



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana**

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DAS
CRIANÇAS DO SISTEMA BOLSA FAMÍLIA
NA SAÚDE**

Brasília – DF

2011

DIANA KAROLINE CAVALCANTI DE LUCENA BRAGANÇA

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DO
SISTEMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

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

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Muriel Bauermann Gubert

Brasília – DF

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Lucena-Bragança, Diana KC.

Acompanhamento nutricional das crianças do Sistema Bolsa Família na Saúde. / Diana K. C. Lucena-Bragança. Brasília-DF: 2011.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

Área de concentração: Nutrição Social

Orientador: Dra. Leonor Maria Pacheco Santos

Co-orientador: Dra. Muriel Bauermann Gubert

Descritores: 1. Programa Bolsa Família 2. Avaliação de Programas 3. Avaliação em Saúde 4. Monitoramento Nutricional 5. Estado Nutricional

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE: Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos

Departamento de Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

2º MEMBRO: Dra. Junia Valéria Quiroga da Cunha

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

3º MEMBRO: Profa. Dra. Renata Monteiro

Departamento de Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

Às minhas amadas voinhas, **Ester e Antônia**, por todos os ensinamentos, intercessão e momentos felizes que me proporcionaram. Lembrarei para sempre.

Aos meus pais, **Denise e Marcos** por todo amor. Faltam-me palavras para descrever tudo o que vocês representam pra mim.

Às minhas irmãs, **Daniella e Danuza**, vocês são minha inspiração.

Ao meu esposo **Jeter**. Obrigada pelo amor, carinho, compreensão e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por que dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas. Glórias sejam dadas a Ele eternamente.

À minha família, a qual amo muito, pelas orações, apoio, incentivo e paciência.

À minha orientadora, Leonor, e co-orientadora, Muriel, por acreditarem em mim e me ajudarem nessa caminhada.

Aos amigos que fizeram parte dos momentos alegres e tristes, pelo incentivo e carinho.

À banca examinadora dessa dissertação pelas contribuições.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana que foram essenciais para a minha formação.

Aos colegas do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da UnB pelo incentivo e ajuda no início da minha caminhada.

Ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome por ter disponibilizado os dados sem os quais não seria possível realizar essa pesquisa.

Ao CNPQ e à CAPES por prover os recursos necessários para a realização desse trabalho.

Aos gestores que me cederam um tempo precioso para a realização das entrevistas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que, em meio a tantas demandas, me acompanharam e guiaram até as residências dos titulares.

Aos titulares do programa pela disponibilidade em abrir as portas de suas residências e responder ao questionário.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização desse trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	9
ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS.....	10
ÍNDICE DE ANEXOS	12
RESUMO	13
ABSTRACT	14
1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
2.1. Segurança Alimentar e Nutricional	17
2.2. O Programa Bolsa Família	21
2.3. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	24
2.4. As Condições de Saúde.....	26
3. OBJETIVOS.....	29
3.1. Objetivo geral	29
3.2. Objetivos específicos.....	29
4. MATERIAIS E MÉTODOS	30
4.1. Dados secundários	30
4.2. Dados primários	32
4.2.1. Seleção dos municípios	32
4.2.2. Procedimentos para a coleta de dados em campo	33
4.2.3. Coleta e análise de dados primários – Responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF.....	34
4.2.4. Coleta e análise de dados primários – Gestores do BFS	35
4.3. Aspectos éticos.....	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1. Acompanhamento Nutricional das Crianças do BFS	37
5.2. Estudos de caso.....	43
5.2.1. Questionários aplicados com os responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF	43
5.2.1.1. Dados relativos às famílias	43
5.2.1.2. Dados relativos às crianças	49
5.2.2. Entrevistas com os gestores do BFS.....	51
5.2.2.1. Dificuldades para a realização do AN das crianças do PBF	51
5.2.2.2. Estratégias para a realização do AN das crianças do PBF	57
5.2.2.3. Dificuldades e estratégias para a implantação	59
5.2.2.4. Integração entre o setor Saúde e Assistência Social.....	62
5.2.2.5. Utilização do repasse financeiro do Índice de Gestão Descentralizada.....	63
5.2.2.6. Conselho de Controle Social do PBF.....	64

6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	67
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
8. ANEXOS.....	75
8.1. Anexo 1 – Questionário aplicado com responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF.....	75
8.2. Anexo 2 – Entrevista Semi-estruturada realizada com os gestores da saúde do PBF	77
8.3. Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.....	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AN – Acompanhamento Nutricional

BFS – Bolsa Família na Saúde

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar

ESF – Estratégia Saúde da Família

IA – Insegurança Alimentar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IGD – Índice de Gestão Descentralizada

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NE - Região Nordeste do Brasil

NO - Região Norte do Brasil

PBF – Programa Bolsa Família

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SE – Região Sudeste do Brasil

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

TAS - Taxa de Acompanhamento da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1-	Descrição dos critérios de classificação e percentis municipais de acompanhamento nutricional, percentual de crianças com acompanhamento da saúde, número de crianças com perfil saúde, cobertura da estratégia da família e índice de gestão descentralizada.	31
Quadro 2-	Descrição do plano para amostragem dos municípios.	33
Quadro 3-	Caracterização dos municípios selecionados para os estudos de caso.	34
Tabela 1-	Acompanhamento nutricional municipal das crianças menores de cinco anos inscritas no Programa Bolsa Família segundo a região, porte populacional do município, percentual de crianças com acompanhamento da saúde, número de crianças com perfil saúde, cobertura da Estratégia Saúde da Família e Índice de Gestão Descentralizada. Brasil, primeiro semestre de 2009.	40
Tabela 2-	Correlação entre percentual de crianças com acompanhamento nutricional, número de crianças com perfil saúde, percentual de crianças acompanhadas, Índice de Gestão Descentralizada e cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasil, primeiro semestre de 2009.	41
Tabela 3-	Perfil das famílias entrevistadas nos municípios investigados relativo ao acompanhamento nutricional das crianças e classes de renda, Brasil, 2010.....	43
Tabela 4-	Fatores referentes ao acompanhamento da Estratégia Saúde da Família e conhecimento das condicionalidades em relação ao acompanhamento nutricional das crianças por residência nos municípios investigados, Brasil, 2010	45
Tabela 5-	Dificuldades para realizar o acompanhamento nutricional das crianças segundo situação de acompanhamento das crianças da residência nos municípios investigados, Brasil, 2010	47
Tabela 6-	Fatores relacionados ao acompanhamento nutricional no município: acompanhamento nutricional das crianças por residência, visita da equipe da Estratégia Saúde da Família, número de visitas da equipe da Estratégia Saúde da Família no 2º semestre de 2009. Brasil, 2010.	49

Tabela 7- Anotações no Cartão da Criança referentes ao registro de peso e altura no segundo semestre de 2009 e vacina em dia no segundo semestre de 2009, segundo situação de acompanhamento nutricional dos municípios investigados, Brasil, 2010.	50
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I-	Questionário aplicado com os responsáveis legais do PBF	75
Anexo II-	Entrevista semi-estruturada realizada com gestores da saúde	77
Anexo III-	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	80

RESUMO

Acompanhamento nutricional das crianças do Sistema Bolsa Família na Saúde

No contexto do sistema de proteção social, programas de transferência de renda são entendidos como transferências monetárias a famílias ou indivíduos, na maioria das vezes associadas à exigência de contrapartidas ou condicionalidades. O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em fins de 2003 e atende mensalmente mais de 12 milhões de famílias que são responsáveis por cumprir as condicionalidades de saúde e educação. Entre as condicionalidades de saúde está o acompanhamento nutricional (AN) das crianças menores de sete anos. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o AN das crianças inscritas no PBF nos municípios brasileiros, contribuindo desta forma para o aprimoramento do programa. O estudo foi dividido em duas etapas, sendo que na primeira foram analisados dados secundários sobre o AN em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), índice de Gestão Descentralizada (IGD) e porte populacional e na segunda foram coletados e analisados dados primários. A análise dos dados secundários indicou que a região com maior percentual de municípios com alto AN é a Nordeste (29%) e a região Norte é a que tem menos municípios com baixo AN (17,8%). A região que apresentou resultados menos favoráveis foi a região Sul (30% com baixo AN). Observou-se que o porte populacional e o número de crianças com perfil saúde são inversamente proporcionais ao AN, pois quanto menor o município e menor o número de crianças a serem acompanhadas mais alto é o percentual de acompanhamento. O percentual de crianças com AN manteve correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com o número de crianças com perfil saúde, o percentual de crianças acompanhadas pela saúde, o índice de gestão descentralizada e a cobertura da ESF. Os dados primários foram oriundos de estudos de caso em dez municípios brasileiros onde foram entrevistados o gestor municipal do BFS e 20 responsáveis legais que tinham crianças menores de sete anos. Participaram da pesquisa 198 responsáveis legais sendo que 68% tinham crianças com AN. Os resultados demonstraram que a ESF desempenha importante papel no AN das crianças, pois dos domicílios em que as crianças realizaram o AN 4,4% não haviam recebido visita da ESF enquanto nas famílias em que as crianças não realizaram AN 12,7% não foram visitadas no 2º semestre de 2009. Foi observado que dos responsáveis por crianças com AN 70% sabiam que a vigilância nutricional é condicionalidade de saúde, enquanto 52% sabiam, mas, mesmo assim, não realizaram o AN das crianças. De todos os entrevistados 32,8% referiram enfrentar alguma dificuldade para realizar o AN. As principais foram a falta de conhecimento de que deveriam realizar o AN (11,6%), falta de tempo, de transporte ou grandes distâncias do posto de saúde (10,6%). Não foi encontrada diferença entre os municípios com baixo e alto AN em relação ao número de crianças que apresentaram as vacinas em dia no cartão da criança, pois ambos apresentaram valores próximos a 94%. As principais dificuldades enfrentadas pelos gestores para a realização do AN foram: falta de treinamento da equipe, excesso de demandas do agente comunitário de saúde, falta de nutricionista, acesso à internet e operacionalização do BFS precários, insuficiência de equipamentos de informática e para aferir as medidas antropométricas e falta de esclarecimento dos responsáveis legais. As principais estratégias relatadas foram a busca ativa, as articulações com entidades e a realização de capacitações. Além disso, foram identificados como empecilhos para a realização do AN das crianças a falta de integração entre os setores saúde e assistência social e o não compartilhamento de recursos do programa. Os resultados indicam que muito ainda precisa ser feito para a realização do AN de maneira adequada, sendo primordial a ação conjunta de municípios, estados e governo federal, o treinamento dos atores envolvidos, a inserção de nutricionistas nas equipes, a interação entre os setores saúde e assistência social e aplicação de mais recursos para esse fim.

