto a esse aspecto, foram apresentadas, pelos gestores do PBF e coordenadores da saúde, algumas sugestões de informações que poderiam passar a constar nesses sistemas. Especificamente sobre organização dos dados, o painel de indicadores tem sido um instrumento facilitador, pois esse recurso apresenta os dados desagregados por municípios e por temáticas – saúde, educação e assistência social – em uma perspectiva histórica. Essa característica, além de facilitar a análise dos dados, tanto pelo Município como pelo Estado, promove, inclusive, o diagnóstico de situações que antes não estavam sendo observadas por essas políticas. Por isso, seria importante que a gestão estadual do PBF fomentasse cada vez mais o uso dessa ferramenta e que a gestão federal acelerasse os processos para automatizá-la em algum dos sistemas já implementados, relacionado às condicionalidades, como é o caso do Sicon. Atualmente, o Painel de Indicadores de Condicionalidades está na versão Excel, programa que muitas pessoas ainda têm dificuldades em utilizar.

Os resultados deste estudo ensejam outras recomendações consideradas factíveis, ao estimular a reflexão sobre os aspectos relacionados ao monitoramento e sobre a fase atual da gestão de condicionalidades de saúde. Primeiramente, no que se refere aos indicadores resultantes do acompanhamento das condicionalidades de saúde, poderiam ser criados outros além dos já consolidados, para aprimorar a verificação da efetividade da ação. Sobre esse aspecto, nos resultados desta pesquisa, foram propostos alguns indicadores relacionados ao acompanhamento das gestantes.

Finalmente, vale chamar a atenção para a implantação relativamente recente de instrumentos de gestão e mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade da atenção prestada pela atenção básica no SUS, com efeitos potenciais sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

As estratégias do PMAQ e do COAP, apesar de estarem em fase incipiente de implementação e, portanto, em etapa de acumulação de experiências, podem ser importantes mecanismos de indução para que os municípios melhorem os processos de acompanhamento das condicionalidades de saúde. Isso, pelo fato de que tanto no PMAQ quanto no COAP há previsão de melhoria na meta relacionada ao indicador de cobertura de acompanhamento de saúde das famílias do PBF, e também porque essas

estratégias preveem outros indicadores, cujos resultados podem ser mais robustos, pois, grande parte do público atendido pela atenção básica são beneficiários do PBF.

A perspectiva do PMAQ e COAP é fomentar a melhoria no acesso, na qualidade e na organização dos serviços de saúde de maneira a atender com mais resolubilidade o público do SUS, que, em sua maioria, é composto por famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, perfil dos beneficiários (as) do PBF. Portanto, alguns dos objetivos dessas estratégias coincidem com grande parte dos relacionados às condicionalidades de saúde do PBF. Então, em razão de o acompanhamento das condicionalidades promover um contato agendado, semestralmente, com as famílias, a demanda pelos serviços de saúde aumenta e esse aspecto é um mecanismo para pressionar a melhoria na sua oferta, como é a proposta do PMAQ e COAP. Outro resultado da ação das condicionalidades de saúde é que o acompanhamento sistemático das famílias oportuniza, com maior frequência, a observação de outras necessidades delas, para além das condicionalidades, e promove um atendimento em saúde de forma integral, que é outro princípio do PMAQ e do COAP e, do SUS. Considerando as perspectivas apresentadas, é muito interessante que as coordenações estaduais de saúde enfatizem ainda mais essa pauta do PMAQ e COAP e sua interface com as condicionalidades de saúde, junto às coordenações municipais, e que essas, por sua vez, façam o mesmo com as equipes locais de saúde que acompanham diretamente as famílias do Programa Bolsa Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGATTE, Juliana Picoli. Condicionalidades do Programa Bolsa Família: entre o marco legal e o acompanhamento nos municípios do ABC Paulista. 2010. 167p. **Dissertação** (Mestrado em Política Social), Universidade de Brasília, Brasília.

BATISTA FILHO, Malaquias. &RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 1, p.181-191, 2003.

BICHIR, Renata Mirandola. Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos Estudos**, v.87, p.115-129, Jul.2010.

BRASIL, Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200.

_____. Presidência da República. Lei n° 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família.

_____. Presidência da República. Lei n° 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.

_____. Presidência da República. Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta o Programa Bolsa Família.

_____. Presidência da República. Decreto n.º 7.332, de 19 de outubro de 2010. Dá nova redação e acresce artigos ao Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004.

