

Cadernos de Estudos

DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM DEBATE

NÚMERO 17

ISSN 1808-0758

RESULTADOS, AVANÇOS E DESAFIOS DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO BOLSA FAMÍLIA

Marconi Fernandes de Sousa
Daniel de Aquino Ximenes
Patrícia Constante Jaime
(organizadores)

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

**Resultados, avanços e desafios das
condicionalidades de saúde do
Programa Bolsa Família**

**Marconi Fernandes de Sousa
Daniel de Aquino Ximenes
Patrícia Constante Jaime
(organizadores)**

Brasília, 2014

Presidenta da República Federativa do Brasil
Dilma Rousseff

Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Tereza Campello

Secretário Executivo
Marcelo Cardona Rocha

Secretário de Avaliação e Gestão da Informação
Paulo de Martino Jannuzzi

Secretário Nacional de Renda de Cidadania
Luiz Henrique da Silva de Paiva

Secretária Nacional de Assistência Social
Denise Ratmann Arruda Colin

Secretário Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
Arnoldo Anacleto de Campos

Secretário Extraordinário para Superação da Extrema Pobreza
Tiago Falcão

Expediente: Esta é uma publicação técnica da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.
SECRETÁRIO DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO: Paulo de Martino Jannuzzi;
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO: Alexandro Rodrigues Pinto; DIRETOR
DO DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO: Marconi Fernandes de Sousa; DIRETOR
DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO: Caio Nakashima; DIRETORA DO
DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO E DISSEMINAÇÃO: Patricia Augusta Ferreira Vilas Boas.

Cadernos de Estudos

DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM DEBATE

NÚMERO 17

ISSN 1808-0758

Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

© **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**

Esta é uma publicação técnica da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

O texto publicado apresenta os resultados, avanços e desafios do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Os cinco artigos apresentados nesta edição são frutos da parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde.

Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 17 (2014)- .
Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005- .
64 p.; 28 cm.

ISSN 1808-0758

1. Desenvolvimento social, Brasil. 2. Políticas públicas, Brasil. 3. Políticas sociais, Brasil. 4. Programa Bolsa Família, Brasil. 5. Condicionalidades de saúde. 6. Sistema Único de Saúde. I. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. II. Marconi Sousa. III. Daniel Ximenes. IV. Patrícia Jaime.

CDD 330.981
CDU 304(81)

Tiragem: 5.000 exemplares

Coordenação Editorial: Kátia Ozório

Equipe de apoio: Victor Gomes de Lima, Valéria Brito e Eliseu Calisto

Analista de Políticas Sociais: Roberta Cortizo

Bibliotecária: Tatiane Dias

Diagramação: Tarcísio Silva

Revisão: Tikinet

Organizadores: Marconi Fernandes de Sousa, Daniel de Aquino Ximenes e Patrícia Constante Jaime

Julho de 2014

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Esplanada dos Ministérios Bloco A, 3º andar, Sala 340
CEP: 70.054-906 Brasília DF – Telefones (61) 2030-1501
<http://www.mds.gov.br>

Central de Relacionamento do MDS: 0800-707-2003

Solicite exemplares desta publicação pelo e-mail: sagi.dfd@mds.gov.br

PREFÁCIO

Desde a sua criação, o Programa Bolsa Família foi ampliado e se consolidou como importante agenda intersetorial no combate à fome e à pobreza no país. Sem perder o foco nos grupos de maior vulnerabilidade, o número de famílias beneficiárias da transferência de renda aumentou para 13,8 milhões, em 2013, assegurando o acesso aos direitos sociais básicos, por meio das condicionalidades de saúde e educação.

Essa trajetória de garantia de direitos básicos de cidadania foi fundamental para evidenciar os impactos do Bolsa Família na saúde das famílias beneficiárias. Atualmente, existem aproximadamente 11,9 milhões de famílias com acompanhamento de condicionalidades de saúde, no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas famílias assumem compromissos para continuar a receber o benefício, e o poder público se responsabiliza pela oferta dos serviços, o que caracteriza uma rede integrada e articulada para ampliação do acesso, qualificação do cuidado e promoção da saúde, com vista à redução de iniquidades.

O presente Caderno de Estudos, resultante da parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério da Saúde (MS), aponta avanços na gestão das condicionalidades de saúde e expressiva melhora do estado nutricional das crianças acompanhadas no PBF, demonstrando o impacto positivo do programa na vida de seus beneficiários para além da superação de situações de pobreza e miséria.

Além desse importante efeito, já documentado pela literatura para outros desfechos em saúde, como a mortalidade infantil, é possível afirmar que o Programa Bolsa Família, com seu desenho de condicionalidades de saúde, tem pelo menos mais dois impactos relevantes: primeiro, na saúde dos seus beneficiários, especialmente em grupos dados como mais vulneráveis socialmente; segundo, na própria organização e nos arranjos operacionais que o Estado mobiliza para fazer cumprir essas medidas. O programa, nesse sentido, vai além da transferência de renda, visto que, ao reforçar a inclusão das famílias em ações e serviços básicos de saúde, contribui para universalizar a atenção no SUS, e tem, em suas condicionalidades, oportunidade de cuidado continuado à população mais vulnerável.

Apesar dos avanços observados, ainda há grandes desafios a serem superados na gestão das condicionalidades de saúde do programa. Esperamos que este Caderno colabore com evidências e reflexões para o aprimoramento da gestão das condicionalidades e das ações e serviços de saúde oferecidos à população em maior vulnerabilidade social, tendo em vista a garantia da boa saúde e nutrição.

Boa leitura!

Tereza Campello
Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Arthur Chioro
Ministro da Saúde

APRESENTAÇÃO

Este número da Série *Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate* trata, em quatro artigos, dos resultados, avanços e desafios do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, escritos em parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde.

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda com condicionalidades, criado por Medida Provisória (nº 132) em outubro de 2003 (transformado na Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004) e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. O Programa objetiva beneficiar famílias em situação de pobreza (com renda mensal per capita de R\$ 77,01 a R\$ 154) e extrema pobreza (com renda mensal per capita de até R\$ 77), inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Entre os objetivos do Programa estão, 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.

O Programa Bolsa Família tem três dimensões básicas. Tradicionalmente é conhecido como um programa que busca o alívio imediato da pobreza pela transferência de renda, e com isto cumpre um papel fundamental na redução da pobreza e na diminuição da desigualdade. Por outro lado, contribui para o desenvolvimento das famílias, pelas ações complementares, em parceria com outras políticas e programas. Neste caso, podemos mencionar o exemplo da capacitação profissional, pelo Pronatec, e o desenvolvimento da educação nas escolas, pelos programas Mais Educação e Saúde na Escola, com importantes resultados em parceria com o Bolsa Família. Mas também este programa social desempenha um papel fundamental numa outra dimensão ao contribuir para o enfrentamento geracional da pobreza.

Ao ampliar o acesso aos serviços de saúde e educação, pelas condicionalidades, inclusive e fundamentalmente identificando e atuando sobre as situações de vulnerabilidade das famílias, o Bolsa Família colabora para o rompimento do ciclo de reprodução da pobreza entre gerações. Tal aporte faz com que o foco das condicionalidades recaia em especial sobre as crianças das famílias beneficiárias, tanto na saúde como na educação. De fato, no âmbito das condicionalidades de saúde, o acompanhamento do pré-natal das gestantes, junto às informações fornecidas às nutrizes sobre a importância do aleitamento materno, contribui para o melhor desenvolvimento do bebê no período gestacional. O acompanhamento do

calendário vacinal das crianças menores de sete anos, bem como as informações relacionadas ao peso e altura e, portanto, do estado nutricional, reforça a prevenção às doenças e a promoção da saúde, ainda na primeira infância.

As condicionalidades do Bolsa Família são compromissos assumidos não somente pelas famílias, mas também pelo poder público nas áreas de saúde e educação. O objetivo essencial das condicionalidades é situar a pauta da desigualdade no acesso aos serviços básicos em nosso país, a fim de que o poder público priorize seus esforços de apoio às famílias quanto à garantia dos direitos de saúde e educação. Em consequência, reforça o princípio da equidade, a partir de uma atuação inter-setorial entre as áreas de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades de saúde são parte estratégica desse desafio.

Assim, o primeiro capítulo desta edição do Caderno de Estudos, “O Sistema Único de Saúde e o Programa Bolsa Família: Compromissos e Desafios”, apresenta as responsabilidades do setor da saúde frente aos compromissos da agenda de condicionalidades no Programa Bolsa Família. Ressalta a relevância da participação do SUS na agenda de redução da pobreza, especificamente junto às famílias beneficiárias do programa com o reforço à garantia da integralidade do cuidado, universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde e à redução de iniquidades sociais e em saúde.

O segundo capítulo, “O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família”, apresenta o contexto inter-setorial do Programa Bolsa Família, com destaque para as atribuições do SUS na agenda de condicionalidades. Descreve, de forma inédita, a organização do processo de trabalho nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o acompanhamento das famílias beneficiárias e divulga o desempenho do setor da saúde no acompanhamento das condicionalidades. Por fim, destaca as ações empreendidas para melhoria do desempenho dos municípios e pontua os principais desafios enfrentados nesse compromisso do SUS com o programa.

O terceiro capítulo, “Estudos avaliativos com base na integração de registros administrativos: a experiência de integração do Cadastro Único para Programas Sociais, Programa Bolsa Família e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”, apresenta as metodologias de integração de registros administrativos de programas sociais utilizadas na Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação para fins de avaliação de programas, com foco na apresentação da experiência de integração dos registros do Cadastro Único para Programas Sociais, Folha de Pagamentos do Programa Bolsa Família e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esta estratégia metodológica permitiu a construção de uma base de dados longitudinal, composta pelas informações antropométricas das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas na Atenção Básica do SUS e de informações provenientes da gestão do Programa, criando possibilidades analíticas um tanto inovadoras em termos de Estudos Avaliativos no país.

O quarto e último capítulo, “Estado nutricional de crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012”, apresenta a análise da tendência temporal do estado nutricional de crianças menores de cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelas equipes de atenção básica à saúde do SUS, destacando a importância da vigilância alimentar e nutricional como estratégia principal de acompanhamento do estado de saúde e nutrição das crianças e a potencialidade dessa ação no conjunto das condicionalidades de saúde do PBF.

Por fim, tendo esta publicação o propósito de divulgar pesquisas e disseminar resultados que possam subsidiar discussões e avaliações acerca das políticas e programas sociais, acreditamos que os artigos apresentados contribuirão com a difusão de mais informações a respeito do PBF e, em particular, possibilitarão o reconhecimento da contribuição de todos os que compõem o Sistema Único de Saúde com o acompanhamento das famílias beneficiárias do programa de transferência de renda – Bolsa Família.

Marconi Fernandes de Sousa
Daniel de Aquino Ximenes
Patrícia Constante Jaime

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO 12

II. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: COMPROMISSOS E DESAFIOS. 15

Introdução 15

O Sistema Único de Saúde 15

A contribuição do setor saúde na agenda de acompanhamento das condicionalidades do PBF 17

Os desafios e oportunidades do acompanhamento das condicionalidades do PBF para o SUS 19

III. O DESEMPENHO DO SETOR SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA 23

A operacionalização do acompanhamento das condicionalidades de saúde 24

O desempenho da agenda de condicionalidades de saúde do PBF nos estados e municípios 27

Ações realizadas pelo setor saúde que visam à melhoria do desempenho do acompanhamento das condicionalidades 33

Desafios para a melhoria do desempenho das condicionalidades de saúde do PBF 34

IV. ESTUDOS AVALIATIVOS COM BASE NA INTEGRAÇÃO DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS: A EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DO CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS, PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 38

Integração de registros administrativos: aspectos operacionais 40

A metodologia de integração de dados para o estudo avaliativo 43

Considerações Finais 48

V. DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ANÁLISE TRANSVERSAL E PAINEL LONGITUDINAL DE 2008 A 2012 49

A vigilância alimentar e nutricional no acompanhamento das condicionalidades de saúde 50

Métodos 53

- População do estudo 53
- Bases de dados 53
- Variáveis Antropométricas 54
- Plano analítico 54

Resultados e discussão 55

- Análise transversal 55
- Análise Longitudinal 59

Considerações finais 60

I. INTRODUÇÃO

Esta é a 17 edição da Série Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate. Neste número, publicamos quatro artigos escritos em parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde, a respeito dos resultados, avanços e desafios do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda com condicionalidades, criado por Medida Provisória (nº 132) em outubro de 2003 (transformado na Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004) e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. O Programa objetiva beneficiar famílias em situação de pobreza (com renda mensal per capita de R\$ 70 a R\$ 140) e extrema pobreza (com renda mensal per capita de até R\$ 70), inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Entre os objetivos do Programa estão 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.

O Programa Bolsa Família tem três dimensões básicas. Tradicionalmente é conhecido como um programa que busca o alívio imediato da pobreza pela transferência de renda, e com isto cumpre um papel fundamental na redução da pobreza e na diminuição da desigualdade. Por outro lado, contribui para o desenvolvimento das famílias, pelas ações complementares, em parceria com outras políticas e programas. Neste caso, podemos mencionar o exemplo da capacitação profissional, pelo Pronatec, e o desenvolvimento da educação nas escolas, pelos programas Mais Educação e Saúde na Escola, com importantes resultados na parceria com o Bolsa Família. Mas também o Bolsa Família desempenha um papel fundamental numa outra dimensão, que é a contribuição para o enfrentamento geracional da pobreza.

Ao ampliar o acesso aos serviços de saúde e educação, pelas condicionalidades, inclusive e fundamentalmente identificando e atuando sobre as situações de vulnerabilidade das famílias, o Bolsa Família colabora para o rompimento do ciclo de reprodução da pobreza entre gerações. Tal aporte faz com que o foco das condicionalidades recaia em especial sobre as crianças das famílias beneficiárias, tanto na saúde como na educação. De fato, no âmbito das condicionalidades de saúde, o acompanhamento do pré-natal das gestantes, junto às informações fornecidas às nutrizes sobre a importância do aleitamento materno, contribui para o melhor desenvolvimento do bebê no período gestacional. O acompanhamento do calendário vacinal das crianças menores de 7 anos, bem como as informações relacionadas ao peso e altura e, portanto, do estado nutricional, reforça a prevenção a doenças e a promoção da saúde, ainda na primeira infância.

As condicionalidades do Bolsa Família são compromissos assumidos não somente pelas famílias, mas também pelo poder público nas áreas de saúde e de educação. O objetivo essencial das condicionalidades é situar a pauta da desigualdade no acesso aos serviços básicos em nosso país, a fim de que o poder público priorize seus esforços de apoio às famílias quanto à garantia dos direitos de saúde e de educação. Em consequência, reforça o princípio da equidade, a partir de uma atuação intersetorial entre as áreas de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades de saúde são parte estratégica desse desafio.

Assim, o primeiro capítulo desta edição do Caderno de Estudos, “O Sistema Único de Saúde e o Programa Bolsa Família: Compromissos e Desafios”, apresenta as responsabilidades do setor saúde frente aos compromissos da agenda de condicionalidades no Programa Bolsa Família. Ressalta a relevância da participação do SUS na agenda de redução da pobreza, especificamente junto às famílias beneficiárias do programa com o reforço à garantia da integralidade do cuidado, universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde e à redução de iniquidades sociais e em saúde.

O segundo capítulo, “O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família”, apresenta o contexto intersetorial do Programa Bolsa Família, com destaque para as atribuições do SUS na agenda de condicionalidades. Descreve, de forma inédita, a organização do processo de trabalho nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o acompanhamento das famílias beneficiárias e divulga o desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades. Por fim, destaca as ações empreendidas para melhoria do desempenho dos municípios e pontua os principais desafios enfrentados nesse compromisso do SUS com o programa.

O terceiro capítulo, “Metodologia de pareamento de bases de dados: um relato de experiência de aplicações ao Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)”, apresenta a metodologia utilizada na análise do cruzamento das bases de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), composta pelas informações antropométricas das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas na Atenção Básica do SUS e suas respectivas informações sociais disponíveis na base de dados do CadÚnico e da Folha de Pagamento do programa.