Palavras chave: Programa Bolsa Família, Vigilância Nutricional e Avaliação de Programas

ABSTRACT

Nutrition monitoring of children in the Bolsa Família in Health System

Within the framework of the social security system, cash transfer programs are regarded as monetary transfers to families or individuals. Such programs most often deal with the requirement for counterparts or conditionalities. The Bolsa Família Program (PBF) was established in late 2003 and it meets monthly over 12 million families who are, in turn, responsible for complying with health and education conditionalities. Nutrition monitoring (NM) of children with less than seven years of age is among the program's health conditionalities. The aim of this study was to evaluate the NM of children enrolled in the PBF in Brazilian cities, thus contributing to the improvement of the program and to the increase in children's nutrition surveillance. The study was divided into two stages: secondary data were analyzed in the first stage and primary data were collected and evaluated in the second. Analysis of secondary data indicated that the Northeast is the region in which most municipalities present high NM (29%), whereas the Northern region has the fewest cities with low NM (17.8%). The region with worst indicators was the Southern region (30% with low NM). Both the size of the population and the number of children with healthy status are inversely related to the degree of NM, because the smaller the municipality and the amount of children being monitored, higher is the percentage of monitoring. The percentage of children undergoing NM remained statistically significantly correlated ($p < 0.05$) to the number of children with a healthy profile, the percentage of children monitored for health, the index of decentralized management and the coverage of the Family Health Strategy (ESF). Primary data were obtained from case studies in ten Brazilian municipalities. In each city, the manager of the BFS, as well as 20 holders of a PBF who had children under seven years of age, were interviewed. 198 subjects participated in the research, 68% of which had children who were monitored for their nutritional status. The results showed that the ESF plays an important role in the NM of children, for only 4.4% of the households with children undergoing NM had not been visited by the ESF. Moreover, 12.7% of the households with children who did not undergo NM were visited by the ESF in the second half of 2009. It was observed that 70% of the parents knew that nutritional surveillance is a conditionality for health. It was also noted that 52% of the parents knew, but did not quest for the NM of their children. Of all interviewed respondents, 32.8% reported experiencing difficulties with the NM. The main complaints were lack of knowledge that NM was necessary (11.6%) and lack of time, difficulties in transportation or great distance to the health center (10.6%). No significant difference was observed between municipalities with low and high NM regarding the number of children who had taken all their vaccines, since the values were close to 94% in both cases. The main difficulties faced by the managers for the completion of NM were lack of staff training, excessive demands from the community health agent, reduced number of nutritionists, lack of internet access and inadequate operation of BFS, scarcity of computers, insufficient equipment for anthropometric measurement, and lack of knowledge by the holders of PBF. The main strategies reported were active search, capacity trainings and joint ventures with authorities. Also, lack of integration between health and social care and failure in sharing the program's resources were pointed out as obstacles for the performance of children's NM.

Overall, the results indicate that much remains to be done in order to achieve proper NM. For that purpose, a united front between city, state and federal governments, training of the parties involved, accretion of nutritionists in working teams, interaction between health and social work and allocation of more resources in the program are paramount.

Keywords: Bolsa Família Program, Nutrition Surveillance and Program Evaluation.

1. INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em fins de 2003 e atende mensalmente cerca de 12 milhões de famílias, o que corresponde a quase um quarto da população brasileira. O programa integra o Fome Zero, que tem como principais objetivos assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional (SAN) a todos os brasileiros.

De acordo com Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) a SAN é “*a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis*” (BRASIL, 2006b). Porém, no Brasil, o acesso aos alimentos depende do poder aquisitivo e sabe-se que uma parcela substancial da população tem rendimentos tão baixos que a coloca em uma situação constante de insegurança alimentar (GALEAZZI, 1996), sendo, portanto necessárias políticas públicas voltadas para esse objetivo. O FOME ZERO é uma das políticas voltadas para esse tema que colocou a SAN como prioridade e tem como carro chefe o Programa Bolsa Família (PBF).

Devido ao seu caráter de inclusão, uma das dimensões essenciais do PBF é o cumprimento de condicionalidades nas áreas de saúde e educação, com o objetivo de garantir o exercício de direitos sociais básicos. A gestão das condicionalidades é feita por meio do Índice de Gestão Descentralizada (IGD). Esse índice avalia e apóia o trabalho da gestão municipal do programa, pois, a partir do valor alcançado pelo IGD é repassado, proporcionalmente, um valor financeiro ao município. Desta forma criou-se a oportunidade para melhorias no acompanhamento dos participantes do programa, haja vista o interesse dos municípios, incentivados por repasse de recursos federais.

As condicionalidades de saúde são o acompanhamento do pré-natal de gestantes e a vacinação e acompanhamento nutricional de crianças menores de sete anos. Essas condicionalidades são acompanhadas pelo Sistema Bolsa Família na Saúde (BFS), gerido pelo Ministério da Saúde. Os dados são repassados semestralmente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que faz a gestão do IGD.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma avaliação sobre uma das condicionalidades de saúde: o acompanhamento nutricional das crianças menores de sete anos do Bolsa Família na Saúde. Para tanto, foram analisados dados primários e secundários. Os dados primários são oriundos de estudos de caso, e foram analisados com o objetivo de investigar (i) o nível de conhecimento dos responsáveis legais pelo recebimento do benefício do programa sobre as condicionalidades de saúde e (ii) os fatores que dificultam o cumprimento do acompanhamento nutricional (AN) das crianças e identificar junto aos gestores do BFS quais são (i) as ações desenvolvidas para realizar o AN das crianças do PBF, (ii) os fatores que facilitam ou dificultam a implantação do BFS e (iii) a destinação dos recursos do IGD. Os dados secundários foram coletados com o objetivo de analisar o AN das crianças segundo o porte populacional, o número de crianças com perfil saúde, a cobertura da ESF e o IGD e a correlação dessas variáveis com o AN das crianças.

A LOSAN, em seu artigo 9º, ressalta o monitoramento da situação alimentar e nutricional como importante ferramenta para subsidiar o ciclo de gestão das políticas relacionadas à SAN, visto que a mudança no estado nutricional da população é um dos efeitos dessas políticas (BRASIL, 2006b), mais uma vez o sistema Bolsa Família na Saúde tem sua importância confirmada nesse contexto.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Segurança Alimentar e Nutricional

O termo segurança alimentar foi originalmente utilizado na Europa a partir da I Grande Guerra Mundial e estava profundamente relacionado ao conceito de segurança nacional e à capacidade de cada país produzir sua própria alimentação, de forma a não ficar vulnerável a possíveis cercos, embargos ou boicotes de motivação política ou militar (VALENTE, 2002).

No Brasil, o conceito de segurança alimentar teve como precursor Josué de Castro, que em 1946, após a II Guerra Mundial, lançou o livro “Geografia da fome”, e denunciou uma triste realidade, mapeando o país a partir de aspectos alimentares, e mostrando que a fome não era resultado apenas de fenômenos naturais, mas sim de fatores históricos, sociais e econômicos que deveriam ser modificados para reverter o quadro descrito (CASTRO, 1946).

Desde então, a segurança alimentar vem sendo discutida e passou por diferentes concepções ao longo dos anos. No início da década de 70, a falta de segurança alimentar, ou insegurança alimentar, passou a ser atribuída à questão da produção de alimentos insuficientes e somente seria garantida com o aumento da produção. Com base nesse contexto, ocorreu a Revolução Verde que apesar de ter resultado no aumento da produção de alimentos, não reduziu a fome e ainda causou graves prejuízos ambientais (VALENTE, 2002).