_____. Presidência da República. Decreto n.º 7.758, de 15 de junho de 2012. Altera o Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o programa Bolsa Família.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM n.º 551, de 09 de novembro de 2005. Regulamenta a Gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM n.º 321, de 27 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS n.º 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM n.º 251, de 12 de dezembro de 2012. Altera a Portaria n.º 321, de 2008, que regulamenta a Gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM n.º 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/ MDS n.º 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Ações Educativas em Saúde das Escolas (PACES).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN e Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Relatório do Colóquio sobre Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo (PMAQ). Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica elaborada em agosto de 2011 pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/MS.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução da Comissão Intergestores Tripartite n.º 07, de 10 de setembro de 2009. Cria o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia para o Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família, 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Bolsa Família Informa n. 318, 17 de maio de 2012. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/informes/informe-gestores/>>. Acesso em: 15 mar.2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Relatório de Gestão do Exercício de 2011. Brasília, 2012a., 238 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – 2ª Rodada- AIBF II. Sumário Executivo. Brasília, junho de 2012b, 37p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Cartilha do Acompanhamento Familiar do programa Bolsa Família, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Nota/MDS – Assunto: O perfil da Extrema Pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do universo do Censo 2010. Brasília, DF, 2011,7p.

BURLANDY, Luciene. Comunidade Solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição, 2003.283p. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.23-33, maio - ago 2006.

COTTA, Tereza Cristina Silva. Visões de Proteção Social e Transferência de Renda Condicionada no Brasil e no México. 2009. 350p. **Tese** (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Pesquisa e Pós Graduação sobre as Américas, Universidade de Brasília, Brasília.

CUNHA, Rosani. Transferência de Renda com Condicionalidades: a experiência do Programa Bolsa Família. In: **Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Unesco, 2009, p.331-361.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana & NOGUEIRA, Roberto Passos. Seguridade Social: Redefinindo o alcance da cidadania In: **IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Tema: Vinte anos da Constituição Federal, 2008. V. 1. n.17 p. 17-37.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p.103-107, 1997.

DRAIBE, Sônia. Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In Maria Cecília Roxo Nobre Barreira & Maria do Carmo Brant de carvalho (Orgs). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP. Cap.1, p.13-42. 2001.

_____. “BRASIL 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis”. **Publicado nos Anais do Taller Inter-Regional “Protección Social en una Era Insegura: Un Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas em Respuesta a La Globalización”**, Santiago, maio 2002.

_____. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Soc**. 2003, v.15, n.2, p. 63-101.

FERREIRA, Milena Nogueira. Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família

em Manguinhos, RJ. 2009. 137p. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) ENSP/FICRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, Vanessa, A. MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1674-1681, 2007.

FLEURY, Sônia. A Seguridade Social Inconclusa. In: **FALEIROS, V. Pet al (Org.)**. A era FHC e o Governo Lula: Transição? Brasília: INESC, 2004, p. 110-121.

FONSECA, Ana Maria Medeiros da & VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. **Ciência Saúde Coletiva**. 2007, v.12, n.6, p.1505-1512.

GARBOIS, Júlia Áreas; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis**, Rio de Janeiro, 2008 v. 18, n. 1, p. 27-44.

JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In **Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Unesco, 2009, p.57-86.

_____. O Programa Bolsa Família e o Combate à Pobreza: Reconfigurando a Proteção Social no Brasil? In: **Bolsa Família 2003-2010 - Avanços e Desafios – vol. I**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA. 2010. Cap.3, p.101-135.

JAIME, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v.24, n.6, p. 809-824, 2011.

JANNUZZI, Paulo. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Brasília. **Revista do Serviço Público**. Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160 Abr/Jun 2005.

_____. **Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. 3. ed. 2ª impressão. Campinas, SP. Editora Alínea, 2006.

_____. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. In **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, n.1, p. 36 - 63, Jan/Jun 2011.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Redistribuição e desenvolvimento? A economia política do programa bolsa família. Dados - **Revista de Ciências Sociais**, v. 52, n. 1, março, 2009, p. 53-83. Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro, Brasil.

LAVINAS, L. Programas de garantia de renda mínima: perspectivas brasileiras. **Texto para discussão n. 596**, Brasília: IPEA, 1998).

MAGALHAES, Rosana; BURLANDY, Luciene & SENNA, Mônica de Castro Maia. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no

horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p. 1415-1421, 2007.

MEDEIROS, Marcelo; BRITTO, Tatiana; SOARES, Fábio. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. **Textos para discussão n. 1283**. Brasília: IPEA, 2007.