O quarto e último capítulo, “Estado nutricional de crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012”, apresenta a análise da tendência temporal do estado nutricional de crianças menores de cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelas equipes de atenção básica à saúde do SUS, destacando a importância da vigilância alimentar e nutricional como estratégia principal de acompanhamento do estado de

saúde e nutrição das crianças e a potencialidade dessa ação no conjunto das condicionalidades de saúde do PBF.

Por fim, tendo esta publicação o propósito de divulgar pesquisas e disseminar resultados que possam subsidiar discussões e avaliações acerca das políticas e programas sociais, acreditamos que os artigos apresentados contribuirão com a difusão de mais informações a respeito do PBF e, em particular, possibilitará o reconhecimento da contribuição de todos os que compõem o Sistema Único de Saúde com o acompanhamento das famílias beneficiárias do programa de transferência de renda – Bolsa Família.

Marconi Fernandes de Sousa
Daniel Ximenes
Patrícia Constante Jaime

II. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: COMPROMISSOS E DESAFIOS.¹

Helvécio Miranda Magalhães Júnior²

Patricia Constante Jaime³

Ana Maria Cavalcante de Lima⁴

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo analisar o papel do setor saúde no Programa Bolsa Família e suas responsabilidades no acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa. Busca também refletir sobre os desafios e oportunidades gerados para o Sistema Único de Saúde (SUS) por esta agenda de compromisso intersetorial, no que tange à integralidade do cuidado e à redução de iniquidades, esforços esses necessários na garantia da universalidade e equidade na política de saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, definido pela Constituição Brasileira de 1988, foi materializado pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.⁵

Além de reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, a Constituição Federal estabeleceu as bases do SUS, devidamente detalhadas e ratificadas pela Lei Orgânica no 8.080. Assim, os princípios constitucionais do SUS incluem a universalização da assistência garantida a todo cidadão; a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Por sua vez, os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas de gestão federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema.⁶

Por seu caráter universal, o SUS é tido como uma importante política de promoção de inclusão social e seus avanços são significativos, apesar de persistirem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público equânime. Ainda se observam desigualdades importantes na oferta de ações e serviços de saúde. Por exemplo, quando analisado o perfil nutricional das crianças menores de 5 anos no Brasil, observa-se que a prevalência de desnutrição infantil⁷ é maior nas crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família em comparação com as crianças brasileiras.

¹ Esse artigo corresponde a uma síntese do capítulo "O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde", elaborado por Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Patricia Constante Jaime e Ana Maria Cavalcante de Lima, e publicado no livro Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania / organizadores: Tereza Campello e Marcelo Cortes Neri, Brasília, Ipea, 2013.

² Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com residência médica em clínica médica. Especialista em Epidemiologia pela UFMG e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

³ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Goiás (UFG), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutora em Epidemiologia Nutricional pela USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela Universidade de Londres. Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP. Coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁴ Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília (UNB), mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição e em Comunicação em Saúde pela Fiocruz. Técnica especializada da Coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁵ BRASIL, 1990.

⁶ CONASS, 2011.

⁷ Nas formas aguda, que implica baixo peso (4,6%), ou crônica, que implica déficit de crescimento (14,5%) e excesso de peso (16,4%).

Sobre o coeficiente de mortalidade infantil, observam-se diferenciais evidentes por grupo étnico. Em 2004, o coeficiente de mortalidade de crianças menores de 5 anos era de 44 mortes por 1.000 crianças negras e 29 mortes por 1.000 crianças brancas. Assim, apesar de evidente o decréscimo da mortalidade infantil, as disparidades sociais ainda persistem.⁸

Outra evidência da magnitude da desigualdade social no país foi fortemente descoberta em função da identificação das famílias em situação de pobreza extrema no país, parte da construção do plano de eliminação da miséria – Plano Brasil Sem Miséria.⁹ Segundo dados do Censo Demográfico 2010,¹⁰ no Brasil, os extremamente pobres apresentam o seguinte perfil:

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

Para melhorar a situação da saúde da população e reduzir as iniquidades, considera-se a abordagem dos determinantes sociais. Tal abordagem reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam, e prevê a construção de intervenções coordenadas e coerentes entre si, capazes de potencializar a redução da vulnerabilidade e da desigualdade.¹¹

Desta forma, a superação das desigualdades é um desafio no âmbito da saúde pública e acredita-se que o SUS possa promover equidade no acesso a serviços de saúde, sem comprometer seu caráter universal e igualitário.¹² Esta é a grande contribuição do SUS à agenda de redução da pobreza no país, traduzida pela busca da garantia da inclusão e, conseqüentemente, redução da vulnerabilidade social, com equalização das oportunidades para as famílias mais pobres.

⁸ VICTORA et al., 2011.

⁹ BRASIL, 2012a.

¹⁰ Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>.

¹¹ BRASIL, 2008.

¹² PAIM, 2006.

A CONTRIBUIÇÃO DO SETOR SAÚDE NA AGENDA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PBF

As condicionalidades definidas para o PBF compõem um conjunto de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social. Assim, as famílias beneficiárias do programa devem assumir e cumprir estes compromissos para continuar recebendo o benefício, e o poder público se responsabiliza pela oferta dos serviços públicos.

As condicionalidades em educação, saúde e assistência social dão ao programa um caráter intersetorial e exigem articulação estreita entre diferentes ministérios, secretarias de Estado e secretarias municipais.¹³ Embora integrados ao processo de modo geral, o acompanhamento da frequência escolar fica sob a responsabilidade do Ministério da Educação (MEC), enquanto o acompanhamento da agenda de saúde fica a cargo do Ministério da Saúde (MS).

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes. As atribuições do Ministério da Saúde (MS), compartilhadas com as esferas estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) são a oferta dos serviços para acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério.¹⁴

Ressalta-se que, apesar das condicionalidades de saúde se dirigirem a indivíduos (crianças menores de sete anos e gestantes), o foco é na família e, por este motivo, as ações devem ser direcionadas para todo o grupo familiar e não para cada um de seus integrantes de forma isolada.¹⁵

A gestão do PBF na saúde segue a lógica organizativa do SUS e, assim, é descentralizada e compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios. De forma a reforçar o compromisso dos gestores do SUS com esta agenda, alguns indicadores relacionados ao acompanhamento das condicionalidades foram incluídos nos instrumentos de gestão do SUS. Vale destacar o Pacto pela Saúde, que se constitui num conjunto de indicadores de saúde pactuados entre gestores para o alcance de metas e objetivos baseados em prioridades da rede de atenção à saúde. No rol de indicadores para o fortalecimento da atenção básica, está previsto o acompanhamento na saúde das famílias beneficiárias do PBF.¹⁶

Seguindo a mesma lógica, e como elemento de governança mais robusto, o Contrato Organizativo de Ação Pública do SUS (COAP), compromisso entre gestores para organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços na Região de Saúde, traz o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF como uma das prioridades da diretriz 1, de garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante apri-

¹³ IPEA, 2010.

¹⁴ BRASIL, 2004.

¹⁵ IPEA, 2010

¹⁶ BRASIL, 2009.

ramento da política de atenção básica e da atenção especializada.¹⁷ Internamente, no planejamento estratégico do Ministério da Saúde, a agenda do acompanhamento das condicionalidades de saúde ganha destaque na medida em que consta no conjunto de resultados a serem alcançados no objetivo estratégico 16, cuja finalidade é “Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país”.

Por fim, o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 destaca os fatores socioeconômicos, culturais, condições de vida e trabalho como condicionantes da saúde da população. Além de reforçar o papel do SUS na redução das desigualdades sociais, tem como objetivo aperfeiçoar o SUS para que a população tenha acesso integral às ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de saúde, a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.¹⁸

Para todos os indicadores monitorados, o governo federal pactuou uma meta nacional de 73% de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, com destaque para a regionalização das metas entre estados e municípios. Vale ressaltar que o ciclo de acompanhamento das condicionalidades de saúde é semestral e, a cada período, são divulgadas aos municípios as listas das famílias com perfil saúde (aquelas constituídas por crianças menores de 7 anos e mulheres para a identificação das gestantes).

Desde a primeira vigência de acompanhamento das condicionalidades do PBF pela saúde, em 2005, até a segunda vigência, em 2013, o número de famílias a serem acompanhadas pela Saúde passou de 5,5 milhões para aproximadamente 11,9 milhões. No final de 2013, a meta mínima nacional de acompanhamento das condicionalidades (73%) foi alcançada, sendo acompanhadas pelos profissionais da atenção básica do SUS aproximadamente 8,6 milhões de famílias, 5,1 milhões de crianças e 198 mil gestantes.

Os resultados atingidos no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF são bastante satisfatórios e demonstram um amplo envolvimento dos gestores, equipes e profissionais de saúde da atenção básica. Ademais, implica reconhecer a importância da agenda, o compromisso e oportunidade no exercício da equidade na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde e, conseqüentemente, na redução das vulnerabilidades.

Sendo a atenção básica do SUS a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, reconfigura-se o papel das equipes de atenção básica no acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF. O 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, oportuniza o olhar para a integralidade do cuidado. Significa também o encaminhamento quando necessário para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde, e o acompanhamento da evolução de cada usuário de forma contínua.

¹⁷ Idem, 2012b.

¹⁸ Idem, 2011.

OS DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PBF PARA O SUS

Desde a criação e implementação do PBF, muito se tem discutido sobre o potencial do programa na redução da pobreza e da desigualdade de renda e na garantia da inclusão das famílias às ações e serviços básicos de saúde, educação e assistência social.

São vastamente conhecidos os impactos do PBF na redução da pobreza e na diminuição da desigualdade de renda. E, nos últimos tempos, na dinamização da economia nacional pela criação de um grande mercado consumidor interno. Mais recentemente, vêm surgindo estudos e pesquisas de avaliação do impacto do programa em condições de vida e saúde das famílias beneficiárias. Essas avaliações destacam a contribuição do programa de transferência de renda para o melhor acesso à atenção básica em saúde e utilização dos serviços relacionados;¹⁹ assim como na redução da desnutrição, mortalidade infantil e baixo peso ao nascer.²⁰ Contudo os dados de estado nutricional de crianças beneficiárias do PBF mostram 14,5% com baixa estatura e 16,4% com excesso de peso, importantes problemas a enfrentar.

Também são observados avanços importantes nas ações que compõem as condicionalidades de saúde também demonstram importante progresso. Das crianças acompanhadas na segunda vigência de 2012, cerca de 99,2% encontravam-se com calendário de vacinação em dia, e 81% tiveram estado nutricional avaliado. Das gestantes localizadas e acompanhadas pelas equipes de saúde, cerca de 99% estavam com pré-natal em dia, e 80% receberam avaliação do estado nutricional.

Os resultados alcançados demonstram o empenho e a confluência de esforços entre os princípios da atenção básica do SUS e as diretrizes e perspectivas do PBF na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde para as famílias socialmente mais vulneráveis, contribuindo, assim, para a equidade na oferta de serviços de saúde no país.

A atenção básica do SUS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo do cotidiano das pessoas, estando presente em todos os municípios brasileiros. Sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, deve ser considerada o contato preferencial dos usuários com os serviços e, neste sentido, desempenha um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade à população.²¹ O governo tem lhe dado prioridade maciça, tanto política e orçamentária, com investimentos em estrutura física, tecnologia da informação, conectividade, educação permanente das equipes etc. E, de forma inédita, implantou um ousado programa de certificação de qualidade, com ampliação dos recursos de custeio vinculado a resultados em saúde e melhoria de estrutura e processos – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

¹⁹ FACCHINI et al., 2013.

²⁰ MONTEIRO et al., 2009; BRASIL, 2012c; SANTOS et al., 2010; RASELLA et al., 2013.

²¹ BRASIL, 2012d.

O PMAQ busca promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde por meio da indução de processos que procuram aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa favorece maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil.²²

O PMAQ está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e pactuação. O acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde encontra-se descrito no indicador “Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do PBF”. Da mesma forma, aparece descrito nos padrões de autoavaliação – “A equipe de atenção básica realiza a captação de gestantes no primeiro trimestre, com destaque para as gestantes beneficiárias do PBF” – e da avaliação externa – “A equipe de atenção básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa Família?” –, entre outros.²³

Grandes desafios ainda permanecem na agenda de condicionalidades da saúde no PBF. Do total de 11,8 milhões de famílias com perfil de acompanhamento na saúde, não se sabe se as 3,2 milhões de famílias que não são acompanhadas por meio da agenda das condicionalidades têm acesso às ações e serviços de atenção básica. Desta forma, o trabalho de busca ativa dos profissionais da atenção básica, em especial aqueles que compõem as equipes de saúde da família, é fundamental na identificação das famílias não acompanhadas e aquelas ainda invisíveis às políticas públicas, incluindo o PBF e o acesso adequado e oportuno ao SUS.

O reforço da agenda nos instrumentos de pactuação interfederativa do SUS, como o COAP, e qualificação do processo de trabalho na atenção básica em saúde ampliam e melhoram os compromissos do setor saúde com o PBF e com a redução da pobreza em nosso país.

Por outro lado, torna-se imperativo a realização de monitoramento contínuo das metas e apoio institucional estreito a estados e municípios. É preciso investir em estudos e pesquisas que persistam em avaliar outros impactos do programa de transferência de renda nas condições de vida, saúde e nutrição das famílias beneficiárias. A opção de implementar o programa de forma descentralizada deve ser acompanhada de permanente articulação e envolvimento dos gestores estaduais e municipais em prol do aperfeiçoamento da gestão e dos instrumentos de monitoramento e coordenação do programa.

Enfim, acredita-se ser esta a oportunidade de implementação real da intersectorialidade como medida central do enfrentamento da pobreza e miséria no Brasil, a partir da compreensão de que o acompanhamento em saúde do PBF garanta efetivamente o acesso das famílias com vistas à universalidade e equidade.

²² BRASIL, 2012e.

²³ Idem, 2012e; 2013

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 20 set. 1990. p. 18.055. Disponível em: <<http://goo.gl/OB8dLp>>.

_____. Ministério da Saúde – MS; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Portaria Interministerial no 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 223, 22 nov. 2004. Disponível em: <<ftp://ftp.datasus.gov.br/ftpbolsa/download/portaria-MDS-MSBFA.pdf>>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI. **Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados – Bolsa Família e Assistência Social**. Brasília, 2007.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> .

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: MS, 2011.

_____. **Plano Brasil Sem Miséria**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www.brasilsemmiseria.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde – MS. **Caderno de Metas e indicadores para composição da Parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – 2a Rodada (AIBF II)**. Sumário Executivo. Brasília, jun. 2012c. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/AvaliacaodeImpactoProgramaBolsaFamiliaII.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: MS, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do acesso e da qualidade de atenção básica – AMAQ**. Brasília: MS, 2013.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Coleção Para entender a gestão do SUS – Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

FACCHINI, L. A. et al. **Perfil epidemiológico dos beneficiários do bolsa família e desempenho dos serviços básicos de saúde**. Pelotas: UFPEL, 2013. (Relatório final).

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/498.pdf>>.

_____. **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2010. v. 1.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago 2006.

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

SANTOS, L. M. P. et al. Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc. In: BRASIL. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_13_saude_brasil_2010.pdf>.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**. Philadelphia: The Lancet, 2011. (Série Saúde no Brasil 2). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>.

III. O DESEMPENHO DO SETOR SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

*Ana Maria Cavalcante de Lima¹
Maria Queiroz Maia²
Rafaella da Costa Santin³
Maria da Penha Ferrer de Francesco Campos⁴
Patricia Constante Jaime⁵
Kyara Michelline França⁶
Daniela Spinelli Arsky⁷
Maria Eduarda Paiva Meira de Oliveira⁸
Catarina Mendonça Ferreira Lima Pinheiro⁹*

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo analisar o desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). O artigo divide-se em cinco seções, além desta introdução: a primeira apresenta a gestão intersectorial do PBF, a segunda descreve a operacionalização do acompanhamento das condicionalidades de saúde, com destaque para a rotina de acompanhamento das famílias pela atenção básica nos municípios.

A terceira seção descreve os resultados do desempenho da agenda das condicionalidades de saúde do PBF nos estados. Na quarta seção, são apresentadas as ações realizadas pelo setor de saúde que visam à melhoria do desempenho do acompanhamento das condicionalidades. Por fim, apresentam-se os principais desafios para a melhoria do desempenho das condicionalidades de saúde do PBF.