Na década de 80, o conceito evoluiu, pois, percebeu-se que, apesar do aumento da produção, a insegurança alimentar ainda era a realidade de muitos. Foi então que a falta de acesso aos alimentos em decorrência da pobreza, seja por causas monetárias ou dificuldade de acesso aos meios de produção, foi descrita como o foco do problema. Percebeu-se que as políticas públicas deveriam estar focadas na redução da pobreza e não no aumento da produção e o conceito passa a ser o de garantir “... o acesso por parte de todos, todo o tempo, a quantidades suficientes de alimentos para levar uma vida ativa e saudável” (VALENTE, 2002).

Já no início da década de 90, incorporou-se a este conceito a dimensão da qualidade microbiológica do alimento, a adequação nutricional, e o respeito à cultura e à diversidade de práticas alimentares entre os povos, passando a ser designada Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (VALENTE, 2002).

Em 2006, ocorreu um dos maiores avanços na luta pela garantia da SAN aos brasileiros, pois foi assinada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006b) que define SAN como

“a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”.

Outro conceito ligado ao da SAN é o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que é parte dos direitos fundamentais da humanidade, definidos no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, do qual o Brasil é signatário (BRASIL, 2004d). De acordo com Valente (2002) o DHAA

“assegura a qualquer ser humano o direito a se alimentar dignamente, de forma saudável e condizente com seus hábitos culturais”

Nesse contexto, a SAN é a concretização do DHAA. Assegurá-la a todo cidadão brasileiro é responsabilidade do Estado e isso somente é possível por meio da participação social e da formulação e concretização de políticas públicas voltadas para esse objetivo. Assim, o DHAA é um direito do cidadão e assegurar a SAN a todos, é um dever da sociedade e do Estado (VALENTE, 2002).

Porém, a realidade do país em relação à garantia da SAN a todos os cidadãos indica que ainda há muito a ser feito para alcançar a concretização do DHAA no Brasil. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que 30,2% dos domicílios pesquisados apresentavam algum grau de insegurança alimentar (IA) (BRASIL, 2010a). Dessas residências 5% foram classificadas como situação de IA grave, ou seja, pelo menos uma pessoa residente no domicílio havia enfrentado alguma experiência de fome no período investigado. A pesquisa mostrou ainda que em 6,5% dos domicílios os moradores encontravam-se em situação de IA moderada, ou seja 14,3 milhões de pessoas conviviam com

limitação de acesso quantitativo aos alimentos. Comparando-se esses números com a edição anterior da pesquisa, realizada em 2004, percebe-se que, apesar de ainda apresentar incidência significativa, a IA reduziu nos últimos anos. Em 2004 34,9% dos domicílios apresentaram algum grau de IA, sendo 18,0% IA leve, 9,9% moderada e 7,0% grave (BRASIL, 2006c).

Pesquisas anteriores demonstram alguns aspectos importantes da fome e da SAN no Brasil. O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado entre 1974 e 1975, mensurou o consumo de alimentos e a renda das famílias, detectando que 67,0% da população brasileira apresentava um consumo energético inferior às necessidades nutricionais mínimas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Como conseqüência, 46,1% dos menores de cinco anos, 24,3% dos adultos e idosos brasileiros do sexo masculino e 26,4% do feminino apresentavam desnutrição energético-protéica (BRASIL, 1976). Já uma pesquisa nacional mais recente, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002 e 2003 em regiões metropolitanas brasileiras, detectou uma melhoria nos indicadores antropométricos da população com menos de 20 anos, em relação às medições feitas anteriormente, no ENDEF. De acordo com a POF, a desnutrição infantil diminuiu nos últimos 30 anos, especialmente entre aqueles que eram mais afetados pelo problema: as crianças das regiões Norte e Nordeste, e as das famílias com menores rendimentos. Por outro lado, a pesquisa também indicou um aumento no excesso de peso, que já afetava 41,1% dos homens e 40% das mulheres, e no índice de obesidade que atingia 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país (BRASIL, 2004a).

A POF 2003 ressaltou uma tendência de alteração na aquisição de alimentos observada nas últimas décadas: teor excessivo de açúcar na dieta, aumento no aporte de gorduras em geral e de gorduras saturadas e níveis insuficientes de consumo de frutas e hortaliças. O estudo destaca ainda a redução no consumo de alimentos tradicionais como arroz e feijão, enquanto o consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, aumentou em 400% (BRASIL, 2004a).

Essa alteração no padrão de consumo alimentar resultou em um grande aumento no índice de excesso de peso e obesidade na população brasileira, conforme indicam os dados da nova edição da POF, realizada nos anos de 2008 e 2009. De acordo com a pesquisa, o excesso de peso já alcançou 50,1% dos homens e 48% das mulheres brasileiras em idade adulta. A obesidade masculina, que em 1974 era de 2,8%, em 2009 já era de 12,4% e a feminina mais que dobrou no período, passando de 8% para 16,9%. Nas crianças de cinco a nove anos de idade o quadro é

semelhante, havendo redução no déficit de peso e aumento do excesso de peso. Em 1974, 5,5% das crianças dessa faixa etária apresentavam déficit de peso, enquanto aproximadamente 10% apresentava excesso de peso. Em 2009 o excesso de peso aumentou para 33,4% enquanto o déficit de peso reduziu para 4,1% (BRASIL, 2010c).

Assim, além da dimensão da fome, os hábitos alimentares inapropriados, constituem, igualmente, um grande problema. Paradoxalmente, é possível ter um perfil de consumo suficiente e dispor de recursos, mas, ainda assim, estar em situação de IA devido à inadequação da alimentação em termos sanitários ou nutricionais (BURLANDY, 2007).

Diante do quadro exposto, pode-se perceber que a IA não se resume à fome ou à falta de acesso a alimentos. As situações de IA podem ser detectadas a partir de diferentes tipos de problema. Entre eles podem-se destacar as carências nutricionais, o sobrepeso e obesidade, o consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, a produção de alimentos predatória ao ambiente ou às relações econômicas e sociais, os preços abusivos, a imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural, entre outros (BRASIL, 2004e). Assim, a IA no Brasil tem duas faces: uma associada à negação do DHAA e outra resultante da alimentação inadequada. (PINHEIRO, 2005).

Considerando as diversas faces da IA, o alcance da SAN requer a adoção de medidas emergenciais e a implementação de ações estruturais (FBSAN, 1998) que alterem o atual modelo de desenvolvimento na direção de torná-lo socialmente justo e ambientalmente sustentável (FBSAN, 2003). Para tanto é necessária uma política nacional voltada para a SAN em todos os seus aspectos, incluindo a fome e suas conseqüências, como também o excesso de peso e os males causados por uma alimentação inadequada.

Uma política de SAN é um conjunto de ações planejadas para garantir a oferta e acesso aos alimentos para toda a população, promovendo a nutrição e a saúde. O desenvolvimento de uma política de SAN requer o envolvimento tanto do governo quanto da sociedade civil e tem como princípios a intersectorialidade, a equidade, a articulação entre orçamento e gestão, a abrangência e articulação entre ações estruturantes e medidas emergenciais (BRASIL, 2004e).

Estudo complementar, realizado com os dados da PNAD 2004, analisou a associação entre IA e a participação em programas de transferência de renda no Brasil. A pesquisa demonstrou que cada 10 reais de acréscimo na transferência de renda, aumentavam em 8% a chance dos domicílios

estarem em situação de segurança alimentar e nutricional (SEGALL-CORRÊA, 2008). Estudos como esse demonstram a necessidade de priorizar programas que tenham como objetivo o combate à fome e à IA.

Uma das políticas atualmente voltadas para esse tema é o Fome Zero que é composto por um conjunto de ações com o objetivo de erradicação da fome e implementação da política de SAN no país. O Fome Zero colocou a SAN no Brasil como prioridade e trouxe de volta o tema para a agenda política brasileira (VASCONCELOS, 2005).

Porém, o Fome Zero tem enfrentado diversas dificuldades que necessitam ser superadas para que haja maior efetividade na busca da garantia da SAN para todos os brasileiros. Entre estas dificuldades pode-se explicitar que o direito humano à alimentação adequada não é reconhecido pela maioria da população e o apelo social e político do combate à fome de forma emergencial é maior que a busca da SAN em todas as suas dimensões e em caráter permanente. Além disso, há uma dificuldade em implantar políticas multisetoriais e em associar os programas de transferência de renda a políticas estruturais para romper o ciclo geracional de pobreza e garantir uma alimentação de qualidade em todos os aspectos (TAKAGI, 2007).

2.2. O Programa Bolsa Família

No contexto do sistema de proteção social, programas de transferência de renda são entendidos como transferência monetária a famílias ou indivíduos, algumas vezes associada à exigência de contrapartidas ou condicionalidades (SILVA, 2004).

No Brasil, em fins de 2003 foi criado o Programa Bolsa Família (PBF) por meio da Medida Provisória nº 132 de 20 de outubro de 2003, posteriormente convertida na Lei nº. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Em 17 de setembro de 2004, o PBF foi regulamentado pelo Decreto nº. 5.209 da Presidência da República (BRASIL, 2003a, 2004b, 2004c). O Programa integra o Fome Zero que tem como objetivo assegurar o DHAA, promovendo a SAN e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável à fome (BRASIL, 2010c).

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo PBF, pesquisas têm indicado impactos positivos do programa em diversas áreas. Esses impactos podem se estabelecer pelos possíveis efeitos do

aumento da renda na alimentação familiar ou pelas ações de atenção básica em saúde direcionadas aos participantes do programa.