MONNERAT, Giselle Lavinas. Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do programa bolsa família. 2009.283f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MONTEIRO, Carlos Augusto. Fome, desnutrição e pobreza: além da semântica. **Saúde e Sociedade**. vol.12, n.1, p. 7-11, 2003.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro; SOARES Sergei Suarez Dillon; FERREIRA DE SOUZA, Pedro, Herculano Guimaraes. Erradicar a Pobreza Extrema: Um Objetivo ao Alcance do Brasil. **Texto para discussão n. 1619**, Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

PAES-SOUSA, Rômulo & QUIROGA, Júnia. Programas de Transferência de Renda e Redução da Pobreza e das Desigualdades Sociais no Brasil, no período de 2004 a 2011. In: **Saúde no Brasil, Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Cap. 12. p. 253-268.

PELIANO, Ana Maria T.M. (Coord.). O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. Brasília: IPEA, 1993. **Documento de Política n. 14**.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? .In: **Políticas Sociais - acompanhamento e análise**, n.º 17, volume 1. Brasília: IPEA, 2008, p 97-172.

RANGEL, Leonardo Alves; PASINATO, Maria Tereza.; SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. Conquistas, desafios e perspectivas da previdência social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Tema: Vinte anos da Constituição Federal. Brasília: IPEA, 2008. v.1. n.17. p. 41-96.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHADY, Norbert & FISZBEIN, Ariel. 2009. **Transferencias Monetárias Condicionadas:reduciendo la pobreza actual y futura**. Banco Mundial. Washington DC, 2009.

SENNA, Mônica de Castro Maia. et al. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Rev. Katál**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 86-9, 2007.

SILVA, Maria Ozamra da Silva. A trajetória dos programas de transferência de renda e seus desafios atuais: articulação com políticas estruturantes e unificação. **Pensar BH/Política Social**. Câmara Intersetorial de Políticas Sociais da Prefeitura de Belo Horizonte. Abril/junho, p.1-8, 2006 .

SOARES, Sergei et al. Os impactos do benefício do Programa Bolsa Família sobre a desigualdade e a pobreza. In: Castro, Jorge Abrahão de; Modesto, Lucia. (Org.). **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010. v. 2. p 27-50.

_____. & SATYRO, Natália O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. **Textos para discussão n. 1424**, Brasília, IPEA, 2009.

THEODORO, Mário & DELGADO, Guilherme. Política Social: universalização ou focalização – subsídios para o debate. In: **Boletim Políticas Sociais: acompanhamento e análise n.º 7**, Brasília, IPEA, p. 122-126, ago, 2003.

Travassos Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13 nº 2, p. 325-330, 1997.

TREVISANI, Joginete de Jesus. Avaliação da Implementação das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família e seu papel no cuidado à saúde - estudo de caso do Município do Rio de Janeiro. 2012.193p. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges & FARIAS, Luis Otávio. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009, v.14, n.3, p. 731-741. 2009.