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE

Criado em 2004, o Programa Bolsa Família tem como finalidade promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza por meio das condicionalidades, que são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias quanto pelo poder público.

As condicionalidades do PBF, segundo o Decreto nº 5.209 de 2004, trazem como atribuição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), gestor federal do Programa, “supervisionar o cumprimento das condicionalidades e promover a oferta dos programas complementares, em articulação com os Ministérios setoriais e demais entes federados” (Art. 2º, inc. II).

¹ Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília (UNB), mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição e em Comunicação em Saúde pela Fiocruz. Técnica especializada da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

² Graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UNB). Consultora técnica da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

³ Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília (UNB). Analista Técnica de Políticas Sociais da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁴ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), mestre em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Profissional de Nível Superior do SUS/SES-MT da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁵ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Goiás (UFG), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutora em Epidemiologia Nutricional pela USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela Universidade de Londres. Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP. Coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁶ Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília (UNB), mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Analista na Coordenação-Geral de Acompanhamento das Condicionalidades do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

⁷ Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), especialista em Gestão Pública pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Coordenadora substituta na Coordenação-Geral de Acompanhamento das Condicionalidades do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

⁸ Graduada em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e mestra em Ciência Política pela mesma instituição. Analista Técnica de Políticas Sociais na Coordenação-geral de Acompanhamento de Condicionalidades do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

⁹ Graduada em Medicina pela Universidade de Brasília (UNB). Pós graduada em Oftalmologia pelo Hospital Universitário de Brasília. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Coordenação-geral de Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A intersetorialidade é consolidada por meio dos arranjos do PBF e materializada no acompanhamento das condicionalidades. Em 2004, o MDS, em parceria com os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), publicou as Portarias Interministeriais nº 2.509 e nº 3.789 que, respectivamente, definem atribuições e normas sobre a oferta e o monitoramento das ações de saúde e educação relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF.

Especificamente em relação à saúde, a Portaria nº 2.509 de 2004, no artigo 1º, trata do papel do setor público e das famílias para concretizar os objetivos propostos pelas condicionalidades de saúde:

§ 1º Caberá ao setor público de saúde a oferta de serviços para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos.

§ 2º As famílias beneficiárias com gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 (sete) anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

Dessa forma, ressalta-se que a integração da transferência de renda aos serviços básicos de saúde possibilita que crianças de até 7 anos de idade tenham o acompanhamento nutricional e vacinal e gestantes do PBF sejam inseridas na rotina do pré-natal, garantindo que essas famílias exerçam seus direitos básicos e, conseqüentemente, rompam o ciclo de pobreza entre gerações.

A OPERACIONALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE

A gestão do PBF na saúde segue a lógica organizativa do SUS e, desta forma, é descentralizada e compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios.¹⁰

Ao Ministério da Saúde compete a gestão federal do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias do PBF; estabelecer as diretrizes técnicas e operacionais do acompanhamento; elaborar e manter em funcionamento os aplicativos do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde; capacitar os responsáveis técnicos e gestores estaduais para o apoio aos municípios na implementação das ações de acompanhamento das famílias no âmbito da saúde; analisar os resultados do acompanhamento das famílias, gerados pelos municípios e encaminhá-los ao MDS e instâncias de controle social; disponibilizar os relatórios de acompanhamento das famílias e apoiar o estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para o fomento de atividades complementares às famílias atendidas pelo PBF.

¹⁰ MAGALHÃES JUNIOR et. al, 2013.

De forma a reforçar o compromisso dos gestores do SUS com o acompanhamento das condicionalidades de saúde, alguns indicadores relacionados ao acompanhamento das condicionalidades foram incluídos nos instrumentos de gestão e pactuação interfederativa do SUS, como Pacto pela Saúde,¹¹ Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹² e Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).¹³ Para todos os indicadores monitorados, o governo federal pactuou uma meta nacional de 73% de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, com destaque para a regionalização das metas entre estados e municípios.

O ciclo de acompanhamento das condicionalidades de saúde é semestral – 1ª vigência de janeiro a junho e a 2ª vigência de julho a dezembro. A cada período são divulgadas aos municípios as listas com informações cadastrais das famílias com perfil saúde a serem acompanhadas.¹⁴ Tais listas são elaboradas pelo MDS com base no Cadastro Único¹⁵ e na folha de pagamento do PBF. Posteriormente, as listas são encaminhadas ao Ministério da Saúde para divulgação aos municípios no início das vigências.

O registro das condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do PBF é realizado por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde, disponível no endereço eletrônico.¹⁶ Atualmente todos os municípios brasileiros têm acesso ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Este sistema permite aos responsáveis pela gestão das condicionalidades de saúde na Secretaria Municipal de Saúde:

- a identificação e impressão das listas contendo a relação das famílias beneficiárias a serem acompanhadas;
- o registro do acompanhamento das condicionalidades de saúde;¹⁷
- alteração/correção de endereço das famílias no Sistema;
- vinculação da família beneficiária à equipe de saúde que realizou o acompanhamento;
- visualização do histórico de acompanhamento da família;
- visualização das famílias em descumprimento de condicionalidades da saúde para busca ativa;
- geração de relatórios consolidados com os resultados parciais do acompanhamento das condicionalidades de saúde por município.

Após o registro do acompanhamento das condicionalidades no Sistema de Gestão, os dados transmitidos pelos municípios são consolidados pelo Ministério da Saúde e encaminhados periodicamente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

¹¹ BRASIL, 2009.

¹² Idem, 2012a.

¹³ Idem, 2012b.

¹⁴ Famílias com perfil saúde – aquelas que tenham em sua composição crianças com menos de sete anos e/ou mulheres.

¹⁵ Cadastro Único – Cadastro para Programas Sociais do Governo Federal. Identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa; ou renda mensal total de até três salários mínimos. Permite conhecer a realidade socioeconômica dessas famílias, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família. É coordenado pelo MDS, utilizado obrigatoriamente para seleção de beneficiários de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família.

¹⁶ <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>.

¹⁷ Informações a serem registradas no acompanhamento das condicionalidades de saúde: crianças – peso, estatura, vacinação em dia ou não, situação de aleitamento materno para as crianças menores de 2 anos de idade. Para as mulheres – peso, estatura, informação gestacional e, em caso de gestantes, pré-natal em dia ou não e data da última menstruação.

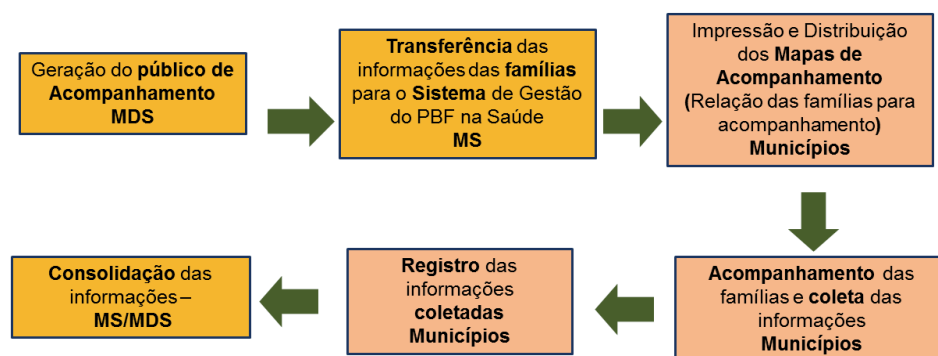
Ao encerrar cada vigência de acompanhamento da saúde, os resultados são enviados ao MDS para que sejam apurados os possíveis casos de não cumprimento dos compromissos assumidos pelas famílias. Em caso de descumprimento de integrante da família, essa poderá ter efeito no benefício, que vai desde advertência até bloqueio, suspensão e, em último caso, cancelamento, caso persista a situação de descumprimento da família.¹⁸ A possível repercussão no benefício de uma família com integrantes perfil saúde em descumprimento ocorre nos meses de março (referente ao acompanhamento de saúde realizado entre julho e dezembro do ano anterior) e setembro (referente ao acompanhamento de janeiro a junho do ano vigente).

Por meio do acompanhamento de saúde e da identificação de casos de descumprimento, podem ser reveladas situações de vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias. Por exemplo, uma criança identificada com peso inferior ao recomendado para sua idade, pode apresentar-se nesta situação em decorrência de episódios constantes de diarreia, podendo ser atribuído à falta de saneamento básico no território dentre outras causas. Esse exemplo revela o potencial do setor saúde na identificação de diferentes determinantes sociais de saúde, considerando o desenho do Programa Bolsa Família, que prevê o encaminhamento dos casos de vulnerabilidades identificadas para a atuação de outras políticas sociais.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde permite revelar vulnerabilidades das famílias que não efetivaram seus direitos de saúde garantidos constitucionalmente, além de sinalizar possíveis situações que podem estar relacionadas a problemas no acesso a outras políticas sociais.

A seguir, encontra-se a Figura 1 com o fluxo operacional do acompanhamento das condicionalidades de saúde.

FIGURA 1 - FLUXO OPERACIONAL DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE.



¹⁸ Por meio da Portaria 251 de 2012 houve alteração na forma de apuração dos casos de descumprimento de condicionalidades. A alteração mais substancial foi em relação à evolução nos efeitos de descumprimento de condicionalidades, excepcionando o cancelamento do benefício.

Fonte: Construção própria da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS)
 Legenda: MS - Ministério da Saúde; MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Considerando a importância da participação do setor saúde no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde e a estreita correlação dessas ações com a rotina da atenção básica do SUS – cumprimento do calendário de vacinação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e do pré-natal –, observa-se uma ampla confluência de esforços entre os princípios da atenção básica do SUS e as diretrizes e perspectivas do PBF na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde para as famílias socialmente mais vulneráveis.¹⁹ Acredita-se que esta é uma grande oportunidade para a equidade na oferta de serviços de saúde nos municípios e estima-se que a agenda de condicionalidades de saúde do PBF mobilize cerca de 258 mil agentes comunitários de saúde e 34 mil equipes de saúde da família em todo o país.

Sendo a atenção básica do SUS a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, o papel das equipes de atenção básica no acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF reconfigura-se. O 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, oportuniza o olhar para a integralidade do cuidado. Significa também o encaminhamento quando necessário para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde, e o acompanhamento da evolução de cada usuário de forma contínua.²⁰

O DESEMPENHO DA AGENDA DE CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PBF NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

No Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde estão disponíveis todos os resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde desde sua implementação e possibilita a análise histórica do desempenho dos estados e municípios nessa ação.

Desde a primeira vigência de acompanhamento das condicionalidades do PBF pela saúde, em 2005, até a segunda vigência em 2013, o número de famílias a serem acompanhadas pela Saúde passou de 5,5 milhões para, aproximadamente, 11,9 milhões – aumento de 116%. Sobre o número de famílias acompanhadas, o aumento foi bastante expressivo, tendo sido acompanhadas 334 mil famílias em 2005 e 8,6 milhões em 2013.

Apesar do aumento substancial no número de famílias acompanhadas pela saúde, somente na 2ª vigência de 2012 conseguiu-se atingir a meta nacional pactuada nos instrumentos de gestão do SUS, de 73%. A Tabela 1 mostra a evolução do número de famílias com perfil saúde e do número de famílias acompanhadas pela saúde a cada vigência do programa, entre 2005 e 2013.

¹⁹ MAGALHÃES JUNIOR et. al, 2013.

²⁰ Idem, ibidem

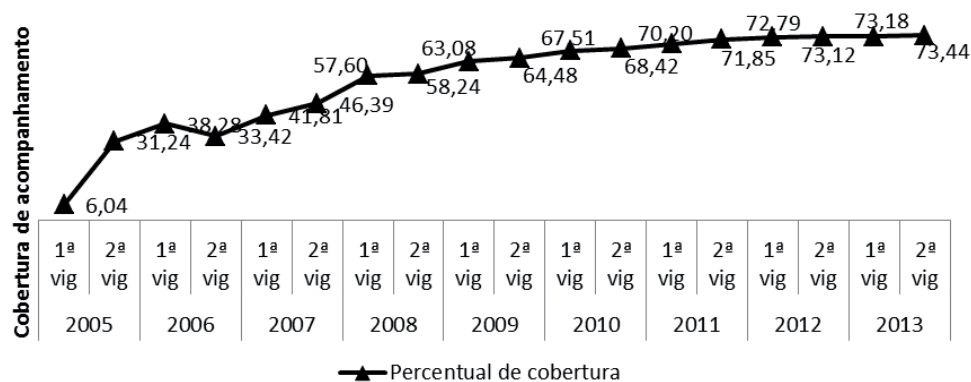
TABELA 1 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE E DO NÚMERO DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS PELA SAÚDE A CADA VIGÊNCIA DO PROGRAMA (BRASIL, 2005 A 2013)

Vigência do programa	Número de famílias com perfil saúde	Número de famílias acompanhadas
2ª/2005	5.751.203	1.796.601
1ª/2006	7.338.833	2.808.992
2ª/2006	9.493.873	3.172.629
1ª/2007	10.584.746	4.425.320
2ª/2007	10.472.495	4.858.116
1ª/2008	10.460.963	6.025.288
2ª/2008	9.663.238	5.627.611
1ª/2009	9.690.559	6.112.420
2ª/2009	9.820.535	6.332.142
1ª/2010	10.020.880	6.765.524
2ª/2010	10.602.965	7.254.691
1ª/2011	10.475.913	7.354.105
2ª/2011	10.086.288	7.247.353
1ª/2012	10.322.561	7.514.018
2ª/2012	11.883.263	8.689.047
1ª/2013	11.873.323	8.688.863
2ª/2013	11.845.101	8.698.858

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2013.

O Gráfico 1, a seguir, apresenta a evolução da cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde no Brasil, de 2005 a 2013.

GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DA COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF COM PERFIL SAÚDE (BRASIL, 2005 A 2013)



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Gestão do PBF na Saúde.

A Tabela 2 apresenta o número de famílias com perfil saúde, as famílias acompanhadas e a cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF por estado e região, no último ciclo de acompanhamento das condicionalidades de saúde no ano de 2013. Os Estados com maior número de famílias com perfil saúde são Bahia, São Paulo e Minas Gerais, com mais de 1 milhão de famílias a serem acompanhadas cada, em 2013. Quinze dos 26 estados apresentaram na última vigência de acompanhamento de saúde cobertura superior à meta de 73%, são eles: Roraima, Paraná, Tocantins, Paraíba, Sergipe, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Piauí, Ceará, Maranhão, Alagoas, Goiás, Pará, Bahia e Amazonas (em ordem decrescente).