Uma das avaliações do PBF incluiu cerca de 15.000 famílias e apontou efeitos positivos nos gastos, pois as famílias do PBF apresentavam dispêndio total superior às do grupo comparação, sobretudo em relação a alimentos, educação e vestuário infantil (BRASIL, 2007d). Pesquisa qualitativa sobre as mudanças na condição social das mulheres realizada em dez municípios brasileiros com diferentes graus de urbanização/modernização e realidades econômicas distintas observou três tipos de impacto: o da visibilidade das mulheres enquanto consumidoras, a afirmação da autoridade das mulheres no espaço doméstico e, por último, e talvez mais o importante, a percepção das mulheres de pertencimento à cidadania brasileira (SUÁREZ, 2007). Avaliação independente realizada pelo IBASE sobre as repercussões do PBF na SAN de famílias do programa registrou que estas gastam, em média R\$ 200 mensais com alimentação, o que corresponde a 56% da renda familiar total. Quanto mais pobre a família maior a proporção da renda gasta com alimentação. O estudo concluiu também que o PBF trouxe resultados importantes na vida das mulheres, como maior influência no planejamento dos gastos, aumento da independência financeira e no respeito que passam a infundir no âmbito familiar e na comunidade (IBASE, 2008). Outro estudo que analisou transferência de renda e segurança alimentar e nutricional, concluiu que comparados a outras intervenções, os programas de transferência de renda favorecem “a autonomia das famílias no uso dos recursos, na escolha dos alimentos e, portanto, na adequação à sua realidade e cultura” (BURLANDY, 2007).

Porém, os objetivos do PBF nem sempre foram claramente voltados para a promoção da SAN e do DHAA. Inicialmente, a Medida provisória que criou o PBF teve por finalidade unificar ações anteriores de transferência de renda do governo federal, principalmente o Programa Nacional de Renda Mínima Vinculado à Educação (conhecido como Bolsa-Escola), o Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA), o Programa Nacional de Renda Mínima Vinculado à Saúde (Bolsa-Alimentação), o Programa Auxílio-Gás e o Cadastro Único do Governo Federal. Foi definido um benefício básico para famílias em situação de extrema pobreza e um benefício variável, destinado a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza que tivessem gestantes, nutrizes, crianças entre zero e doze anos e adolescentes até quinze anos em sua composição. Porém, o referido documento não descrevia ações de acompanhamento nutricional atreladas ao PBF e não destacava a promoção

da SAN como objetivo do programa. A medida provisória apenas instituía um Conselho Gestor Interministerial do PBF e uma Secretaria-Executiva que teria, entre várias funções, que supervisionar o cumprimento das condicionalidades (BRASIL, 2003a).

Por outro lado, a Lei 10.836 que criou o PBF, avançou um pouco mais nesse sentido, referindo que o programa seria destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades, e em seu artigo terceiro enumerou condicionalidades a serem realizadas pelos participantes do programa: exame pré-natal, acompanhamento nutricional, acompanhamento da saúde e frequência escolar de 85% (BRASIL, 2004b).

Apenas quando publicado o Decreto nº. 5.209, o combate à fome e a promoção da SAN foram descritos como objetivos do programa, juntamente com a promoção do acesso às redes de serviços públicos, principalmente saúde, educação e assistência social, o estímulo à emancipação das famílias, o combate à pobreza e a promoção da intersetorialidade, complementaridade e sinergia das ações sociais do poder público (BRASIL, 2004c).

Atualmente o PBF transfere renda mensalmente para mais de 12 milhões de famílias, ou seja, aproximadamente 45 milhões de pessoas, o que corresponde a quase um quarto da população brasileira (BRASIL, 2010b). De acordo com a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN / MS), em julho de 2010, havia 5.640.295 crianças de 0 a 72 meses entre os participantes do PBF (BRASIL, 2010c).

A concessão dos benefícios ocorre após a inserção das famílias no Cadastro Único e o valor transferido varia de acordo com a renda familiar *per capita* e composição familiar. De acordo com a lei 10.836 (BRASIL, 2004b) que criou o programa, foram definidos dois valores de benefícios, sendo um básico e outro variável. O benefício básico é destinado às famílias em situação de extrema pobreza e o benefício variável às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza que têm em sua composição gestantes, nutrizes, crianças de até doze anos de idade ou adolescente até 15 anos. Atualmente, de acordo com os critérios de inclusão, podem fazer parte do programa famílias com renda mensal *per capita* de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais). As famílias com renda mensal *per capita* de até R\$ 70,00 (setenta reais), consideradas em situação de extrema pobreza, recebem o benefício básico de R\$ 68,00 (sessenta e oito reais), ingressando no programa independente da existência de crianças ou adolescentes em sua composição. Já as famílias com renda mensal *per capita* entre R\$ 70,00 (setenta reais) e R\$ 140,00 (cento e quarenta reais), consideradas em situação

de pobreza, só ingressam no programa se tiverem crianças e/ou adolescentes de até 15 anos de idade e recebem o benefício variável. O benefício variável recebido é de R\$ 22,00 (vinte e dois reais) para cada criança ou adolescente de 0 a 15 anos, sendo no máximo três por família. Além dos valores já descritos, foi instituído o benefício variável vinculado ao adolescente que é destinado a todas as famílias do programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos e é de R\$ 33,00 (trinta e três reais) para cada adolescente, sendo no máximo dois por família. (BRASIL, 2010c).

Porém, vale ressaltar que a inserção das famílias no Cadastro Único não garante a participação no programa, visto que o orçamento destinado ao programa limita o número de responsáveis legais pelo recebimento do benefício do programa e o critério de inserção no Cadastro Único é a renda per capita familiar de até meio salário mínimo, diferindo dos critérios de inserção no PBF (VIEIRA, 2009).

2.3. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2003), a vigilância alimentar é definida como

“a coleta e a análise de informações sobre a situação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades, com o propósito de fundamentar medidas destinadas a prevenir ou corrigir problemas detectados ou potenciais.”

A vigilância nutricional é parte da vigilância alimentar e tem como enfoque principal as crianças, gestantes e população de baixa renda, pois são os grupos mais vulneráveis a situações de IA (PNAN, 2003b).

Segundo o grupo técnico de especialistas da FAO/UNICEF/OMS a VAN tem como objetivo: “Promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional” (FAO/UNICEF/WHO, 1976).

A VAN no Brasil vem sendo discutida desde 1968, quando foi proposto, na 21ª Assembléia Mundial de Saúde, que as ações de vigilância epidemiológica deveriam ser aplicadas também aos problemas relacionados à alimentação e nutrição. Na década de 70 o tema se manteve em pauta com a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde responsável pela criação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 1990 (BRASIL, 2009a).

O SISVAN é uma estratégia de apoio à saúde proposta pelo Ministério da Saúde (MS) para realização do monitoramento do estado nutricional da população brasileira. Castro (1995) realizou extensa revisão sobre a implantação do SISVAN no Brasil. Segundo a autora, ainda na década de 70 foram formuladas, pelo INAN, ou a seu pedido, propostas de viabilização do SISVAN bastante consistentes tecnicamente, mas que não resultaram em desdobramentos concretos. A dimensão nacional do SISVAN só começou a se viabilizar no início dos anos 90, quando foi instituído legalmente pelo INAN / MS. A autora considerou que no Brasil o SISVAN caminhou, durante muitos anos em paralelo às políticas e programas federais e que “ficava evidenciada a necessidade de sua reestruturação” (CASTRO, 1995).

Após a extinção do INAN, em 1997, o arcabouço normativo do SISVAN encontrou respaldo na PNAN. Dentre as 7 diretrizes que compõe essa política, a VAN está consignada na 3ª diretriz: “Monitoramento da situação alimentar e nutricional”. A PNAN ressaltou que o SISVAN deveria ser ampliado e aperfeiçoado para agilizar seus procedimentos e estender sua cobertura em todo país. (BRASIL, 2003b)

Desde então, diversas ações têm sido desenvolvidas para a ampliação e aperfeiçoamento da vigilância alimentar e nutricional da população brasileira. Porém, pesquisa realizada em 2006 indicou que, apesar do avanço em sua implantação devido à sua padronização e a um conjunto de novos incentivos políticos, o SISVAN não estava implantado como o esperado pelo governo federal (FAGUNDES-ROMEIRO, 2006).

Mais recentemente, as estratégias que a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde adota para a implementação da vigilância alimentar e nutricional são o Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional, os Inquéritos Populacionais Periódicos, a análise e cruzamento de informações coletadas por outros Sistemas de Informação da Saúde, a

realização de Chamadas Nutricionais e o acesso à produção científica nacional e internacional e financiamento de pesquisas (COUTINHO, 2009).

Dois sistemas informatizados têm sido utilizados para realizar a vigilância alimentar e nutricional da população brasileira: o SISVAN *WEB* que acompanha toda a população atendida pela Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, e o Bolsa Família na Saúde (BFS), que acompanha exclusivamente o registro das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) (COUTINHO, 2009).