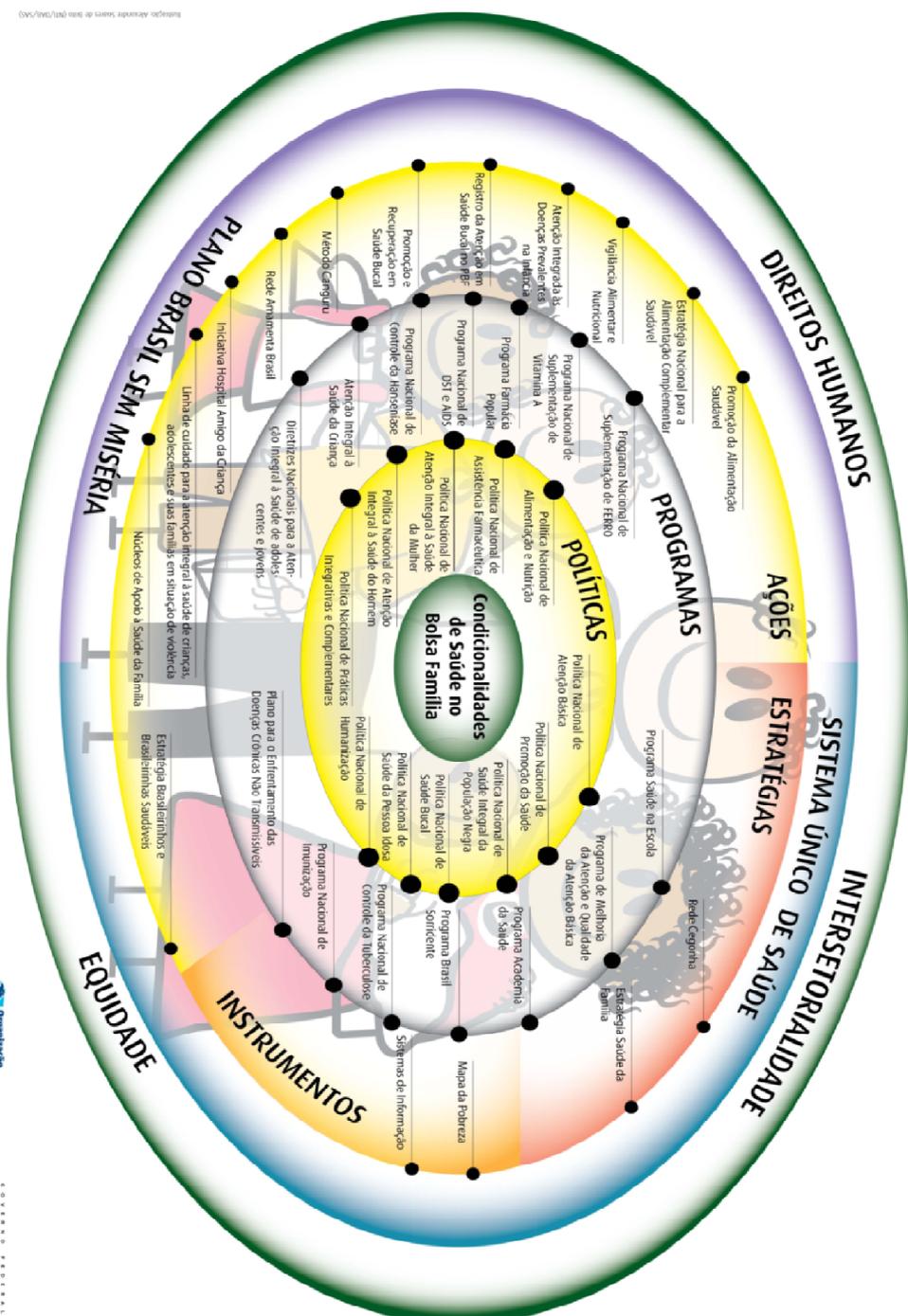
_____. Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais: Principais Desafios. In **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Unesco, 2009 p.157-169.

VAZ, J. C. O monitoramento do planejamento governamental em ambientes complexos: decisões e requisitos. In; **Cadernos EIAPP, Reflexões para Ibero-América: Planejamento Estratégico**. Brasília: ENAP, p.37- 44, 2009.

VIANA, Ana Luiza Davila, Dal Poz, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Phisys: **Revista de Saúde Coletiva**. Phisys, Rio de Janeiro, v. 15 (suplemento) p. 225-264, 2005.

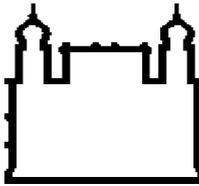
Yin, RK. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

MATRIZ DE INTERFACES
Programa Bolsa Família na Saúde



Realização: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- MODELO 1

TÍTULO DO PROJETO: MONITORAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS EM DOIS NÍVEIS DE GESTÃO DO ESTADO DE GOIÁS.

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Monitoramento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família: Estudo de casos em dois níveis de gestão do Estado de Goiás” desenvolvida por Kyara Michelline França Nascimento, discente do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. Cristina Maria Rabelais Duarte. O objetivo central do estudo é: Analisar como é realizado o monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em dois níveis de gestão, estadual e municipal, no Estado de Goiás.

O convite a sua participação se deve ao fato de que segundo a Portaria Interministerial MS/MDS n.º 2509, de 18 de novembro de 2004, tanto no nível municipal quanto estadual, é o Coordenador do Programa Bolsa Família na Saúde o sujeito responsável por coordenar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, no âmbito da saúde, que envolve entre outras atribuições a de realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família-PBF.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sobre sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa em questão. Ressalta-se que serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Qualquer dado que possa identificá-lo como nome, sexo ou idade será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Contudo, caso você deseje que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, sua decisão será acatada.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, sendo o tempo estimado para a entrevista de 2 horas. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização e se assim o for, as entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