TABELA 2 - ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF COM PERFIL SAÚDE POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO NA 2ª VIGÊNCIA DE 2013 (BRASIL, 2013)

UF/Região	Famílias com perfil saúde	Famílias Acompanhadas	Percentual de Acompanhamento
Distrito Federal	76.136	24.820	32,6 %
Goiás	298.961	229.182	76,66 %
Mato Grosso	158.871	105.772	66,58 %
Mato Grosso do Sul	122.829	88.182	71,79 %
Região Centro-Oeste	656.797	447.956	68,20 %
Alagoas	367.336	282.761	76,98 %
Bahia	1.497.551	1.118.856	74,71 %
Ceará	950.825	743.840	78,23 %
Maranhão	824.478	640.674	77,71 %
Paraíba	425.429	339.484	79,8 %
Pernambuco	953.700	682.060	71,52 %
Piauí	373.184	294.928	79,03 %
Rio Grande do Norte	303.376	240.966	79,43 %
Sergipe	230.358	183.175	79,52 %
Região Nordeste	5.926.237	4.526.744	76,38 %
Acre	65.730	43.609	66,35 %
Amapá	46.608	22.325	47,9 %
Amazonas	303.967	226.522	74,52 %
Pará	743.331	565.380	76,06 %
Rondônia	100.313	58.553	58,37 %
Roraima	41.305	36.215	87,68 %
Tocantins	120.380	96.616	80,26 %
Região norte	1.421.634	1.049.220	73,80 %
Espirito Santo	171.374	115.314	67,29 %
Minas Gerais	1.016.159	805.037	79,22 %

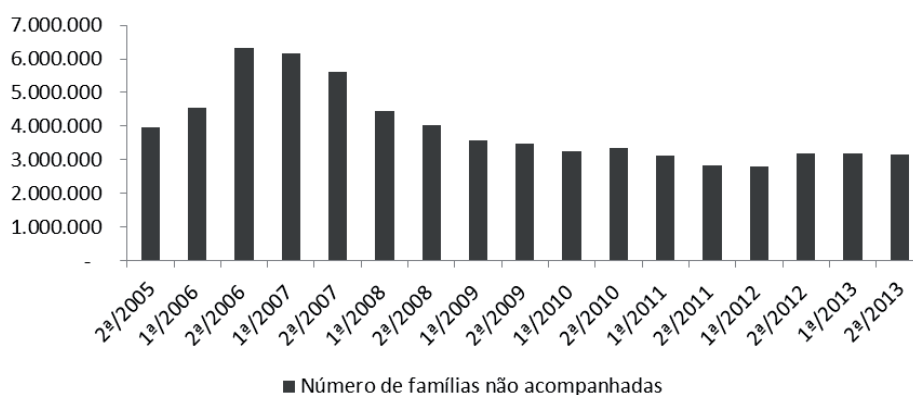
Rio de Janeiro	691.391	408.632	59,1 %
São Paulo	1.097.421	722.102	65,8 %
Região sudeste	2.976.345	2.051.085	68,91 %
Paraná	373.163	300.904	80,64 %
Rio Grande do Sul	368.918	234.603	63,59 %
Santa Catarina	122.007	88.346	72,41 %
Região Sul	864.088	623.853	72,20 %
Total Brasil	11.845.101	8.698.858	73,44%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde no ano de 2013.

Considerando as regiões brasileiras, observa-se que a Região Nordeste apresenta o maior número de famílias com perfil saúde (quase 6 milhões). As famílias beneficiárias do PBF acompanhadas pela saúde e residentes na Região Nordeste correspondem a 52% do total de famílias acompanhadas no país, pouco mais de 4,5 milhões. As Regiões Nordeste e Norte apresentam as maiores coberturas de acompanhamento, 76,38% e 73,80% respectivamente, superiores à média nacional de 73,44%.

Apesar do histórico aumento do acompanhamento das condicionalidades de saúde, observa-se que ainda há uma parcela importante de famílias sem acompanhamento, o que requer a continuidade da atenção dos serviços e dos profissionais de saúde, pois esse pode ser um indicador de situação de vulnerabilidade enfrentada pelas famílias. O Gráfico 2 apresenta a evolução do número de famílias não acompanhadas pela saúde ao longo das vigências de acompanhamento do programa. Possivelmente, o aumento observado entre 2006 e 2007 se deve ao aumento rápido de novos inscritos no programa.

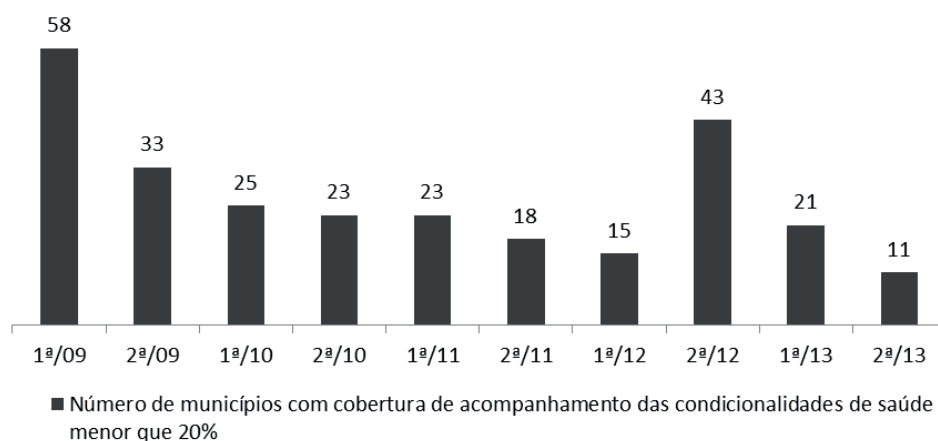
GRÁFICO 2 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FAMÍLIAS NÃO ACOMPANHADAS PELA SAÚDE (BRASIL, 2005 E 2013)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2013.

Para recebimento do Índice de Gestão Descentralizada (IGD),²¹ o município precisa atingir a cobertura mínima de 20% no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Na 2ª vigência de 2013, onze municípios não alcançaram esse percentual mínimo exigido, e, por isso, não receberão o recurso do IGD na vigência seguinte. O Gráfico 3 mostra a evolução do número de municípios com cobertura menor que 20% ao longo das vigências.

GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM COBERTURA MENOR QUE 20% AO LONGO DAS VIGÊNCIAS (BRASIL, 2009 A 2013)



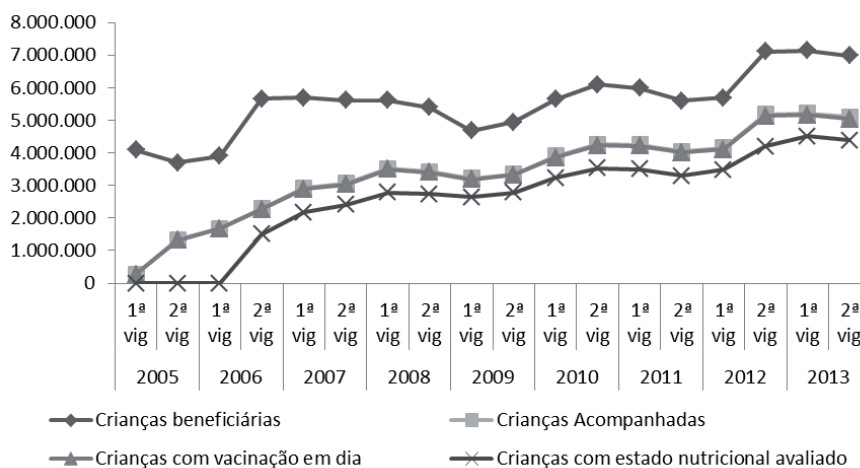
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2009 a 2013.

Sobre as ações de saúde contempladas no conjunto das condicionalidades, tem-se a vacinação e o acompanhamento nutricional das crianças menores de sete anos. Ao longo das vigências, observa-se o aumento no número de crianças acompanhadas e um elevado grau de cumprimento da vacinação e avaliação do estado nutricional, demonstrando a importante atuação das equipes de atenção básica (Gráfico 4).

Na 2ª vigência de 2013, por exemplo, foram acompanhadas 5.108.200 crianças de um total de 6.990.680 (73,07%), das quais 98,7% estavam com o calendário vacinal em dia e 85,9% tiveram dados nutricionais coletados. Esse resultado é bastante satisfatório e demonstra envolvimento estreito das equipes de atenção básica para com a agenda de condicionalidades em saúde das crianças beneficiárias do PBF. Ademais, implica reconhecer que as condicionalidades de saúde são compreendidas no conjunto, pelos profissionais de saúde que lidam com essa rotina; além do esforço empreendido para acompanhamento e priorização dessa parcela da população que busca o acesso aos serviços básicos de saúde.

²¹ O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) é um indicador que mostra a qualidade da gestão descentralizada do Programa Bolsa Família (PBF), além de refletir os compromissos assumidos pelos estados e municípios em sua adesão ao Programa, como a gestão do Cadastro Único e do acompanhamento das condicionalidades das áreas de saúde e de educação. O índice varia entre zero e 1. Quanto mais próximo de 1, melhor a avaliação da gestão desses processos. Com base nesse indicador, o MDS repassa recursos a estados e municípios para a realização da gestão do Bolsa Família. Quanto maior o valor do IGD, maior será também o valor dos recursos a serem repassados.

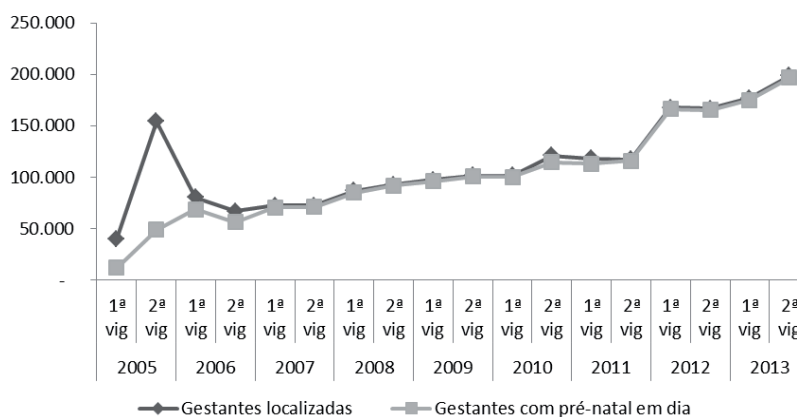
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PBF, ACOMPANHADAS, COM VACINAÇÃO EM DIA E COM DADOS NUTRICIONAIS COLETADOS (BRASIL, 2005 A 2013)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2013.

Sobre o acompanhamento das condicionalidades de gestantes, na 2ª vigência de 2013, foram localizadas 198.728, sendo 42,12% da estimativa de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família para o Brasil.²² Das gestantes localizadas, 98,9% estavam com o pré-natal em dia e 85,5% tiveram dados nutricionais coletados. Apesar do incremento observado na 2ª vigência de 2013 (Gráfico 5), faz-se necessário ampliar o esforço na captação de gestantes beneficiárias junto aos estados e municípios.

GRÁFICO 5 - NÚMERO DE GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO PBF ACOMPANHADAS E COM PRÉ-NATAL EM DIA (BRASIL, 2005 A 2013)



²² Número estimado de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família considerando-se a proporção de gestantes na população. Calcula-se por meio da seguinte equação: estimativa de gestantes por vigência = $[(n^\circ \text{ de nascidos vivos} / n^\circ \text{ de mulheres de 15 a 44 anos}) \times n^\circ \text{ de beneficiárias do PBF de 14 a 44 anos} / 2] + 10\%$.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde nos anos de 2005 a 2013.

Observa-se um aumento no número de gestantes localizadas entre 2011 e 2012. Tal aumento deve-se à implementação do Benefício Variável à Gestante (BVG)²³ em dezembro de 2011, que prevê a concessão de um benefício variável a cada gestante beneficiária grávida do PBF localizada pelas equipes de saúde.

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

AÇÕES REALIZADAS PELO SETOR SAÚDE QUE VISAM À MELHORIA DO DESEMPENHO DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES

Considerando a ampla mobilização e envolvimento dos três níveis de governo para o cumprimento da agenda de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, muito se faz a cada vigência com o intuito de reforçar o compromisso dos atores envolvidos no processo – gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde e famílias beneficiárias.

Em geral, as ações realizadas pelo setor saúde visando à melhoria do desempenho do acompanhamento das condicionalidades se concentram na divulgação das diretrizes gerais do acompanhamento das famílias, na manutenção do sistema de gestão das condicionalidades de saúde e na formação dos profissionais de saúde para compreensão de seu papel na agenda de condicionalidades e na priorização das famílias beneficiárias para oferta das ações e serviços de saúde.

De forma sistemática, são realizadas reuniões nacionais, regionais e estaduais sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, oficinas de formação profissional com o objetivo de apresentar o sistema de gestão das condicionalidades de saúde e ressaltar o papel da atenção básica na captação de gestantes beneficiárias do programa.

Com vistas a reforçar a agenda das condicionalidades de saúde, são realizadas visitas técnicas aos estados e municípios e planejadas ações de comunicação direta com os profissionais de saúde e gestores envolvidos no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Sobre as ações de comunicação, são elaborados e veiculados informes sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na rede de contatos da atenção básica, da alimentação e nutrição e Redenutri,²⁴ e realizadas videoconferências com municípios de grande porte e as referências

²³ O BVG tem como objetivo aumentar a proteção à mãe e ao bebê durante a gestação, elevando a renda familiar nesta fase bastante importante da vida. Essa condicionalidade reforça o papel intersetorial da saúde no programa de transferência de renda, na medida em que as gestantes devem obrigatoriamente ser localizadas pelos profissionais de saúde para recebimento do benefício variável.

²⁴ Rede social composta por profissionais envolvidos na implementação de ações de alimentação e nutrição em diferentes esferas de governo.

estaduais do PBF na Saúde, a fim de possibilitar um espaço para discussão dos principais desafios na gestão do programa e com intuito de identificar estratégias de aprimoramento dos processos de trabalho e impulsionar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.

Além disso, são estabelecidas articulações entre gestores do SUS, por meio do envio de ofícios do nível federal aos estados e municípios; articulação com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), solicitando apoio na divulgação das metas pactuadas e prazos para registro das informações do acompanhamento das condicionalidades no Sistema de Gestão do PBF na Saúde.

Considerando o fortalecimento do processo de capacitação de profissionais de saúde e outros na agenda das condicionalidades de saúde, é ofertado o Curso de Educação a Distância sobre o Programa Bolsa Família na Saúde na Plataforma UNIVERSUS, o que possibilita um grande alcance na formação profissional sobre este tema.

Para mobilização das famílias a serem acompanhadas pela saúde, a partir das informações repassadas do MS para o MDS, são veiculadas mensagens nos extratos bancários das famílias no início das vigências de acompanhamento das condicionalidades de saúde e no meio das vigências para aquelas famílias não localizadas pelos serviços e profissionais de saúde.

Por fim, a agenda de condicionalidades proporciona uma ampla mobilização e articulação da rede de gestores e profissionais de saúde para com a redução da pobreza e das iniquidades no país e as ações voltadas para o reforço do desempenho dos estados e municípios; tal agenda desperta a conscientização do papel de cada um nesta ação.

DESAFIOS PARA A MELHORIA DO DESEMPENHO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PBF

A análise temporal das vigências do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF evidencia uma crescente evolução de cobertura das famílias com crianças menores de sete anos, mulheres e gestantes, o que demonstra o resultado de um esforço positivo dos gestores e profissionais de saúde da atenção básica do SUS na oferta de ações de saúde.²⁵

Os dados apresentados neste documento mostram os avanços desde o início do Programa considerando o aumento expressivo no número de famílias acompanhadas. No entanto, apesar do alcance da meta pactuada (73%), verifica-se que

²⁵ LIMA, 2013.

ainda existem importantes desafios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde no âmbito do SUS.

Embora tenhamos um avanço considerável nesse acompanhamento, verifica-se que 22% das famílias a serem acompanhadas ainda permanecem sem registro de acompanhamento no sistema de gestão e não se tem certeza se essas famílias tiveram acesso às ações e serviços básicos de saúde. Ademais, quaisquer que sejam os aspectos que dificultam o acesso das famílias às políticas públicas em geral, cabe ao Estado providenciar o apoio para a redução do nível de vulnerabilidades ao qual essas famílias se encontram expostas.

Verifica-se também a necessidade de ampliar a identificação de gestantes do PBF pelos serviços de saúde municipais, de maneira a inseri-las nas consultas de pré-natal e com vistas a possibilitar a concessão do Benefício Variável à Gestante (BVG). Nesse sentido, o BVG reforça o papel do SUS na intersectorialidade e o compromisso com a erradicação da miséria e oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, antes a família receberá o benefício. Assim, recomenda-se o desenvolvimento e implementação de estratégias de comunicação para mobilização dos profissionais de saúde para captação precoce e busca ativa às gestantes beneficiárias.

Considerando o caráter intersectorial do PBF, destaca-se a importância de debater com a rede de assistência social as informações coletadas no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Esses dados permitem identificar vulnerabilidades durante o acompanhamento da agenda de saúde e criar um fluxo de acompanhamento das famílias nos serviços socioassistenciais.

Entre outros desafios a serem superados e que contribuem para a melhoria do desempenho do acompanhamento das condicionalidades de saúde, pode-se citar o fortalecimento da interlocução intersectorial nos estados e municípios, o estímulo à busca ativa às famílias em situação de vulnerabilidade grave, o investimento em processos de trabalho para desenvolvimento de estratégias de educação permanente aos profissionais e o reforço dos registros do acompanhamento nutricional dos beneficiários do Programa, considerando as ações de vigilância nutricional.