2.4. As Condicionalidades de Saúde

A Agenda de Saúde do PBF, também chamada de condicionalidades de saúde, é acompanhada pelo BFS, gerido pelo MS. As condicionalidades associam a transferência de renda ao acesso aos direitos sociais básicos – saúde e educação - e para a realização desses direitos o PBF pressupõe a ação de todas as esferas de governo articuladas com a sociedade e as famílias que participam do programa.

Os programas de transferência de renda com condicionalidades têm assumido tal importância no cenário mundial que os seus efeitos sobre a utilização de serviços de saúde foi objeto de uma revisão sistemática publicada no *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. O estudo concluiu que em países de baixa renda e de renda média a evidência sugere que tais programas são efetivos em aumentar o uso de serviços preventivos e algumas vezes melhoram o estado de saúde. Contudo alertam que é necessário investigar se este efeito se confirma em localidades que apresentam limitada capacidade de oferta de serviços de saúde (LAGARDE, 2007).

Existe um debate aberto entre especialistas em políticas sociais e defensores do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) no que concernem as condicionalidades. Enquanto alguns especialistas e gestores do programa tendem a considerar que o PBF atua como instrumento de política social contribuindo para integrar os direitos à assistência social, saúde e educação (LINDERT, 2007) outros consideram que numa perspectiva de direitos humanos, o PBF apresenta uma série de obstáculos pela cobrança de condicionalidades (ZIMMERMAN, 2006).

De acordo com Cunha (2009), três opiniões distintas permeiam o debate em relação aos programas de transferência de renda e às condicionalidades. A primeira é defendida por aqueles que

entendem as transferências de renda como direito humano universal, sem levar em conta a renda e sem a necessidade de contrapartidas por parte dos beneficiários. A segunda opinião ressalta que tais políticas devem ser residuais e restritas aos extremamente pobres ou incapazes de prover sua própria sobrevivência. Essa visão defende a focalização bastante restrita tanto para a transferência de renda quanto para acesso aos serviços públicos (saúde, educação, assistência social, dentre outras). A terceira concepção, adotada pelo PBF, defende que é necessário focalizar as ações nos mais pobres como forma de promover igualdade e que o acompanhamento das condicionalidades não tem caráter punitivo, mas se caracteriza como um monitoramento para identificar famílias que se encontram em maior grau de vulnerabilidade e risco social e para promover a priorização do acompanhamento familiar individualizado.

Nesse contexto, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) criou mecanismos de incentivo aos municípios para a implantação do acompanhamento das condicionalidades e do Cadastro Único. Trata-se do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) que oportuniza o repasse mensal de recursos aos municípios para a gestão do PBF, de acordo com o estágio de implantação local do programa.

O IGD foi criado pela Portaria nº 148 (BRASIL, 2006a), para avaliar e apoiar o trabalho da gestão municipal do PBF, e tem como objetivo estimular as prefeituras a melhorarem a gestão do programa, as atividades de gestão das condicionalidades, o cadastramento de novas famílias, a atualização dos cadastros e a implantação de programas complementares ao PBF. Todos os setores envolvidos na gestão do PBF podem utilizar o recurso transferido para realizar melhorias na gestão do programa.

Posteriormente o IGD foi instituído pela Lei 12.058 (BRASIL, 2009b), podendo ser utilizado em âmbito estadual, distrital e municipal e tendo como objetivos: medir os resultados da gestão descentralizada, incentivar a obtenção de resultados e calcular os recursos a serem transferidos aos entes federados.

O IGD é composto por quatro indicadores relativos às taxas de: (a) famílias com acompanhamento da Agenda de Saúde; (b) crianças com informações de frequência escolar; (c) atualização do Cadastro; (d) cobertura qualificada do Cadastro. O IGD é calculado a partir da média aritmética desses quatro indicadores, e os recursos só são repassados aos municípios que atingem no mínimo 0,5 no cálculo do IGD e 0,2 em cada um dos indicadores que o compõe (BRASIL, 2008a).

Os municípios podem aplicar os recursos do IGD em ações de gestão de condicionalidades; gestão de benefícios; acompanhamento das famílias participantes do programa, em especial as mais vulneráveis; cadastramento de novas famílias e atualização do Cadastro Único; implementação de programas complementares para as famílias; fiscalização do PBF e do Cadastro Único e controle social do PBF no município (BRASIL, 2006a). Os valores de IGD municipais, que são disponibilizados mensalmente, estão disponíveis para consulta na Matriz de Informação Social no sítio do MDS (BRASIL, 2009c)

O cálculo do IGD saúde ocorre por meio da averiguação da Taxa de famílias com acompanhamento da Agenda de Saúde (TAS), que compreende: (a) o acompanhamento pré-natal e nutricional de gestantes; (b) a vacinação e acompanhamento nutricional de crianças menores de sete anos. Esse acompanhamento é realizado pelo MS por meio do BFS que repassa semestralmente os dados ao MDS.

Desta forma, criou-se a oportunidade para a ampliação da cobertura do acompanhamento nutricional das crianças, haja vista o interesse dos municípios incentivados por repasse de recursos federais. A não implantação do sistema acarreta prejuízos aos municípios devido aos recursos mensais que deixam de ser repassados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

O objetivo desta pesquisa é realizar uma avaliação sobre o acompanhamento nutricional das crianças do Bolsa Família na Saúde.

3.2. Objetivos específicos

- Analisar o acompanhamento nutricional (AN) das crianças menores de sete anos, participantes do PBF segundo o porte populacional do município, número de crianças com perfil saúde (número de crianças a serem acompanhadas), cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e IGD.
- Analisar a correlação entre o acompanhamento nutricional das crianças menores de sete anos, participantes do PBF e o número de crianças com perfil saúde, o percentual de crianças acompanhadas, o IGD e a cobertura da ESF.
- Investigar o nível de conhecimento das famílias sobre as condicionalidades de saúde, principalmente sobre o acompanhamento nutricional em dez municípios brasileiros.
- Identificar junto aos usuários os fatores que dificultam o cumprimento do acompanhamento nutricional em dez municípios brasileiros.
- Identificar as ações desenvolvidas pelos gestores municipais para realizar o acompanhamento nutricional das crianças participantes do PBF em dez municípios brasileiros.
- Identificar junto aos gestores os fatores que facilitam ou dificultam a implantação do BFS em dez municípios brasileiros.
- Verificar junto aos gestores municipais da saúde a destinação dos recursos do IGD, em dez municípios brasileiros.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi dividido em duas etapas, sendo que na primeira foram analisados dados secundários e na segunda dados primários.

Os dados secundários foram coletados com o objetivo de analisar o acompanhamento nutricional (AN) das crianças segundo o porte populacional, o número de crianças com perfil saúde, a cobertura da ESF e o IGD e a correlação dessas variáveis com o AN das crianças.

Os dados primários, oriundos dos estudos de caso, foram analisados com o objetivo de investigar junto aos responsáveis legais pelo recebimento do benefício (i) o nível de conhecimento sobre as condicionalidades de saúde e (ii) os fatores que dificultam o cumprimento do AN e identificar junto aos gestores do BFS quais são (i) as ações desenvolvidas para realizar o AN das crianças do PBF, (ii) os fatores que facilitam ou dificultam a implantação do BFS e (iii) a destinação dos recursos do IGD.

4.1. Dados secundários

Os dados secundários analisados foram o número de crianças com perfil saúde, o percentual de crianças acompanhadas pelo BFS, o percentual de crianças com AN no BFS, o índice de gestão descentralizada e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de todos os municípios brasileiros.

Entende-se por crianças com perfil saúde como aquelas que participam do PBF e tem menos de sete anos, devendo, portanto, cumprir as condicionalidades de saúde. Para análise de população foi considerada a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2008 e para realizar a análise do IGD foi calculada a média do primeiro semestre de 2009 para todos os municípios brasileiros. Ambas as informações foram coletadas na Matriz de Informação Social do MDS (<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/mi2007/home/login.php> acesso em 20/09/2009). As informações sobre a cobertura da ESF em julho de 2009 foram coletadas no sítio do MS (www.saude.gov.br acesso em 23/09/2010). Os dados de crianças com perfil saúde, percentual de crianças acompanhadas e percentual de crianças com AN no BFS no primeiro semestre de 2009 foram fornecidos pelo Departamento de Gestão de Condicionalidades do MDS.

Foram excluídos da análise municípios para os quais não foi possível obter qualquer uma das variáveis em estudo (seis municípios) e/ou os que apresentavam mais de 100% de AN das crianças, nos quais provavelmente houve erro de digitação em âmbito municipal ou falha no banco de dados (200 municípios). Estes critérios de exclusão resultaram na remoção de 206 municípios da análise, que foi então realizada em 5.359 municípios brasileiros, o que representa 96,3% do total.

Na classificação dos municípios segundo o porte populacional foram considerados de pequeno porte os que possuem até 20 mil habitantes (3.772 municípios), de médio porte de 20 mil a 100 mil habitantes (1.329 municípios) e de grande porte os municípios que têm acima de 100 mil habitantes (257 municípios) de acordo com o descrito pelo MDS (BRASIL, 2005a). Foi adotado esse critério de classificação por supor que municípios de mesmo porte têm dificuldades e facilidades semelhantes na gestão do programa.