O estudo não oferece benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa. Seus resultados vão fornecer informações sobre a rotina de monitoramento das condicionalidades de saúde na realidade de dois níveis de gestão, estadual e municipal, identificando estratégias bem sucedidas, que poderão ser utilizadas como subsídios para a melhoria dos atuais mecanismos de gestão disponíveis para o monitoramento de condicionalidades de saúde. Quanto aos riscos, o estudo não oferece riscos diretos aos sujeitos da pesquisa, que terão suas identidades preservadas no relatório final.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na defesa da dissertação, e também para o público e instituição participantes da pesquisa e possivelmente, em outro momento, em artigos científicos e palestras na Instituição a qual está vinculada a pesquisadora supracitada – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada ao participante da pesquisa e outra para o pesquisador. O respondente e a pesquisadora deverão rubricar as páginas que não assinaram. Já foram encaminhados ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ outros documentos necessários para apreciação do mérito do Projeto como o próprio projeto de pesquisa, roteiros de entrevista, formulário de encaminhamento, termo de anuência, modelo deste termo de consentimento livre e esclarecido e a folha de rosto gerada quando da inserção dos dados do Projeto na Plataforma Brasil que é o procedimento necessário para submissão do Projeto ao

Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863/ E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br/Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Assinatura da Pesquisadora Responsável – (Mestranda do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Sociais da ENSP/FIOCRUZ

Nome: Kyara Michelline França Nascimento

Tel: (61) 8134-6060

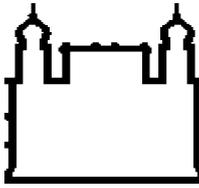
e-mail: kyara_mf@hotmail.com

Endereço Institucional: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – SEPN 515 Bloco B edifício Ômega- 4ª andar - sala 404. CEP: 70770-502- Brasília-DF

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Local _____ Data: ____/____/____

ANEXO 3**Ministério da Saúde****FIOCRUZ****Fundação Oswaldo Cruz****Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- MODELO 2****TÍTULO DO PROJETO: MONITORAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS EM DOIS NÍVEIS DE GESTÃO DO ESTADO DE GOIÁS**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Monitoramento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família: Estudo de casos em dois níveis de gestão do Estado de Goiás” desenvolvida por Kyara Michelline França Nascimento, discente do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. Cristina Maria Rabelais Duarte. O objetivo central do estudo é: Analisar como é realizado o monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em dois níveis de gestão, estadual e municipal, no Estado de Goiás.

O convite a sua participação se deve ao fato de que segundo a Portaria Interministerial MS/MDS n.º 321, de 29 de setembro de 2008, os gestores do Programa Bolsa Família, entre outras atribuições, deve realizar o monitoramento dos indicadores de condicionalidades das áreas de saúde e educação do Programa Bolsa Família-PBF.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Ressalta-se que serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Qualquer dado que possa identificá-lo como nome, sexo ou idade será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Contudo, caso você deseje que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, sua decisão será acatada.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, sendo o tempo estimado para a entrevista de duas horas. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização e se assim o for, as entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP”.

O estudo não oferece benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa. Seus resultados vão fornecer informações sobre a rotina de monitoramento das condicionalidades de saúde na realidade de dois níveis de gestão, estadual e municipal, identificando estratégias bem sucedidas, que poderão ser utilizadas como subsídios para a melhoria dos atuais mecanismos de gestão disponíveis para o monitoramento de condicionalidades de saúde. Quanto aos riscos, o estudo não oferece riscos diretos aos sujeitos da pesquisa, que terão suas identidades preservadas no relatório final.

Os resultados serão divulgados na defesa da dissertação, e também para o público e instituição participantes da pesquisa e possivelmente, em outro momento, em artigos científicos e palestras na Instituição ao qual estou vinculada – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada ao participante da pesquisa e outra para o pesquisador. O respondente e a pesquisadora deverão rubricar as páginas que não assinaram. Já foram encaminhados ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ outros documentos necessários para apreciação do mérito do Projeto como o próprio projeto de pesquisa, roteiros de entrevista, formulário de encaminhamento, termo de anuência, modelo deste termo de consentimento livre e esclarecido e folha de rosto gerada quando da inserção dos dados do Projeto na Plataforma Brasil que é o procedimento necessário para submissão do Projeto ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ. Em caso de dúvida quanto à condução ética do

estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863/ e-mail: cep@ensp.fiocruz.br/Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Mestrando do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Sociais da ENSP/FIOCRUZ

Nome: Kyara Michelline França Nascimento

Tel: (61) 8134-6060

e-mail: kyara_mf@hotmail.com

Endereço Institucional: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – SEPN 515 Bloco B edifício Ômega- 4ª andar - sala 404. CEP: 70770-502- Brasília-DF

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Local _____ Data: ____/____/____