Por fim, em função da oportunidade conferida pelo acompanhamento das condicionalidades para o cuidado integral das gestantes e crianças estabelecem-se como prioridades:²⁶

- Reforço à Vigilância Alimentar e Nutricional das famílias beneficiárias para o controle das situações de risco, constituindo uma estratégia de garantia do direito humano à alimentação e nutrição adequadas;

²⁶ BRASIL, 2014.

- Reforço ao Aconselhamento Nutricional nos casos de agravo identificado;
- Priorização das ações de prevenção de deficiências nutricionais às crianças e gestantes beneficiárias do programa;
- Realização de ações de Promoção da Alimentação Saudável;
- Reforço à atuação dos profissionais e equipes da Atenção Básica em função de sua responsabilidade pelo cuidado de gestantes e crianças e ampla cobertura no país.

Os resultados alcançados demonstram o empenho e a confluência de esforços entre os princípios da atenção básica do SUS e as diretrizes e perspectivas do PBF na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde para as famílias socialmente mais vulneráveis, contribuindo, assim, para a equidade na oferta de serviços de saúde no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Nota Técnica nº 15/2014-CGAN/DAB/SAS/MS. **Divulgação dos resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na 2ª vigência de 2013**. Brasília: MS, 22 jan. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Caderno de Orientações e Legislações do Programa Bolsa Família e Cadastro Único**: Informações importantes para a gestão municipal. Brasília: MDS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: MS, 2012a.

_____. Ministério da Saúde – MS. **Caderno de Metas e indicadores para composição da Parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública**. Brasília: MS, 2012b.

LIMA, A. M. C. **O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família**: a intersetorialidade em ação. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. J.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C (Org). **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>.

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

IV. ESTUDOS AVALIATIVOS COM BASE NA INTEGRAÇÃO DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS: A EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DO CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS, PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Alexander Cambraia Nascimento Váz¹

Júlio Cesar Gomes Fonseca²

Marconi Fernandes de Sousa³

Paulo de Martino Jannuzzi⁴

INTRODUÇÃO

A especificação de pesquisas e estudos avaliativos de programas sociais vêm se tornando mais complexa à medida que a Política Social brasileira avança, em passos rápidos, em termos de escopo de atuação e escala de cobertura populacional. Políticas de natureza universal na educação e saúde vêm se consolidando por meio de investimentos crescentes, regulamentações normativas e intervenções programáticas mais específicas, ao mesmo tempo em que políticas e programas de cunho redistributivo, afirmativo ou compensatório se estruturam e avançam pelo território nacional, criando sinergias – planejadas ou não – que têm impactado positivamente em várias dimensões das condições de vida da população, especialmente aquelas mais pobres e vulneráveis (JACCOUD, 2013)⁵. Dimensionar resultados e impactos advindos de um ou outro programa social isolado é certamente um desafio e talvez, nesse contexto, seja menos importante que avaliar a sua contribuição conjunta.

O fato é que estratégias integradas de programas sociais, como a que caracteriza o Programa Bolsa Família, têm colocado novos desafios metodológicos na avaliação de seus resultados e impactos, que os estudos de campo de delineamento quasi-experimental não parecem responder na sua integralidade. Sem entrar na discussão sobre os imperativos éticos, viabilidade política e operacionalidade técnica de tais estudos no contexto de Políticas Sociais, discutidos em Jannuzzi (2011)⁶, parecem acumular evidências de que, em situações de públicos submetidos ao conjunto integrado e simultâneo de programas sociais, operados por muitos e diversos agentes – cada qual com seu nível de competência e comprometimento – os desenhos de campo quasi-experimentais não só captam efeitos específicos das intervenções, como tendem a subestimar os efeitos conjugados. A multiplicidade de fatores de pseudo-aleatorização para definição de grupos de Tratamento, as dificuldades de encadeamento longitudinal das unidades de análise e o tamanho da amostra requerido para os níveis de

¹ Coordenador Geral do Depto de Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do MDS.

² Consultor do Depto de Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do MDS.

³ Diretor do Depto de Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do MDS.

⁴ Secretário de Avaliação e Gestão da Informação do MDS.

⁵ JACCOUD, Luciana. Igualdade e equidade na agenda da proteção social. In: Fonseca, Ana; Fagnani, Eduardo (orgs.). Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013, p.281-304.

⁶ JANNUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de Programas Sociais no Brasil: Repensando Práticas e Metodologias das Pesquisas Avaliativas. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v. 36, p. 251-275, 2011.

significância desejados explicariam parte dessas limitações concretas concluídas em tais estudos, entre outros problemas.

Nessa perspectiva, uma estratégia de avaliação que parece responder parte das necessidades de informação sobre os efeitos de programas sociais, operados – em tese ou efetivamente – de forma cooperativa e articulada, é a apoiada na modelagem de bases integradas dos dados provenientes de registros administrativos e cadastros públicos, criados para gestão de Políticas e programas setoriais. Assegurada à qualidade, atualidade e especificidade da informação registrada nessas fontes de dados, tal estratégia permitiria construir modelos com muitas possibilidades de avaliação comparativa – ou pseudo-aleatorização – de situações factuais e contrafactuais, “Tratamentos” e “Controles”, interação maior ou menor de programas e de contextos diferenciados dos públicos atendidos ou de agentes operadores dos programas. Ademais tal estratégia metodológica permite, adicionalmente, o pareamento longitudinal das unidades de análise em painéis com extensão histórica ou periodicidade bem mais flexíveis e interessantes para as análises de efeitos do “tempo ou regularidade de exposição ao programa social”.

Naturalmente, para assegurar a pertinência de um estudo avaliativo nessa perspectiva, assim como a validade interna e externa dos seus resultados, é preciso garantir que os registros administrativos e cadastros públicos disponham das variáveis de interesse analítico, que estas tenham algum grau conhecido de confiabilidade, que seja conhecido os vieses de cobertura populacional e que haja procedimentos adequados de integração das bases de dados por metodologias determinísticas, probabilísticas ou, idealmente, por variáveis-chave comuns.

No Brasil essas premissas parecem se aplicar em um conjunto amplo de fontes de dados administrativos dos Ministérios de pastas sociais, ainda que com diferenciais importantes em função da maturidade dos registros, dos procedimentos de coleta e atualização e, sobretudo, pelo uso efetivo na produção de dados estatísticos e de estudos avaliativos. O Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚnico), a Folha de Pagamentos do Programa Bolsa Família e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) parecem se enquadrar nesse contexto, habilitando-se às finalidades de elaborar um estudo avaliativo acerca dos efeitos conjugados do Bolsa Família e do Acompanhamento Nutricional de crianças beneficiárias do programa, cuja temática é abordada em outro artigo dessa coletânea.

Nesse sentido, este texto tem o propósito de documentar os aspectos metodológicos acerca da preparação das bases de dados e de sua integração para elaboração do estudo avaliativo mencionado. Inicia-se uma sucinta apresentação dos métodos de integração de registros administrativos utilizados no âmbito do Departamento de Monitoramento (DM/SAGI/MDS) para realização de estudos avaliativos, apresentando suas principais características e modelos de estruturação. Em seguida, apresentam-se as

fontes de dados utilizadas neste estudo, assim como os procedimentos de tratamento e integração dos dados.

INTEGRAÇÃO DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS: ASPECTOS OPERACIONAIS

A presente seção tem por objetivo central apresentar uma visão sintética sobre as metodologias e técnicas adotadas para integração de registros administrativos no Departamento de Monitoramento com a finalidade de organizar bases de dados para estudos avaliativos e produção de indicadores de monitoramento, avançando a discussão já iniciada em Sousa (2013)⁷.

A metodologia a ser adotada depende inicialmente de uma pergunta preliminar acerca do indicador ou estudo a ser desenvolvido: qual é a unidade primária de análise? Tal questão parece trivial, mas de fato define todo o conjunto de rotinas que devem ser adotadas para integração dos registros e conseqüentemente para a montagem do *layout* final utilizado para análise estatística. É usual nas integrações efetuadas pelo Departamento o foco nas estatísticas relativas a usuários/beneficiários/públicos-alvo das políticas sociais. No entanto, os registros administrativos conforme a função dos sistemas ou instrumentos de coleta pelo qual são obtidos podem estruturar seus bancos segundo diferentes unidades de análise: matrículas, vínculos, movimentações, benefícios, consulta médica, entre outros.

A unidade de análise, portanto, é crucial para definir qual o foco do indicador a ser construído ou estudo a ser realizado, se gerencial ou analítico, de desempenho ou de resultados e impactos. Porém, para fins operacionais de integração de dados, a observância da unidade de análise independe da definição do foco, pois será o conjunto de informações contidas nos registros que irão definir os elos passíveis de utilização na integração.

Tendo em vista a unidade de análise do indicador/estudo partimos para os métodos de integração. O Departamento de Monitoramento trabalha essencialmente com duas técnicas de integração de dados: o pareamento por *merge* e o pareamento por *match codes*, também usualmente referido por *linkage*. Vale ressaltar que os termos utilizados para pareamento de registros normalmente variam conforme as aplicações utilizadas e suas respectivas linguagens de programação.

A diferença entre o *merge* e o *match code* é relativa às chaves de identificação dos registros nas bases a serem integradas. O *merge* é relativo à junção de registros que contêm a mesma variável-chave, provenientes de um mesmo sistema gerador, como exemplo, a existência de Cadastro de Pessoa Física (CPF) da Receita Federal em ambos os registros. Já a construção de *match codes* se faz necessária quando não existe a variável identificadora proveniente de um mesmo sistema gerador nas bases de dados que

⁷ SOUSA, Marconi Fernandes de. Monitoramento Analítico do Plano Brasil Sem Miséria e de Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, Brasília, v.5, p. 90-103, 2013.

se pretende parear. Neste caso, opta-se pela construção de match codes a partir de variáveis identificadoras existentes em ambas as bases, mas que, evidentemente, são provenientes de sistemáticas de coleta independentes. As integrações realizadas no âmbito do Departamento de Monitoramento em sua maioria têm como unidade de análise o indivíduo e, neste sentido, as variáveis de nome, nome da mãe e data de nascimento são variáveis fundamentais para a construção de *match codes*.

Pelo desenvolvimento das técnicas de integração no Departamento, conseguimos definir dois grupos de procedimentos de pareamento por meio de match codes: determinístico e probabilístico. O primeiro exige total similaridade das variáveis-chave com os *match codes* nas bases a serem integradas. Já o probabilístico pareia os registros com base em limites percentuais de semelhança entre os match codes. Nestes casos, há uma grande variedade de procedimentos que podem ser adotados para calcular as probabilidades de semelhança. Além destes métodos de pareamento, há também procedimentos prévios de tratamento nas variáveis textos para identificação de fonemas nos sintagmas, de forma a evitar que pequenas diferenças ortográficas habituais dos sistemas de coleta, especialmente os declaratórios, impeçam o pareamento de registros de um mesmo indivíduo.

Importante ressaltar que é possível a utilização do merge e de match codes para uma mesma integração quando ambos são aplicáveis nas diferentes bases de dados. Ou seja, nos casos de registros que possuam variáveis-chave em comum, mas que também proveem registros de nome, endereço, nome dos pais, datas de nascimento, entre outros, a utilização dos dois procedimentos pode aumentar significativamente a quantidade de integrações. Esta técnica de fazer pareamentos por rodadas é conhecida por blocagem e, de fato, é uma eficiente estratégia quando se trabalha com recursos de processamento escassos.

É reconhecida a heterogeneidade de instrumentos de coleta e registro de informações para fins de gestão de programas, que conseqüentemente leva a uma heterogeneidade de maneiras de se registrar uma mesma informação. Desta forma, procedimentos de padronização de registros e a constituição de mais de um elo de ligação entre bases de dados contribuem para o aproveitamento máximo dos registros para fins de integração.

Para efeitos didáticos, exemplificamos os conceitos discutidos neste texto por meio da descrição de um processo de integração determinística hipotética do CadÚnico com uma base de dados de registros gerenciais de um dado programa social e que tem como unidade de análise, seus beneficiários.

O Cadastro Único coleta um conjunto amplo de informações de registro civil (Certidão de Nascimento, Registro Civil, Carteira de Trabalho, entre outros), porém a principal informação de identificação existente no banco de dados é o Número de Identificação Social (NIS), tratando-se de um de seus principais indexadores. Se a base de dados hipotética a ser integrada não coleta os NIS de seus beneficiários é

necessário a construção de match codes buscando a unicidade informacional entre os registros de ambas as bases. Dessa forma, são estabelecidos critérios para a construção de match codes conforme Quadro 1.

Quadro 1: Metodologia de integração do Cadastro Único com outras bases de dados por match codes

<p>1º Critério:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fonético do nome da pessoa = primeiro e últimos nomes + primeiras letras dos nomes intermediários;• Data de nascimento;• 01 documento: Carteira de Identidade (CI) – nº e emissor, Certidão Civil – tipo e nº termo, CPF – nº e Dígito Verificador (DV), Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – nº, série e UF, e Título de Eleitor – nº e Dígito Verificador (DV). <p>2º Critério:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fonético do nome (idem acima);• Data de nascimento;• Fonético completo da mãe;• Código do município de nascimento. <p>3º Critério</p> <ul style="list-style-type: none">• Fonético do nome (idem acima);• Data de nascimento;• Fonético completo da mãe;• Endereço, somente os campos logradouro (nome e nº) e CEP. <p>4º Critério:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fonético do nome (idem acima);• Fonético completo da mãe;• Código do Município de nascimento;• 01 documento (idem acima).
--

Com a criação das variáveis com match codes segundo os critérios listados em ambas as bases, processa-se o pareamento por rodadas. Primeiramente se faz o pareamento com o 1º critério separando os casos integrados das bases de dados e, sucessivamente, processa-se o pareamento segundo os demais critérios, separando ao fim de cada rodada os casos integrados.

Neste sentido, é o conjunto de informações existentes nos registros administrativos que habitualmente define os métodos e técnicas de pareamento a serem adotados. Além disso, outro importante fator a ser levado em conta na definição da metodologia é relativo à capacidade/eficiência dos recursos de processamento de dados. Quanto mais refinada a técnica de pareamento como a utilização de tratamentos fonéticos complexos e métodos probabilísticos para realização dos pareamentos, maior será a necessidade de recursos computacionais de alta performance.

A escolha da metodologia de integração é orientada por diversos critérios técnicos e operacionais, procurando garantir precisão e tempestividade na construção da base de dados que permitirá desenvolver o estudo avaliativo ou a produção de indicadores de monitoramento.

A METODOLOGIA DE INTEGRAÇÃO DE DADOS PARA O ESTUDO AVALIATIVO

A integração das bases de dados do CadÚnico, Folha de Pagamentos do PBF e do SISVAN teve por objetivo responder a importantes indagações acerca da situação nutricional dos beneficiários do PBF, dadas as condicionalidades de saúde às quais estavam submetidos. Tomou-se por aporte a base de dados resultante da integração dessas fontes de dados.

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal total de até três salários mínimos. O Cadastro Único permite conhecer a realidade socioeconômica dessas famílias, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família. Sua coordenação está a cargo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), devendo ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família.

A Folha de Pagamentos do Programa Bolsa Família (PBF) é um documento de periodicidade mensal que relaciona todos os indivíduos e famílias que terão seus benefícios depositados em um mês específico. A Folha é gerada pela Caixa Econômica Federal (CAIXA), instituição financeira que realiza a gestão dos recursos financeiros do PBF.

O SISVAN é um sistema de informação que tem por objetivo fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira. O Sistema foi preconizado na década de 1970, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). É um instrumento que visa à inserção dos dados de avaliação nutricional das pessoas que frequentam as unidades básicas do SUS, servindo como fonte de dados de monitoramento do estado nutricional de indivíduos de todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante).

O Sistema é um instrumento utilizado para acompanhar os beneficiários do PBF, conforme o Decreto nº 5.209, publicado no Diário Oficial da União de 17 de setembro de 2004, que recomenda a avaliação do estado nutricional, o acompa-

nhamento do desenvolvimento e vacinação das crianças menores de sete anos e assistência ao pré-natal de mulheres gestantes. Assim, as informações geradas pelo SISVAN devem estar voltadas para a ação por meio da Atitude de Vigilância, que é o olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada fase do ciclo de vida, usando a informação para subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, repensando a prática do serviço de saúde, qualificando a assistência prestada àqueles indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento. O foco especial nesse trabalho está direcionado à faixa etária de 0 a 9 anos, já que é uma fase em que os indivíduos estão em pleno desenvolvimento psicomotor e cuja situação nutricional pode definir a evolução desse processo ao longo dos anos.