Para analisar o AN por região, o percentual de crianças com acompanhamento da saúde, o número de crianças com perfil saúde, a cobertura da ESF e o IGD, foram calculados os percentis e definidos os critérios de classificação conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos critérios de classificação e percentis municipais de acompanhamento nutricional, percentual de crianças com acompanhamento da saúde, número de crianças com perfil saúde, cobertura da estratégia da família e índice de gestão descentralizada.

Variável	Percentis	Critério
Acompanhamento nutricional municipal	P ₂₅ = 51,2% P ₇₅ = 81,6%	Menor que P ₂₅ - baixo Entre P ₂₅ e P ₇₅ - médio Maior que P ₇₅ - alto
Percentual de crianças com acompanhamento da saúde	P ₂₅ = 64,2% P ₅₀ = 79,1% P ₇₅ = 88,6%	Menor que P ₂₅ - baixo Entre P ₂₅ e P ₅₀ - médio baixo Entre P ₅₀ e P ₇₅ - médio alto Maior que P ₇₅ - alto
Número de crianças com perfil saúde	P ₂₅ = 165 P ₇₅ = 922	Menor que P ₂₅ - baixo Entre P ₂₅ e P ₇₅ - médio Maior que P ₇₅ - alto
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	P ₇₅ = 96,61%	Menor que P ₇₅ - baixo Maior que P ₇₅ - alto
IGD	P ₂₅ = 0,697 P ₇₅ = 0,823	Menor que P ₂₅ - baixo Entre P ₂₅ e P ₇₅ - médio Maior que P ₇₅ - alto

De acordo com os dados coletados no sítio do MS, quase todos os municípios brasileiros estão com alta cobertura da ESF, portanto, para analisar essa variável optou-se por utilizar apenas o

P_{75} , considerando municípios com baixa cobertura os classificados abaixo do P_{75} e com alta cobertura os que se encontram acima do P_{75} .

Após as análises descritas acima, foi realizado o teste de correlação parcial unilateral controlando-se o porte dos municípios para observar a correlação do acompanhamento nutricional com as demais variáveis.

4.2. Dados primários

4.2.1. Seleção dos municípios

Os dados primários são oriundos de estudos de caso em dez municípios selecionados como descrito abaixo.

A investigação em campo foi realizada em dez municípios índice que retratam diferentes situações que facilitam ou dificultam a implantação do BFS; trata-se então de uma amostra intencional. As situações contrastadas foram (I) percentual de crianças com perfil saúde que têm AN no município; (II) porte populacional do município e (III) Índice de Gestão Descentralizada (Quadro 2). Buscando representar todas as regiões brasileiras, foram escolhidos dois municípios de cada região, considerando também critérios de acessibilidade e custos para a realização da pesquisa de campo.

Em cada um dos municípios da amostra foram entrevistados: (a) o gestor municipal do BFS; (b) 20 responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF que tinham crianças menores de sete anos participantes do programa.

Quadro 2 – Descrição do plano para amostragem dos municípios

Descrição	% Crianças com acompanhamento nutricional	Nº de municípios na amostra
Município com alto IGD	Alto	1
Município com alto IGD	Baixo	1
Município com baixo IGD	Alto	1
Município com baixo IGD	Baixo	1
População municipal > 100 mil habitantes	Alto	1
População municipal > 100 mil habitantes	Baixo	1
População municipal de 20 mil a 100 mil habitantes	Alto	1
População municipal de 20 mil a 100 mil habitantes	Baixo	1
População municipal < 20 mil habitantes	Alto	1
População municipal < 20 mil habitantes	Baixo	1
Total		10

4.2.2. Procedimentos para a coleta de dados em campo

O questionário aplicado com os responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF (anexo I) foi adaptado do utilizado na pesquisa “Programa Bolsa Família: uma avaliação das condicionalidades de saúde com famílias da Ceilândia/DF” (PAIVA, 2007) que realizou estudo semelhante em famílias do DF. Algumas questões da entrevista direcionada aos gestores (anexo II) foram adaptadas da dissertação de mestrado “Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil” (FAGUNDES-ROMEIRO, 2006). Em dezembro de 2009, os questionários foram testados e avaliados em uma região administrativa do DF, sendo realizadas as alterações pertinentes em cada questionário.

Em outubro de 2009 foram enviados a dez municípios selecionados, por fax e correio eletrônico, ofícios do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília informando e convidando para participar da pesquisa. Foram feitos contatos telefônicos semanalmente com os responsáveis por autorizar e agendar a data da pesquisa, sendo esses geralmente os Secretários de Saúde, Gestores do PBF ou gestores do BFS. Até fevereiro de 2010 apenas três municípios haviam

confirmado a participação, sendo, portanto necessária a realização de nova seleção. Partindo dos mesmos critérios, foram selecionados três municípios para cada grupo de características, realizando-se novamente os contatos por ofício, fax, correio eletrônico e telefone. A maioria dos municípios não respondeu ao convite e um dos municípios autorizou oficialmente a realização da pesquisa, porém desmarcou a visita uma semana antes da data agendada. Diante das dificuldades, o processo de confirmação e autorização dos dez municípios se estendeu até o mês de junho de 2010.

A coleta de dados aconteceu entre os dias 01 de fevereiro e 08 de julho de 2010, sendo que a permanência nos municípios variou de três a cinco dias. A caracterização dos municípios visitados encontra-se descrita no Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização dos municípios selecionados para os estudos de caso.

Características	Região	IDH-M*	Formação do gestor do BFS
Alto IGD e alto AN	Sudeste	0.735	Nível Médio
Alto IGD e baixo AN	Sul	0.785	Nutrição - Graduação
Baixo IGD e alto AN	Centro-oeste	Não disponível	Ciências Exatas – Graduação incompleta
Baixo IGD e baixo AN	Norte	0.806	Nutrição – Especialização
Grande porte e alto AN	Sul	0.813	Nutrição – Especialização
Grande porte e baixo AN	Sudeste	0.852	Medicina - Especialização
Médio porte e alto AN	Nordeste	0.597	Enfermagem - Especialização
Médio porte e baixo AN	Nordeste	0.657	Enfermagem - Especialização
Pequeno porte e alto AN	Norte	0.654	Enfermagem - Graduação
Pequeno porte e baixo AN	Centro-oeste	0.75	Enfermagem - Graduação

* IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000 (BRASIL, 2009c)

4.2.3. Coleta e análise de dados primários – Responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF

As questões investigadas junto aos responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF foram relativas ao conhecimento sobre as condicionalidades de saúde e ao acesso aos serviços de saúde. Foram solicitados os Cartões da Criança de todos os participantes do PBF que tinham sete

anos incompletos até junho de 2009 para verificar o acompanhamento das vacinas e o acompanhamento das medidas antropométricas.

Em cada município foi selecionada uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com maior número de crianças com perfil saúde. A informação sobre a distribuição espacial das crianças por UBS e as listas de crianças com e sem acompanhamento nutricional foram obtidas junto ao gestor municipal das condicionalidades de saúde. A partir desses dados foram selecionadas 40 famílias nas áreas de concentração dos ACS que tinham disponibilidade para acompanhar a pesquisadora até as residências, tratando-se, então de amostra de conveniência. Procurou-se atingir a meta de entrevistar 10 responsáveis legais que tinham crianças menores de sete anos sem AN e 10 responsáveis legais que tinham crianças menores de sete anos com AN em cada município. Para a seleção dos responsáveis entrevistados foram considerados com AN os casos em que ao menos uma das crianças havia sido pesada e medida e sem AN os que nenhuma das crianças havia sido pesada e medida. Foram incluídas na amostra as crianças que tinham sete anos incompletos até junho de 2009.

As famílias entrevistadas foram classificadas em classes econômicas segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil que estima o poder de compra das pessoas e famílias (ABEP, 2009).

Para a análise das variáveis coletadas junto aos responsáveis legais do PBF os dados foram digitados e analisados no programa SPSS. As análises realizadas foram descritivas, pois, tratando-se de amostra de conveniência não é possível extrapolar além da população em estudo.

4.2.4. Coleta e análise de dados primários – Gestores do BFS

As questões investigadas junto aos gestores do BFS foram as seguintes: (I) disponibilidade e manutenção de equipamentos para aferição das medidas antropométricas; (II) infra-estrutura e acesso à internet; (III) disponibilidade e capacitação de recursos humanos; (IV) implantação do BFS; (V) integração entre a Secretaria de Saúde e de Assistência Social no tocante à implantação do sistema e (VII) destinação dos recursos do IGD.

À partir da análise qualitativa das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos gestores do BFS foram identificadas as dificuldades encontradas para a implantação do BFS e modos de enfrentamento pelas equipes dos municípios, formas de investimentos dos repasses do IGD,

facilidades encontradas pelos municípios com alto percentual de acompanhamento nutricional de crianças, entre outros. Para tanto, as entrevistas foram degravadas e categorizadas segundo o método de análise temática, descrito por Minayo (1994). O método sugere que as categorias devem ser definidas antes de serem investigadas e, após a coleta devem ser reformuladas visando à classificação dos dados encontrados. Após a categorização, as falas dos gestores foram comentadas e incluídas as impressões do pesquisador e comentários advindos da revisão bibliográfica.

4.3. Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e aprovado em 07 de julho de 2009 sob o número 65/09 com base na Resolução CNS/MS nº 196/96 (anexo III).