O processo de integração das bases de dados citadas neste trabalho contou com algumas idiosincrasias que merecem breve discussão. Em primeiro lugar, dado que uma das hipóteses centrais do Projeto consistiu na relação entre pertencimento ao PBF e melhoria das condições de saúde como função das condicionalidades da área, foi preciso estruturar uma base de dados capaz de fornecer resposta a tal hipótese. Nesse sentido, estruturou-se uma base de dados cujo conteúdo consistiu na integração de todas as Folhas de Pagamento mensais do PBF no período compreendido de janeiro de 2004 a junho de 2013, totalizando 114 bases da Folha.

Essa base tem por unidade de análise o indivíduo que através de seu estudo é possível acompanhar as trajetórias dos beneficiários ao longo do período analisado, possibilitando saber, por exemplo, casos em que os indivíduos saíram e, depois de determinado tempo, retornaram ao Programa (e vice-versa, entre outras questões). A base de referência para composição dessa base longitudinal consistiu no CadÚnico do mês de agosto de 2013, contendo, inclusive, informações de caráter socioeconômico dos indivíduos e famílias.

A partir da estruturação dessa base de dados, foi realizada a integração com o SISVAN. Além das dificuldades correlatas ao tratamento das bases do CadÚnico e da Folha PBF, a base do SISVAN também ofereceu desafios em termos de consistência de informações. Em primeiro lugar, a base foi extraída diretamente do sistema informacional de coleta de dados do Ministério da Saúde. Isso significa que seu formato e as informações nela contidas chegaram exatamente da forma em que foram coletados nos municípios e postos de atendimento. Fez-se necessária, assim, uma série de medidas para análise de consistência e correção, a partir de novos critérios que não estavam claramente definidos, com o apoio de equipe específica do Ministério da Saúde.

Essa medida de consistência também contou com um procedimento de *horizontalização* da base. Originalmente, a base do SISVAN tem por unidade de coleta e análise as consultas médicas realizadas pela rede de atenção básica de saúde. Isso mostra que é possível a existência de diversos registros para uma mesma pessoa

dentre as informações coletadas. Inicialmente, a base contava com cerca de 120 milhões de registros de consultas. Todavia, tanto o processo de integração quanto o próprio estudo necessitavam de uma unidade de análise focada no indivíduo, com informações únicas em cada linha da base. Assim, foi importante transformar em variáveis as informações dos indivíduos, como exemplo, as próprias consultas realizadas.

Em 95,2% da base (um total de 90 milhões de registros em cinco anos), constatou-se a existência de mais de um registro para um mesmo indivíduo, ou datas de acompanhamento diferenciadas entre si. Somente para os 4,8% restantes, as datas de acompanhamento não se diferenciavam entre si e os casos duplicados foram separados e guardados em uma base de dados a parte⁸. Além do trabalho de consistência das informações coletadas, também foi necessária a revalidação dos indicadores antropométricos já presentes no SISVAN. Os scores Z desses indicadores, tomados como base para sua construção, foram recalculados com base em um software específico, o *WHOANTHRO-PLUS*, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por fim, vale a pena tecer considerações acerca do método específico de integração das bases aqui trabalhadas. O processo foi realizado tendo por base o NIS (Número Identificador Social) dos indivíduos, código atribuído pela Caixa Econômica Federal (CEF) a todos os indivíduos que se inscrevem no CadÚnico. Há uma peculiaridade nesse código que influenciou todo o processo de integração: sua possibilidade de mudança. Diferentemente de outros registros individuais, tais como o CPF, é possível que um mesmo indivíduo possua diferentes números de NIS ao longo do tempo, embora não concomitantemente. Podemos ilustrar como exemplo a situação de determinado indivíduo que fosse beneficiário do PBF até agosto de 2004, deixasse o Programa e, em agosto de 2008, voltasse a ser beneficiário. Esse retorno não se daria necessariamente com o mesmo número de NIS que esse indivíduo tinha em agosto de 2004, mas com um número diferente. Assim, tendo por base os números de NIS mais atualizados, não seria possível determinar esse indivíduo como beneficiário PBF em 2004, porque foi atribuído para ele um código distinto do mais atual.

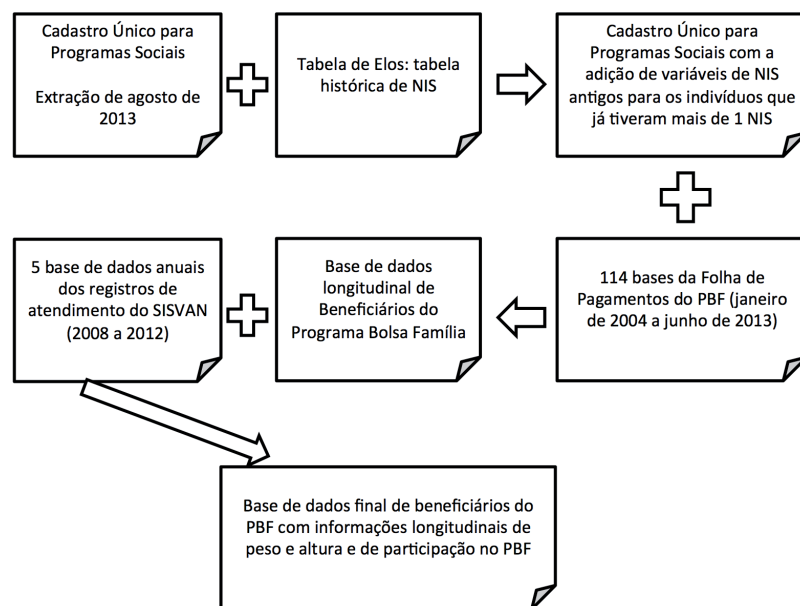
Para lidar com essa peculiaridade, o trabalho se utilizou da chamada Tabela de Elos: uma tabela contendo, para todos os indivíduos que já tiveram pelo menos dois números diferentes de NIS, os valores que até então lhes foram atribuídos. Com essa tabela é possível descobrir, portanto, todos os NIS que determinado indivíduo já teve até o momento da análise e por meio disso, é possível encontrá-lo em períodos de tempo nos quais lhes atribuíam diferentes valores.

³⁰ OLIVEIRA e COLS, 2011.

A sistemática da montagem da base de dados final se deu da seguinte forma:

- 1) Pareamento de extração do CadÚnico de agosto de 2013 com a Tabela de Elos, por meio de merges, mantendo além do número do NIS atual, mais cinco registros de NIS antigos na base.
- 2) Pareamento do CadÚnico e Tabela de Elos com as 114 bases mensais de Folha de Pagamentos do PBF. Cada pareamento foi realizado com seis rodadas de merge, totalizando 684 rodadas.
- 3) Pareamento do CadÚnico e Folha de Pagamentos do PBF Longitudinal com as bases de dados de cinco extrações anuais do SISVAN (2008 a 2012). Os pareamentos também foram realizados com seis rodadas de merge, totalizado trinta rodadas.

Figura 1: Montagem da base de dados final



A base de dados final contou com informações de 9.042.859 beneficiários do Programa Bolsa Família que tiveram pelo menos um registro de acompanhamento na rede de atenção básica de saúde captado pelo SISVAN no período de 2008 a 2012. A Tabela 1 abaixo apresenta a distribuição anual destes beneficiários:

Tabela 1: Distribuição dos beneficiários do Programa Bolsa Família com pelo menos um registro de atendimento na rede de atenção básica captado no SISVAN de 2008 a 2012

Ano	Beneficiários do PBF registrados no SISVAN
2008	3.651.964
2009	3.651.133
2010	4.369.563
2011	4.129.685
2012	3.995.029
Com pelo menos um registro entre 2008 a 2012	9.042.859

A base de dados final conta com os registros de até oito acompanhamentos por ano, além de dados, para cada pessoa, de pertencimento ao PBF e valor recebido pela família no período considerado, com um total de aproximadamente seiscentas variáveis. O Quadro 2 abaixo sintetiza o conjunto de variáveis componentes da base de dados final.

Quadro 2: Síntese de variáveis que compõem as bases resultantes da integração do CadÚnico, Folha de Pagamentos do PBF e SISVAN

Grupos de Variáveis	Descrição das variáveis
Identificação e Controle	<ul style="list-style-type: none"> - ID do Indivíduo (variável desidentificada). - Sexo.
Informações do Programa Bolsa Família	<ul style="list-style-type: none"> - Recebimento de benefício do PBF para cada mês do período estudado. - Valor do benefício do PBF recebido pela família para cada mês do período. - Data de Nascimento registrada no SISVAN. - Datas de acompanhamento (até oito acompanhamentos por ano). - Código de controle interno do SISVAN.
Informações do Sistema de Vigilância Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Código IBGE do município onde foi realizada a avaliação. - Valores registrados de altura e a respectiva consistência para cada um dos oito acompanhamentos. - Valores registrados de peso e a respectiva consistência para cada um dos oito acompanhamentos.

Indicadores antropométricos relativos ao primeiro acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> - Idade em meses. - Escores dos indicadores recalculados pelo software WHOANTHRO-PLUS. - Indicadores antropométricos reconstruídos com os escores recalculados pelo WHOANTHRO-PLUS. - Filtros para seleção de grupos de estudo dos indicadores antropométricos.
--	--

Ao final do processo de integração, dispõe-se de um conglomerado de variáveis capazes de responder às questões a respeito dos impactos do Programa Bolsa Família e da Atenção Básica de Saúde no estado nutricional dos indivíduos investigados no período de 2008 a 2012 e que descrevem a trajetória dos indivíduos no acompanhamento da atenção básica de saúde, nos indicadores antropométricos e em relação à participação no PBF. Os microdados desta base de dados longitudinal estarão disponíveis no site da SAGI, no segundo semestre de 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto teve o propósito de apresentar uma nova estratégia metodológica de avaliação de programas sociais. Tal estratégia é adequada a contextos em que se objetiva avaliar os resultados e impactos de programas com elevado grau de articulação intersetorial, cobertura e complexidade operacional e, em situações em que se pode dispor de registros administrativos e cadastros públicos abrangentes, com reconhecida qualidade técnica (ainda com vieses de cobertura) e com legitimidade institucional.

Os achados preliminares do estudo – apontados em artigo específico na coletânea – demonstram a potencialidade da estratégia avaliativa e, desde que já criada e organizada a base integrada de dados, a tempestividade com que se pode responder as novas demandas de estudos. Seguindo o caminho trilhado por esse estudo, a Secretaria está aplicando essa estratégia metodológica em outras áreas de intervenção programática do Ministério, como na Inclusão Produtiva, e na análise da inserção de jovens beneficiários do Programa Bolsa Família no Ensino Técnico e Ensino Superior.

Programas públicos requerem estratégias de avaliação adequadas ao nível de complexidade dos seus desenhos e arranjos operacionais. A constituição de bases de dados longitudinais com registros administrativos é certamente um passo importante na estratégia de produção de informação e conhecimento mais específicos para o aprimoramento de Políticas e Programas Sociais. Os limites e potencialidades dessa estratégia metodológica de avaliação, sobretudo a validade externa dos resultados, ficarão mais evidentes assim que novos estudos avançarem e que as meta-avaliações apontarem regularidades e irregularidades nos resultados de diferentes pesquisas e estudos.

V. DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ANÁLISE TRANSVERSAL E PAINEL LONGITUDINAL DE 2008 A 2012

Patricia Constante Jaime¹

Alexander Cambraia Nascimento Váz²

Eduardo Augusto Fernandes Nilson³

Júlio César Gomes Fonseca⁴

Simone Costa Guadagnin⁵

Sara Araújo da Silva⁶

Marconi Fernandes de Sousa⁷

Leonor Maria Pacheco Santos⁸

INTRODUÇÃO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas, caracterizada pelo crescimento acelerado e desenvolvimento da criança e os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.⁹

A desnutrição está entre os principais fatores de risco ao pleno desenvolvimento físico, psicomotor e cognitivo das crianças, particularmente nos primeiros cinco anos de vida, e associa-se a prejuízos imediatos à saúde da criança, como o aumento do risco de morbimortalidade infantil, e de médio e longo prazo, tais como retardo do crescimento e desenvolvimento e risco aumentado de obesidade e de doenças crônicas. Essas consequências manifestam-se também no comprometimento do rendimento escolar e no aumento da probabilidade da transmissão intergeracional da pobreza, gerando implicações inclusive para o desenvolvimento de um país.¹⁰

É necessário, portanto, considerar a determinação social da saúde e da nutrição das crianças, tendo em vista que sua saúde e nutrição são influenciadas por outras políticas e fatores externos desde a gestação até a alimentação, cuidados e ambiente nos primeiros anos de vida, contribuindo para o risco de morbimortalidade relacionada à alimentação inadequada. Isso se manifesta inclusive na carga global de doenças, tanto na infância, quanto na idade adulta, em que as carências nutricionais (incluindo a desnutrição) estão entre as principais causas de perdas relacionadas à incapacidade e à mortalidade em crianças menores de cinco anos, junto com as doenças crônicas associadas à má nutrição em outras fases do curso da vida.¹¹

Na experiência recente do Brasil, essa determinação é evidenciada na avaliação das principais causas atribuíveis para a redução da desnutrição crônica em crianças me-

¹ Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP. Coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

² Coordenador-geral e Diretor-substituto do Departamento de Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação SAGI/MDS.

³ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenador Substituto de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁴ Consultor Estatístico pela UNESCO lotado no DM/SAGI em apoio ao Programa Bolsa Família e ao Plano para Superação da Extrema Pobreza do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

⁵ Analista Técnico de Políticas Sociais da Coordenação-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁶ Consultora técnica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

⁷ Diretor do Departamento de Monitoramento SAGI/MDS

⁸ Professora do Departamento de Saúde Coletiva da UnB

⁹ MACGREGOR e COLS, 2007.

¹⁰ BLACK e COLS, 2008.

¹¹ Idem, 2008; BRASIL, 2013.

nores de cinco anos de idade, que destacam os impactos do aumento da educação materna, do aumento da renda familiar, da expansão do acesso à saúde e do aumento da cobertura do saneamento básico.¹²

O aumento da renda familiar é, em parte, atribuível ao Programa Bolsa Família (PBF), cujos impactos extrapolam a complementação da renda familiar, tendo em vista que suas condicionalidades trazem a vinculação dos beneficiários a políticas sociais básicas, como saúde e educação, e os impactos já observados incluem o aumento da frequência escolar e a redução da mortalidade materna.¹³ No campo da saúde, essas condicionalidades, que incluem a realização do acompanhamento pré-natal de gestantes e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e do calendário vacinal das crianças, possibilitam, ainda, a migração dos dados de estado nutricional dos beneficiários do PBF para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), permitindo a avaliação nutricional deste público em nível individual e coletivo.¹⁴

O objetivo central deste artigo é avaliar a tendência temporal da desnutrição em crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF acompanhadas pelas equipes de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo se divide em quatro seções. A primeira apresenta a vigilância alimentar e nutricional como prerrogativa para a atenção à saúde da criança. A segunda seção apresenta os métodos para a análise da desnutrição infantil no período de 2008 a 2012. A terceira mostra os resultados da análise dos dados na série temporal e a quarta traz as considerações finais.

A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE

A atenção à saúde da criança demanda ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que, interligadas, possibilitam o pleno crescimento e desenvolvimento. No acompanhamento de saúde está a necessidade de praticar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil¹⁵ e é trabalhada a partir do conjunto de fontes de dados sobre informações de saúde, alimentação e nutrição da população. Dentre essas fontes, destacam-se sistemas de informação em saúde (incluindo o Sisvan), inquéritos populacionais e estudos e pesquisas.¹⁶

Além das importantes informações providas pelos inquéritos populacionais, tais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde e as Pesquisas de Orçamentos Familiares, que permitem a avaliação temporal da evolução dos indicadores nutricionais dos brasileiros, são fundamentais dados de públicos específicos, em particular os de maior vulnerabilidade social, tais como a população de baixa renda, indígenas, quilombolas e outros grupos.

Nesse sentido, vale destacar que o Sisvan permite o registro das informações relativas ao acompanhamento alimentar e nutricional de usuários da atenção básica à saúde,

¹² MONTEIRO e COLS, 2009.

¹³ BRASIL, 2007a; RASELLA e COLS, 2013.

¹⁴ BRASIL, 2010.

¹⁵ Idem, 2012.

¹⁶ COUTINHO e COLS, 2009.

bem como a incorporação dos dados antropométricos obtidos no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, por meio da integração com o Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Dessa forma, o Sisvan possibilita a vigilância alimentar e nutricional da população atendida na atenção básica, especialmente o público beneficiário do PBF.¹⁷

Na agenda de acompanhamento de saúde das crianças beneficiárias do PBF está a avaliação de medidas antropométricas (peso e estatura) e do calendário vacinal de crianças menores de sete anos, o que se constitui como uma “janela de oportunidades” para vinculação de famílias em situação de vulnerabilidade social aos serviços de saúde. Ou seja, a agenda de condicionalidades de saúde reforça o papel e a contribuição do SUS para a eliminação da pobreza no país e expressa a prática da intersectorialidade em políticas públicas.¹⁸

No monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças em nível individual e coletivo, tanto nos serviços de saúde, quanto nos inquéritos e pesquisas, são fundamentais os indicadores calculados a partir do peso e da estatura dos indivíduos, permitindo a avaliação de desfechos como o baixo peso para idade (desnutrição aguda), a baixa estatura para idade (desnutrição crônica) e o excesso de peso.¹⁹

O peso para idade reflete o estado nutricional recente e conseqüentemente o aporte calórico consumido no período próximo à realização da medida. Este indicador, isoladamente, é insuficiente para permitir uma análise completa da adequação do estado nutricional das crianças. Enquanto isso, a estatura para idade indica o crescimento linear da criança resumindo seu histórico nutricional pregresso, desde o nascimento até a mensuração, de modo a detectar, também, situações de déficit de peso em momentos anteriores. A altura não pode ser recuperada em momentos posteriores, portanto, seu déficit é levado para toda a vida. Além disso, o déficit de estatura está associado a maior morbidade e mortalidade na infância, menor desempenho educacional e, inclusive, menor produtividade na idade adulta.

Em termos populacionais, a desnutrição em crianças menores de cinco anos no Brasil vem sendo reduzida gradualmente e essa diminuição pode ser observada ao longo das últimas três décadas. Considerando-se a Meta 2 do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 1), “a proporção de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso”, para a qual era prevista a redução pela metade da prevalência de déficit de peso 1990 até 2015, o Brasil alcançou e ultrapassou esta meta: entre 1989 e 2006, a prevalência foi reduzida a um quarto da referência inicial (7,1% para 1,7%).²⁰

Entre 1996 e 2006, a prevalência de déficit de peso para idade foi reduzida a menos da metade em termos nacionais, tendo diminuído mais intensamente nas regiões Nordeste e Sudeste. Vale destacar, ainda, que no período diminuíram também as diferenças entre as regiões: a prevalência de crianças com desnutrição aguda no

¹⁷ BRASIL, 2011.

¹⁸ Idem, 2010.

¹⁹ WHO, 1995.

²⁰ BRASIL, 2010.

Nordeste era quatro vezes maior do que a do Sul, em 1996, enquanto foi somente 15% maior em 2006.²¹

Em relação à evolução da desnutrição crônica, o indicador de déficit de estatura em crianças menores de cinco anos também foi reduzido em mais do que a metade da prevalência inicial entre 1989 e 2006 (19,6% para 6,8%), mas, diferentemente do déficit de peso, o problema ainda não deixou de representar um problema de saúde pública e atualmente cerca de 6,7% das crianças menores de cinco anos apresentam a estatura abaixo da esperada para a idade e sexo.²²

Na comparação regional mais recente, entre 1996 e 2006, também foi observada queda nas prevalências de déficit de altura para idade nas regiões Norte (20,7% para 14,8%), Nordeste (de 22,1% para 5,8%) e Centro-Oeste (de 10,7% para 5,5%). Ao mesmo tempo em que a redução observada na região Nordeste foi muito acentuada, aproximando-se das prevalências das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, a redução na região Norte foi menor e esta região passou a apresentar as maiores prevalências de desnutrição crônica no Brasil.²³

Vale destacar que, na avaliação dos principais fatores associados à redução da desnutrição crônica no país, reforça-se a influência direta das políticas sociais sobre a saúde e nutrição das crianças. Entre 1996 e 2006, perto de dois terços da redução do déficit de altura em crianças podem ser atribuídos a quatro fatores: o aumento da escolaridade materna (25,7%), a melhoria do poder aquisitivo das famílias, que inclui o aumento do salário mínimo e a expansão dos programas de transferência de renda (21,7%), a melhoria da atenção à saúde (11,6%), principalmente para mulheres e crianças, coincidente com a grande expansão da Estratégia de Saúde da Família em todo o país, e o aumento da cobertura de saneamento básico, como acesso à água encanada e rede de esgotamento sanitário (4,3%). Outros fatores, como paridade materna, número de irmãos vivos, ordem de nascimento, escolaridade materna, vacinação da criança, entre outros, representam os 36,7% restantes desta queda.²⁴

Esses fatores, que aliam melhorias econômicas e sociais, são todos muito importantes para as melhorias das condições de saúde e nutrição infantil, tendo em vista que a segurança alimentar e nutricional das famílias, a atenção à saúde de crianças e mulheres, o cuidado com as crianças e as condições ambientais refletem na nutrição infantil e também em sua morbimortalidade, além das implicações sobre a saúde materna.

Além disso, observou-se a redução das diferenças entre as famílias mais pobres, reforçando as tendências já apontadas na redução nas diferenças regionais no Brasil entre 1996 e 2006. No menor quintil de renda, que inclui o público elegível ao PBF, o percentual de crianças com baixo peso diminuiu em duas vezes e meia e o daqueles com baixa estatura, em mais de três vezes, enquanto não variaram estatisticamente no quintil mais elevado.²⁵

²¹ Idem, 2009.

²² Idem, *ibidem*.

²³ Idem, *ibidem*.

²⁴ MONTEIRO e COLS, 2010.

²⁵ BRASIL, 2009.

Entretanto, apesar da grande redução na desnutrição infantil no país, que é apontada pelos inquéritos populacionais, há pesquisas com populações específicas, como indígenas e quilombolas,²⁶ que evidenciam a necessidade de maior focalização de populações vulneráveis e articulação das políticas sociais para estes públicos. De modo semelhante, essas diferenças também se manifestam quando analisada a vulnerabilidade social das famílias: a baixa estatura para idade acometia, em 2012, cerca de 14,5% das crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF, ou seja, foi mais do que o dobro da prevalência nacional do indicador (6,7%, segundo a PNDS 2006).

MÉTODOS

População do estudo

A população desse estudo compreendeu crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família de até cinco anos de idade que possuíam pelo menos um registro de peso ou estatura no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (*Sisvan Web*) entre os anos de 2008 e 2012. Foram estudadas de 1.901.370 crianças em 2008 a 2.365.276 em 2012, levando em consideração os dados disponíveis nos sistemas de informação que são determinados pela cobertura do PBF e das condicionalidades de saúde em cada ano do estudo.

Bases de dados

Para realização deste estudo, utilizou-se como fonte os registros administrativos disponíveis no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (*CadÚnico*), a Folha de Pagamentos do Programa Bolsa Família e o *Sisvan Web*.

O *CadÚnico* é um instrumento de identificação e caracterização social das famílias de baixa renda coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e deve ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e para gestão dos programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família. Por meio de um sistema informatizado, o *CadÚnico* consolida informações sobre as características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família.

A Folha de pagamento do PBF é um documento de periodicidade mensal que relaciona todos os indivíduos e famílias que terão seus benefícios depositados naquele mês específico, considerando suas informações sociais disponíveis no *CadÚnico* e o cumprimento das condicionalidades do Programa.

O *Sisvan Web*, por sua vez, corresponde ao sistema de gestão das informações em saúde para o acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população atendida nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Esse sistema agrega

²⁶ ABRASCO, 2009; BRASIL, 2007b.

informações sobre antropometria (peso e estatura), bem como o consumo alimentar de indivíduos e populações. Destaca-se que as informações nutricionais obtidas no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF passam a compor a base de dados do Sisvan *Web* ao final de cada vigência (janeiro a junho e julho a dezembro).

Realizou-se a integração das bases de dados dos referidos sistemas, cuja metodologia detalhada está descrita no artigo “Metodologia de integração de base de dados: o caso Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”, apresentado nesse Caderno de Estudos.

Variáveis Antropométricas

Com vistas a avaliar a desnutrição infantil, foram calculados os índices antropométricos Estatura para Idade e Peso para Idade com base nas informações de sexo, idade e medidas de peso e estatura disponíveis nos registros administrativos do Sisvan *Web*. A aferição de medidas antropométricas deve seguir as orientações constantes na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Brasil, 2011), a qual destaca que a obtenção do peso deve ser em quilogramas (kg) e a estatura (comprimento ou altura) em centímetros (cm).

Para a classificação do estado nutricional das crianças com base nos índices antropométricos, utilizaram-se os respectivos padrões de referência da Organização Mundial da Saúde,²⁷ o que permitiu a expressão dos índices antropométricos em desvios-padrão (escore Z) e a submissão destes ao critério de “plausibilidade biológica”, recomendado pela própria OMS.²⁸ Os critérios utilizados para considerar o caso como biologicamente implausível foram menores que -6 ou maiores que +6 escores Z para os dois índices antropométricos avaliados. Nesse sentido, as perdas variaram entre 2,08% e 1,84% na Estatura para Idade e entre 0,30% e 0,28% no Peso para Idade nas crianças de 0 a 59 meses. Na faixa de 0 a 23 meses, as perdas variaram entre 4,93% e 4,30% na Estatura para Idade e entre 0,50% e 0,46% no Peso para Idade.

A classificação do estado nutricional das crianças foi realizada conforme o critério recomendado pela OMS.²⁹ Crianças com valores de escore Z menor ou igual a -2 para os índices Estatura por Idade e Peso por Idade foram consideradas com déficit de estatura (desnutrição crônica) e de peso para idade (desnutrição aguda), respectivamente.

Plano analítico

Para este estudo, consideraram-se dois referenciais analíticos: transversal e longitudinal. No estudo transversal, primeiramente, realizou-se a análise descritiva das médias de peso e de estatura de 2008 a 2012, por sexo, das crianças de 24 meses e de 60 meses. Para essas medidas antropométricas realizou-se a comparação de médias

²⁷ WHO, 2006

²⁸ Idem, 1995

²⁹ Idem, 2006.

entre 2008 e 2012 por meio do *Teste t de Student*, considerando o nível de significância em 5% ($p < 0,05$). A Tabela 1 mostra o número de casos avaliados:

TABELA 1: NÚMERO DE CASOS ANALISADOS NO ESTUDO DAS MÉDIAS DE PESO E ESTATURA DAS CRIANÇAS DE 24 E 60 MESES DE IDADE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM 2008 E 2012

	Masculino		Feminino	
	24 meses	60 meses	24 meses	60 meses
2008	14.205	28.331	13.614	26.863
2012	17.632	33.527	17.237	32.527

Em seguida, estimaram-se, para o conjunto da população estudada, as prevalências de déficit de estatura e déficit de peso no mesmo período por faixa etária (0 a 23 meses e 0 a 59 meses) e por macrorregião brasileira – Sudeste, Sul, Centro Oeste, Norte, Nordeste, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Na análise longitudinal de delineamento retrospectivo, foi separado o grupo de indivíduos de 0 a 59 meses no ano de 2008 e que, em adição, tiveram pelo menos 1 (um) acompanhamento no SUS registrado no *Sisvan Web* ao longo dos cinco anos considerados. O total de localizados foi de exatos 408.605 indivíduos. Ao passar do tempo, essas crianças foram obviamente avançando suas idades, de maneira que, em 2012, o mesmo grupo já era composto por indivíduos de 4 a 9 anos de idade. Observou-se que 45.741 crianças tiveram resultados menores que -6 ou maiores que +6 escores Z, o que caracteriza implausibilidade biológica das medidas. Assim, o conjunto final de indivíduos no acompanhamento longitudinal foi de 362.864.

Nesse sentido, na análise longitudinal verificou-se a tendência temporal da desnutrição infantil com referência ao indicador de déficit de estatura. Destaca-se que o indicador déficit de peso não foi avaliado tendo em vista que a utilização do índice Peso por Idade não representa o melhor índice antropométrico para avaliação do desfecho da desnutrição neste grupo etário.

As análises de dados foram realizadas utilizando-se os aplicativos WHO Anthro e WHO Anthro Plus 2011 (*World Health Organization*, Genebra, Suíça) e SPSS versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

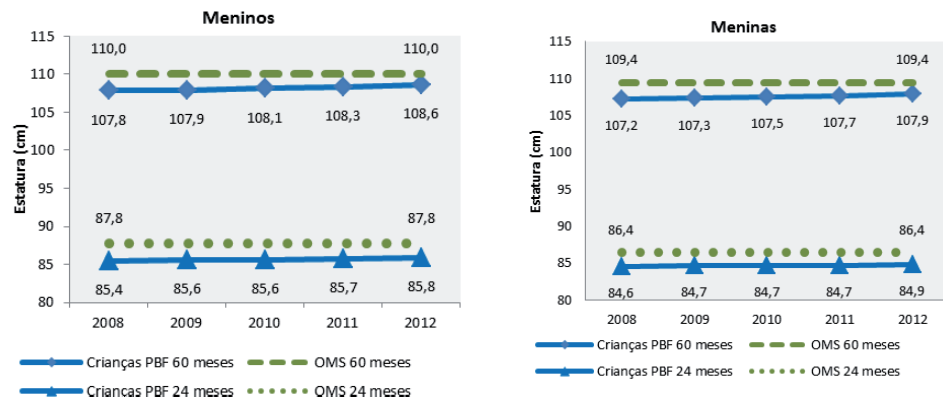
Análise transversal

Ao analisar a estatura das crianças de 2008 a 2012, observa-se tendência de aumento do valor médio anual, aproximando-se à referência da Organização Mundial da Saúde-

de (OMS) (Figura 1). No período, o aumento da estatura chega a 0,80 cm entre os meninos e 0,70 cm entre as meninas de 60 meses de idade ($p=0,008$ e $p=0,012$, respectivamente). Dessa forma, a diferença entre a estatura média observada e o valor de referência OMS reduziu a 1,4 cm e 1,5 cm para meninos e meninas, respectivamente.

Semelhante ao dado observado nas crianças de 60 meses, houve aumento, embora estatisticamente não significativo, na estatura média observada nas crianças de 24 meses entre 2008 e 2012 de 0,4cm ($p=0,321$) nos meninos e 0,3cm nas meninas ($p=0,420$) (Figura 1).

FIGURA 1: ESTATURA MÉDIA (CM) DAS CRIANÇAS DE 24 MESES E DE 60 MESES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE – BRASIL, 2008 A 2012

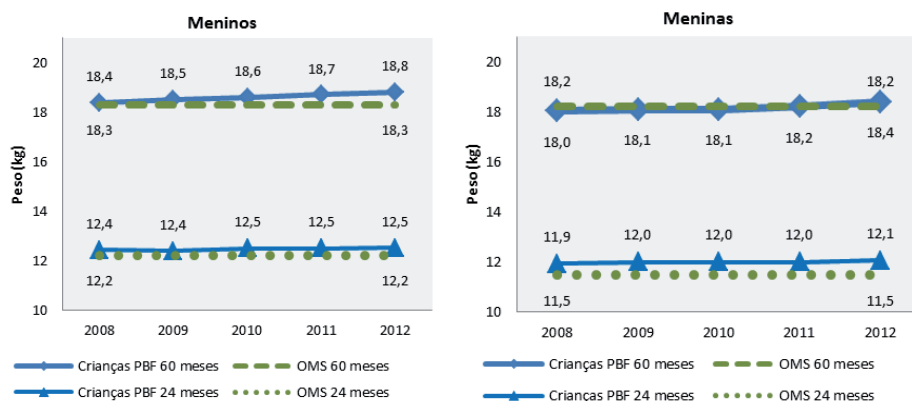


Nota: Valores de estatura significativamente diferentes nos meninos ($p=0,008$) e nas meninas ($p=0,012$) de 60 meses de idade, entre 2008 e 2012, segundo nível descritivo do teste t-Student.