Tanto os gestores entrevistados como os responsáveis legais pelo recebimento do benefício que responderam os questionários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Acompanhamento Nutricional das Crianças do BFS

A Tabela 1 descreve o AN das crianças menores de cinco anos inscritas no Programa Bolsa Família, por município. Observa-se que a região com percentual mais alto de acompanhamento nutricional é a Nordeste (NE) (29%). A Região Norte (NO) é a que tem menos municípios com baixo acompanhamento (17,8%). A Região que apresenta piores dados de AN das crianças com perfil saúde é a Região Sul, onde 30% dos municípios têm baixo acompanhamento.

Estudo realizado em 2008, sobre a eficiência do PBF, indicadores socioeconômicos e informações sobre as transferências monetárias com 5.563 municípios brasileiros, encontrou correlação negativa entre o IGD e a renda dos municípios analisados, indicando que, em geral, os municípios com piores condições socioeconômicas apresentam os melhores resultados de IGD. Possivelmente isso ocorre porque os municípios com indicadores sociais mais frágeis são os mais dependentes dos recursos do Bolsa Família (ESTRELLA, 2008). Isso pode justificar o fato que a Região Sul é a que possui maior percentual de municípios com baixo acompanhamento nutricional, visto que essa é uma das regiões mais ricas do Brasil, enquanto a região NE e NO apresentam os melhores dados de acompanhamento.

É interessante perceber que as duas regiões são também as que apresentam os mais altos índices de IA no Brasil. Segundo a PNAD 2009, as regiões NO e NE, apresentam respectivamente, 40,3% e 46,1% dos domicílios em IA, enquanto a Sudeste (SE) (23,3%) e a Sul (18,7%) apresentam índices menores. Tratando-se de IA grave a desigualdade permanece, pois as regiões NO (9,2%) e NE (9,3%) apresentam proporção maior de domicílios em IA grave do que as regiões sul e a SE (ambas abaixo de 3,0%). (BRASIL, 2010a). Vale ressaltar que o grande percentual de municípios com alto acompanhamento no NO (23,4%) e no NE (29,1%) e também a baixa proporção de municípios com baixo acompanhamento no NO (17,8%) são dados positivos no que se refere ao monitoramento do estado nutricional das crianças residentes nas duas regiões com maior proporção de domicílios em IA do país, pois o acompanhamento nutricional das crianças possibilita identificar os mais vulneráveis e serve de subsídio e justificativa para a focalização de programas de combate à IA.

Observa-se que o porte populacional guarda estreita relação com o perfil de acompanhamento nutricional das crianças do PBF (Tabela 1). Quanto menor o município, maior é o percentual de acompanhamento. Quase 31% dos municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes) apresentaram alto acompanhamento nutricional. Já entre os municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes) 3% obtiveram alto percentual de acompanhamento nutricional das crianças com perfil saúde e dos municípios de médio porte (de 20 a 100 mil habitantes) 13% apresentaram alto acompanhamento nutricional.

Em relação à situação encontrada nos municípios de grande porte, a CGPAN, visitou tecnicamente 14 municípios de grande porte que não haviam registrado nenhum acompanhamento das condicionalidades de saúde em 2006 e destacou como principais dificuldades para a realização do acompanhamento da saúde nesses municípios: a dificuldade de gerenciar o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde em grandes centros urbanos; a falta de informação da equipe local do processo de acompanhamento como um todo; a falta de infra-estrutura e de recursos humanos para concretizar todas as etapas do acompanhamento; a falta de integração entre as Secretarias envolvidas no acompanhamento das famílias do PBF e o desconhecimento de que os recursos provenientes do IGD podem ser empregados também na gestão das condicionalidades do setor saúde (BRASIL, 2007c).

Semelhantemente ao porte populacional, o número de crianças com perfil saúde também influencia negativamente o acompanhamento nutricional das crianças. Quanto maior o número de crianças a serem acompanhadas, menor é o percentual de acompanhamento no município. Dos municípios com baixo acompanhamento nutricional, 35% apresentavam alto número de crianças com perfil saúde, enquanto dos municípios com alto acompanhamento nutricional 14,5% tinham alto número de crianças a serem acompanhadas pelo BFS.

Pesquisa realizada em municípios mineiros encontrou resultados semelhantes, pois identificou que quanto maior a população e o número de famílias do PBF, menores são os valores de IGD, o que demonstra que esses municípios têm mais dificuldade na gestão do programa (MONTEIRO, 2009). De acordo com pesquisa realizada pelo MDS, as principais dificuldades enfrentadas pelos municípios para a gestão do PBF são a insuficiência de recursos humanos, a dificuldade para a operação dos sistemas computacionais, o espaço físico insuficiente e a baixa qualificação da equipe técnica (BRASIL, 2007b). Possivelmente, o maior número de crianças com

perfil saúde dificulta a realização de um acompanhamento eficiente devido principalmente à insuficiência de recursos humanos para alcançar todas as crianças.

O acompanhamento da saúde das crianças é composto pelo acompanhamento nutricional e pelo acompanhamento vacinal. Apesar de ser formado apenas por essas duas variáveis, 20,7% e 10,6% dos municípios com baixo acompanhamento nutricional apresentam médio alto e alto acompanhamento da saúde, respectivamente. Esperava-se que a relação entre esses dois fatores, acompanhamento da saúde e acompanhamento nutricional, fosse maior, pois se as crianças foram consideradas acompanhadas, deveriam ter cumprido tanto o acompanhamento nutricional quanto o acompanhamento vacinal.

A partir da tabela 1, pode-se perceber que a ESF desempenha papel importante na busca ativa e no acompanhamento das crianças com perfil saúde. Dos municípios com baixa cobertura da ESF, apenas 15,2% conseguiram realizar alto acompanhamento nutricional e 34,6% realizaram baixo acompanhamento. Por outro lado, dos municípios com alta cobertura da ESF quase o dobro (29,7%) realizou alto acompanhamento nutricional.

O IGD tem seu repasse determinado por quatro taxas: (a) famílias com acompanhamento da saúde, (b) crianças com informações de frequência escolar, (c) atualização do Cadastro e (d) cobertura qualificada do Cadastro. Esperava-se que o IGD guardasse relação mais estreita com o AN das crianças, devido a essa condicionalidade ser um dos componentes da taxa de famílias com acompanhamento da saúde. Porém, apesar dessa condicionalidade, ainda há um repasse elevado a municípios que têm baixo acompanhamento nutricional (18,2%) e, por outro lado, 15% dos municípios com altas taxas de acompanhamento nutricional (TAN), tiveram baixo IGD e, conseqüentemente, baixo repasse de recursos. Possivelmente o acompanhamento nutricional tenha menos influência no IGD por ser apenas um dos componentes da condicionalidade de saúde, apresentando-se diluído no cálculo do índice.

Tabela 1: Acompanhamento nutricional municipal das crianças menores de cinco anos inscritas no Programa Bolsa Família segundo a região, porte populacional do município, percentual de crianças com acompanhamento da saúde, número de crianças com perfil saúde, cobertura da Estratégia Saúde da Família e Índice de gestão descentralizada. Brasil, primeiro semestre de 2009.

	Acompanhamento Nutricional Municipal			p valor
	Baixo (<P ₂₅)	Médio (P ₂₅ - P ₇₅)	Alto (>P ₇₅)	
Região				0,000
Norte	17,8%	58,8%	23,4%	
Nordeste	22,6%	48,3%	29,1%	
Centro Oeste	21,2%	57,8%	21,0%	
Sudeste	27,2%	47,8%	25,0%	
Sul	30,4%	49,0%	20,6%	
Porte Populacional*				0,000
Até 20 mil habitantes	19,3%	49,9%	30,8%	
De 20 mil a 100 mil	34,2%	53,0%	12,8%	
Mais de 100 mil Habitantes	61,9	35,0%	3,1%	
Número de crianças com perfil saúde				0,000
Baixo	19,4%	48,1%	32,5%	
Médio	22,8%	50,7%	26,5%	
Alto	35,0%	50,5%	14,5%	
Acompanhamento da saúde				0,000
Baixo	57,0%	41,8%	1,2%	
Médio baixo	11,8%	87,0%	1,2%	
Médio alto	10,6%	48,2%	41,2%	
Alto	20,7%	22,9%	56,4%	
Cobertura ESF				0,000
Baixa	34,6%	50,2%	15,2%	
Alta	20,4%	49,9%	29,7%	
IGD				0,000
Baixo	37,8%	47,3%	14,9%	
Médio	22,0%	55,0%	23,0%	
Alto	18,2%	42,7%	39,2%	

*Estimativa IBGE 2008

O apoio financeiro é um incentivo muito importante para auxiliar o acompanhamento das condicionalidades da saúde e para o registro das informações no BFS, pois 25% do valor a ser repassado dependem do desempenho do município em relação ao registro das condicionalidades da saúde. Porém, não foi encontrada na literatura, uma descrição clara sobre a contribuição do

acompanhamento nutricional das crianças menores de 7 anos no cálculo da taxa de acompanhamento da saúde e do IGD.

Na Tabela 2, encontra-se a correlação entre o percentual de acompanhamento nutricional e as demais variáveis, quando se controla o porte populacional. O percentual de crianças com acompanhamento nutricional manteve correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com todas as variáveis analisadas.