Em relação ao peso médio anual, de 2008 a 2012, verificou-se, no limite da significância estatística, aumento em ambos os sexos (Figura 2). Nas crianças de 60 meses, o crescimento no peso médio foi de 0,4kg nos meninos ($p=0,075$) e nas meninas ($p=0,059$).

Já para as crianças de 24 meses, de ambos os sexos, observou-se crescimento discreto no peso médio no período avaliado, contudo estatisticamente não significativo: 0,1 kg nos meninos ($p=0,619$) e 0,2kg nas meninas ($p=0,453$).

FIGURA 2: PESO MÉDIO (KG) DAS CRIANÇAS DE 24 MESES E DE 60 MESES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE – BRASIL, 2008 A 2012



Nota: Valores de peso sem diferença significativa para meninos e meninas de 24 e 59 meses entre 2008 e 2012 ($p > 0,05$), segundo nível descritivo do teste t-Student.

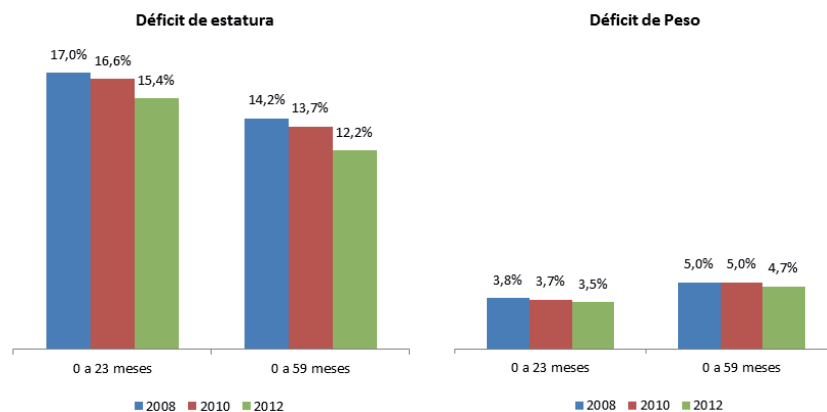
A Figura 3 apresenta as prevalências de déficit de estatura para idade e de peso para idade em crianças beneficiárias do PBF de 0 a 23 meses e 0 a 59 meses de 2008 a 2012. Os dados mostram redução na prevalência dos dois indicadores para ambas as faixas de idade ($p < 0,01$). Destaca-se que a desnutrição crônica supera substancialmente a desnutrição aguda em todos os anos avaliados.

Na faixa etária de 0 a 23 meses, a prevalência de déficit de estatura apresentou maior diminuição (1,6%) do que a prevalência de déficit de peso (0,3%). Semelhantemente, as crianças de 0 a 59 meses, o declínio no déficit de estatura foi maior (2,0%) do que o déficit de peso (0,3%), alcançando as prevalências de 12,2% e 4,7%, respectivamente, em 2012 (Figura 3).

Observa-se que, em todos os anos, o déficit de estatura é mais prevalente nas crianças de 0 a 23 meses; em 2012, as prevalências chegam a 15,4% nesta faixa etária e 12,2% nas crianças de 0 a 59 meses. Contudo o inverso ocorre no déficit de peso: no último ano avaliado, a prevalência nas crianças de 0 a 23 meses (3,5%) é inferior àquela nas crianças de 0 a 59 meses (4,7%).

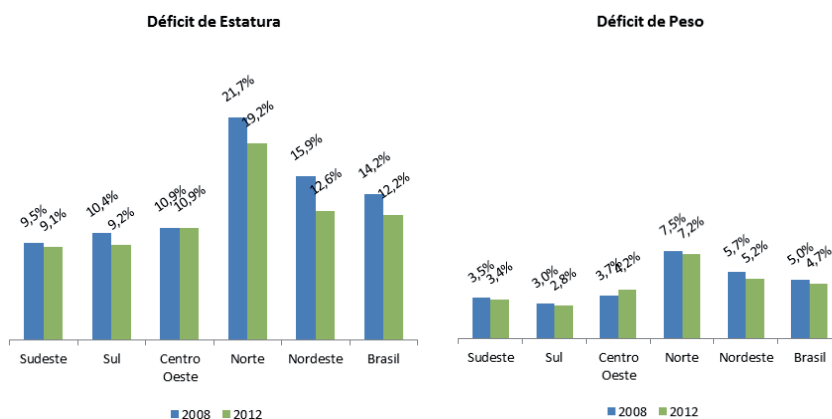
Destaca-se redução no déficit de estatura nas crianças beneficiárias do PBF em ambas as faixas de idade. Embora se tenha observado redução nos déficits nutricionais das crianças desse estudo, a prevalência de déficit de estatura e de déficit de peso nas crianças de 0 a 59 meses beneficiárias do PBF em 2012 ainda superam os dados observados na PNDS (2006) para a mesma faixa de idade – 6,7% e 1,8%, respectivamente. Nesse sentido, fica evidente que o público infantil beneficiário do PBF ainda apresenta importantes indicadores de vulnerabilidade e insegurança alimentar e nutricional quando comparado às crianças brasileiras de modo geral.

FIGURA 3: PREVALÊNCIA (%) DE DÉFICIT DE ESTATURA PARA IDADE E DE PESO PARA IDADE EM CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS NAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE POR FAIXA ETÁRIA (BRASIL, 2008 A 2012)



Nota: Prevalências de déficit de estatura e déficit de peso, em ambos os recortes etários, com diferença significativa ($p < 0,01$) entre 2008 e 2012, segundo nível descritivo do teste t-Student.

FIGURA 04. PREVALÊNCIA (%) DE DÉFICIT DE ESTATURA PARA IDADE E DE PESO PARA IDADE EM CRIANÇAS DE ATÉ 59 MESES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS NAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE POR MACROREGIÃO (2008 A 2012)



Nota: Prevalências de déficit de estatura com diferença significativa ($p < 0,01$) para as regiões Sudeste, Sul, Norte e Nordeste, e prevalências de déficit de peso com diferença significativa ($p < 0,01$) para todos os recortes regionais entre 2008 e 2012, segundo nível descritivo do teste t-Student.

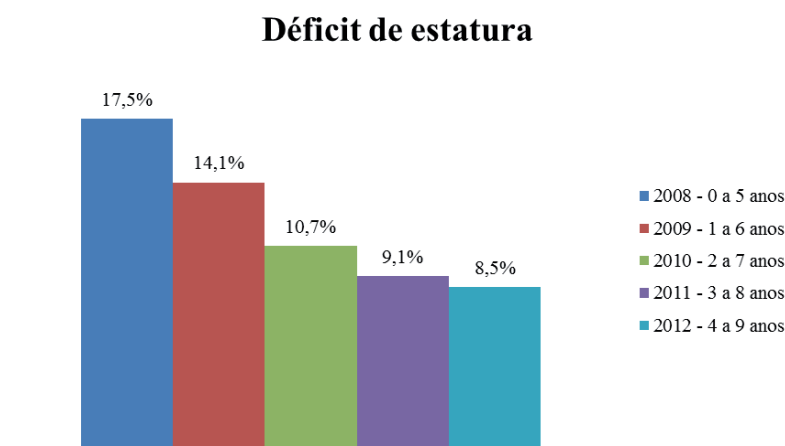
A evolução da prevalência de déficit de estatura e déficit de peso por macrorregião indica que houve declínios importantes em ambos indicadores para as crianças de até 59 meses entre 2008 e 2012, com destaque para as regiões Nordeste e Norte (Figura 4). Observa-se redução de 3,3% e de 0,5% nos déficits de estatura e de peso, respectivamente, no Nordeste, chegando a prevalências semelhantes ao dado nacional em 2012. A região Norte, embora tenha apresentado redução nas prevalências dos indicadores nutricionais estudados, ainda se destaca com maiores déficits de estatura (19,2%) e de peso (7,2%), principalmente em relação ao dado nacional, o que reforça a necessidade de priorizá-la quanto às políticas de segurança alimentar e nutricional.

Análise Longitudinal

Observa-se que as crianças beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde de 2008 a 2012 apresentaram melhora no estado nutricional. A prevalência de déficit de estatura no Brasil reduziu 9,0% no período ($p < 0,001$) (Figura 5).

Verifica-se a mesma tendência de declínio da desnutrição em todas as regiões brasileiras de 2008 a 2012, observando $p < 0,001$ (Tabela 2). As regiões Norte e Nordeste destacam-se pela maior magnitude de redução do déficit de estatura no período: 11,6% e 9,9%. Contudo, ambas as regiões ainda apresentam as maiores prevalências de déficit de estatura em 2012.

FIGURA 5: ANÁLISE LONGITUDINAL DA PREVALÊNCIA DE DÉFICIT DE ESTATURA PARA IDADE EM CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS NAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE (BRASIL, 2008 A 2012)



Nota: Valores de prevalência de déficit de estatura significativamente diferentes ($p < 0,001$) entre 2008 e 2012, segundo nível descritivo do teste t-Student.

TABELA 02: ANÁLISE LONGITUDINAL DO DÉFICIT DE ESTATURA PARA IDADE EM CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS NAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE POR MACRO REGIÃO (2008 A 2012)

	Ano				
	2008	2009	2010	2011	2012
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Déficit de Estatura					
Sudeste	9.955 (12,2%)	7.749 (9,5%)	5.906 (7,2%)	4.867 (5,9%)	4.472 (5,5%)
Sul	4.363 (13,2%)	3.471 (10,5%)	2.537 (7,6%)	2.061 (6,2%)	1.960 (5,9%)
Centro-Oeste	2.285 (13,5%)	1.868 (11,0%)	1.353 (8,0%)	1.174 (6,9%)	1.154 (6,7%)
Norte	10.048 (26,0%)	8.978 (23,2%)	7.124 (18,4%)	6.048 (15,6%)	5.559 (14,4%)
Nordeste	36.950 (19,2%)	29.053 (15,1%)	22.071 (11,5%)	18.920 (9,9%)	17.756 (9,3%)
Brasil	63.601 (17,5%)	51.119 (14,1%)	38.991 (10,7%)	33.070 (9,1%)	30.901 (8,5%)

Nota: Valores de prevalência de déficit de estatura e significativamente diferentes ($p < 0,001$) em todos os recortes, entre 2008 e 2012, segundo nível descritivo do teste t-Student.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento das condicionalidades de saúde constitui-se como uma importante estratégia do Programa Bolsa Família na garantia do acesso ao direito à Saúde pela população em situação de vulnerabilidade social. Ademais, a vigilância alimentar e nutricional das crianças beneficiárias do Programa possibilita o levantamento de informações ricas à avaliação e ao planejamento das políticas públicas em saúde voltadas a esse público específico.

Destaca-se o caráter inovador e a relevância desse trabalho na temática de avaliação de condicionalidades de saúde do PBF, tanto pela magnitude do universo de dados do estudo transversal – cerca de 2 milhões de dados anuais – quanto do estudo longitudinal prospectivo – 360 mil casos. A integração das bases de registros administrativos do CadÚnico, da Folha de Pagamento e do Sisvan Web, valendo-se de metodologias de pareamento de indivíduos, possibilitou um vasto e rico universo de dados para análises neste estudo, apesar da dificuldade intrínseca nesse tipo de procedimento com bases de volume significativo. As perdas de dados pela implausabilidade biológica mantiveram-se abaixo de 5% nos indicadores do estado nutricional estudados, o que indica a consistência dos dados antropométricos coletados nos serviços de saúde.

O estudo mostra claramente aumento na estatura média das crianças beneficiárias do PBF de 60 meses de idade acompanhadas nas condicionalidades de saúde em ambos os sexos. Ressalta-se que a recuperação da estatura é proporcionalmente mais lenta que o aumento de peso, cujas análises não mostraram variações significativas no pe-

ríodo estudado. Nesse sentido, destaca-se a relevância dessa evidência, tendo em vista que crianças menores de cinco anos estão mais susceptíveis a agravos nutricionais, considerando, dentre outros, o intenso processo de crescimento.³⁰

Destaca-se que as crianças beneficiárias acompanhadas pelo serviço de saúde durante os cinco anos estudados apresentaram maior amplitude de redução do déficit de estatura quando comparados às respectivas prevalências do estudo transversal. Quando se observa essa tendência nas macrorregiões brasileiras cujas populações são marcadas historicamente pela pobreza e miséria, o resultado é ainda mais expressivo. Nesse sentido, fica evidente que as crianças em situação de maior vulnerabilidade social apresentam recuperação nutricional de forma mais acelerada e, portanto, reafirma a importância do PBF na vida dessas crianças.

Dessa forma, os dados indicam que o tempo de permanência no Programa, ou seja, o maior período de exposição à transferência de renda e aos serviços de saúde, tende a ampliar a possibilidade de melhorias no estado nutricional das crianças beneficiárias. Esse resultado é relevante ao reafirmar o impacto do PBF na promoção da segurança alimentar e nutricional e na superação de situações de pobreza e miséria. Assim, destaca-se que o programa impulsiona a melhoria da saúde de seus beneficiários, especialmente em grupos mais vulneráveis, como as crianças.

O PBF, nesse sentido, vai além da transferência de renda, visto que, ao garantir a inclusão das famílias em ações e serviços básicos de saúde, contribui para a universalidade e equidade da atenção no Sistema Único de Saúde, e tem, em suas condicionalidades, oportunidade de cuidado continuado à população mais vulnerável e promoção da segurança alimentar e nutricional.

³⁰ OLIVEIRA e COLS, 2011.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Povos Indígenas – Relatório Final** (Análise de Dados) n° 7. Rio de Janeiro, Abrasco, 2009.

BLACK, R. E; ALLEN, L. H. A.; BHUTTA, Z. A.; et al. J. **Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences: maternal and child undernutrition.** The Lancet. v. 371, n 371, p. 243-260, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Sumário Executivo – Relatório de Impacto do Programa Bolsa Família.** Brasília, MDS, 2007A.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Resumo Executivo – Chamada Nutricional Quilombola 2006.** Brasília, MDS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa **Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília, IPEA, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde – Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.** 1. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Final – Carga de Doença do Brasil, 2008. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2013.

COUTINHO, J. G.; CARDOSO, A. J.; TORAL, M. N.; et al. Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.12, n.4, p. 688-699, 2009.

GRANTHAM-MCGREGOR, S.; CHUENG, Y. B.; CUETO, S.; et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **The Lancet.** v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.

MONTEIRO, C. A.; BENICIO M.H. D'A.; CONDE, W. L.; et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. **Bulletin of the World Health Organization** (Print), v. 88, p. 305-311, 2010.

MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M.H.D'A.; KONNO, S. C.; et al. Causas e declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, v. 43, p. 35-43, 2009.

OLIVEIRA, F. C. C.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, A. Q.; et al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.20, n.1, p.7 - 18, 2011.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C. A. T.; PAES-SOUSA, R.; et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a Nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet.** v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. **WHO Technical Report Series** n° 854. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.

_____. **WHO Child Growth Standards:** Length/height-for-age, weight-for-age, weight-forlength, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

Os *Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate* visam divulgar pesquisas, disseminar resultados e subsidiar discussões e avaliações acerca das políticas e programas sociais. Neste 17º número, são apresentados os resultados, avanços e desafios do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Os quatro artigos apresentados nesta edição são frutos da parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde. As condicionalidades do Bolsa Família são compromissos assumidos não somente pelas famílias, mas também pelo poder público. Buscando elevar o acesso dos beneficiários do PBF a serviços básicos que são, na realidade, direitos sociais, as condicionalidades têm como principal objetivo contribuir para o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza. As condicionalidades de saúde são parte estratégica desse desafio. Os artigos apresentados nessa edição contribuem com a difusão de mais informações a respeito do PBF e, em particular, possibilitam reconhecer a contribuição do Sistema Único de Saúde no acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa.