De acordo com a Tabela 2, pode-se observar que a correlação entre o percentual de crianças com acompanhamento nutricional e o número de crianças com perfil saúde é negativo. Apesar de fraca (-0,095), pois apresenta-se muito próxima de zero, a correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e indica novamente que, quanto maior o número de crianças com perfil saúde, menor é o percentual de acompanhamento nos municípios. Possivelmente isso ocorre por que quanto maior o número de crianças a serem acompanhadas pelo BFS, maiores são as dificuldades para localizar todas as crianças e realizar o acompanhamento nutricional. São necessárias equipes maiores e, como cada município, independente do tamanho e número de famílias inscritas no programa, tem apenas um gestor para o PBF (BRASIL, 2005b), isso pode dificultar a gestão do programa e consequentemente o acompanhamento nutricional.

Tabela 2: Correlação entre percentual de crianças com acompanhamento nutricional, número de crianças com perfil saúde, percentual de crianças acompanhadas, índice de gestão descentralizada e cobertura da Estratégia Saúde da Família*. Brasil, 2009.

Percentual de crianças com acompanhamento nutricional	Número de crianças com perfil saúde	Percentual de crianças acompanhadas	IGD	Cobertura da ESF
Correlação	-0,095	0,477	0,188	0,163
<i>P</i> valor	0,000	0,000	0,000	0,000

*Controlando-se o porte populacional

Em relação à segunda variável, percentual de crianças acompanhadas, verifica-se que há correlação positiva, indicando que quanto maior o percentual de crianças com acompanhamento nutricional no município, maior é também o percentual de crianças com acompanhamento da saúde. Novamente esperava-se que a correlação fosse mais forte, mais próxima de 1, pois todas as crianças

que foram localizadas e fizeram acompanhamento da saúde, deveriam também ter realizado o acompanhamento nutricional. Não foi encontrada descrição clara na literatura sobre quais são os pré-requisitos para considerar que a criança realizou o acompanhamento da saúde, porém, de acordo com a Portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008b) são condicionalidades de saúde relacionadas às crianças menores de sete anos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e o acompanhamento vacinal.

Apesar das análises descritas na tabela anterior, onde se demonstrou que parte dos municípios, apesar de alto acompanhamento nutricional, alcançou baixo IGD e municípios com baixo acompanhamento nutricional alcançaram alto IGD, há correlação positiva do IGD com o AN das crianças, indicando que, de maneira geral, quanto melhor é a gestão do PBF (maior IGD), maior é também o número de crianças com acompanhamento nutricional.

A cobertura da ESF também apresentou correlação positiva, confirmando os dados apresentados anteriormente e sugerindo que quanto maior a cobertura, maior é também o acompanhamento nutricional das crianças. A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, sendo um processo de reforma de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem a missão de ser o eixo para estruturar a organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil (BRASIL, 1997). O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelas equipes de Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Em relação ao acompanhamento nutricional das crianças, o profissional da ESF mais estreitamente relacionado a essa função é o ACS. O Manual para Agentes Comunitários de Saúde – Alimentação e Nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2007a), produzido pelo MS em parceria com o MDS, ressalta a importância da equipe de saúde da família nas ações de promoção da saúde dos participantes do PBF e no cumprimento das condicionalidades, entre elas, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Além de descrever as funções desempenhadas pelos ACS em relação ao programa, o manual presta informações sobre o PBF, entre elas saúde, alimentação e nutrição, vigilância alimentar e nutricional e fornece o modelo do mapa de acompanhamento para famílias do PBF, que, entre outros, é a ferramenta utilizada pelos ACS para realizar o acompanhamento nutricional das crianças. O material afirma que orientar as famílias sobre as condicionalidades da saúde e acompanhar e registrar no mapa de

acompanhamento as informações das condicionalidades da saúde são papéis desempenhados pelos ACS.

5.2. Estudos de caso

5.2.1. Questionários aplicados com os responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF

5.2.1.1. Dados relativos às famílias

Foram entrevistados 198 responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF sendo que 68% tinham crianças com acompanhamento nutricional e 32% sem acompanhamento nutricional.

Tabela 3: Perfil das famílias entrevistadas nos municípios investigados relativo ao acompanhamento nutricional das crianças e classes de renda, Brasil, 2010.

	n	%
AN* das crianças por residência		
Crianças com AN	135	68,2
Crianças sem AN	63	31,8
Classe de renda		
B2	4	2,0
C1	19	9,6
C2	95	48,0
D	68	34,3
E	12	6,1
Total	198	100,0

*AN: Acompanhamento nutricional

Apesar de haver a meta de entrevistar 100 responsáveis legais pelo recebimento do benefício com crianças que realizaram o AN e 100 responsáveis legais com crianças sem AN, foram entrevistados apenas 63 responsáveis por crianças sem AN. Esse fato ocorreu por que em todos os

municípios houve dificuldade em localizar as residências das crianças sem acompanhamento nutricional, pois parte dos cadastros são desatualizados e foi referido pelos gestores do BFS que as famílias se mudam com frequência. A dificuldade em localizar essas residências foi ainda maior nos municípios com alto acompanhamento nutricional, devido ao pequeno número de crianças sem AN no segundo semestre de 2009. Pesquisa realizada com gestores dos programas de transferência de renda anteriores ao PBF ressalta que a localização dos beneficiários para o monitoramento das condicionalidades já era um problema à época e dificultava a realização do acompanhamento (PASQUIM, 2007). A localização das famílias e a atualização dos dados pessoais e de moradia é um dos aspectos mais importantes para a gestão das condicionalidades, pois, a partir desses dados, é possível fazer o acompanhamento e identificar as famílias mais vulneráveis para possíveis intervenções e inversão do quadro de vulnerabilidade.

A classe de renda das famílias variou da classe B2 a classe E, sendo que a maioria das famílias foi classificada como pertencendo às classes D (34%) ou C2 (48%).

Em relação às atividades realizadas pela ESF, 5,6% dos entrevistados referiram nunca ter recebido nenhuma visita dos agentes comunitários de saúde, médicos ou enfermeiros. Na tabela 4 pode-se perceber que nas residências em que as crianças realizaram o acompanhamento nutricional, 4,4% não recebeu visita da ESF, sendo que 54,1% receberam cinco ou mais, enquanto nas residências em que as crianças não realizaram acompanhamento nutricional 12,7% não receberam visita no 2º semestre de 2009 e somente 31,7% receberam cinco ou mais visitas.

Considerando essa diferença, observa-se a importância da ESF para o acompanhamento nutricional das crianças, visto que são esses profissionais, em especial o ACS, os responsáveis por orientar as famílias sobre as condicionalidades da saúde, realizar a busca ativa e preencher o mapa de acompanhamento com as informações do acompanhamento nutricional das crianças (BRASIL, 2007a).

Tabela 4: Fatores referentes ao acompanhamento da Estratégia Saúde da Família e conhecimento das condicionalidades em relação ao acompanhamento nutricional das crianças por residência nos municípios investigados, Brasil, 2010.

	Acompanhamento Nutricional das crianças nas famílias do Programa Bolsa Família					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Houve visita ESF						
Nunca	4	3,0	7	11,1	11	5,6
Houve no 2º sem 2009	123	91,1	47	74,6	170	85,9
Não houve no 2º sem 2009	6	4,4	8	12,7	14	7,1
Não soube responder	2	1,5	1	1,6	3	1,5
Número de visitas da equipe ESF						
Nenhuma	8	11,1	15	23,8	26	13,1
Uma ou duas	22	16,3	14	22,2	36	18,2
Três ou quatro	24	17,8	10	15,9	34	17,2
Cinco ou mais	73	54,1	20	31,7	93	47,0
Não soube responder	5	3,7	4	6,3	9	4,5
Foi convocado para AN*						
Sim	131	97,0	15	23,8	146	73,7
Não	4	3,0	46	73,0	50	25,3
Não lembra	0	0	2	3,2	2	1
Conhece alguma condicionalidade do PBF						
Sim	127	94,1	56	88,9	183	92,4
Não	8	5,9	7	11,1	15	7,6
Citou o AN* como condicionalidade						
Sim	94	69,6	33	52,4	127	64,1
Não	41	30,7	30	47,6	71	35,9
Total	135	100%	63	100%	198	100%

*AN: Acompanhamento nutricional

A tabela 4 mostra também que 97% dos responsáveis legais pelo recebimento do benefício entrevistados que tinham crianças com acompanhamento nutricional foram convocados para realizar o acompanhamento e por outro lado, 23,8% dos responsáveis pelas crianças sem acompanhamento não foram convocados.

Em relação ao conhecimento das condicionalidades do PBF pode-se perceber uma pequena diferença entre os responsáveis por crianças acompanhadas e os responsáveis por crianças não acompanhadas, pois 94% e 90% deles conheciam alguma condicionalidade, respectivamente. Porém, quando a análise é feita baseada no conhecimento do acompanhamento nutricional como condicionalidade, é observada uma diferença maior, pois dos responsáveis por crianças com acompanhamento nutricional 70% citaram o AN como condicionalidade, enquanto apenas 52% dos entrevistados que tinham crianças sem acompanhamento nutricional citaram.

No tocante ao conhecimento dos responsáveis legais sobre as condicionalidades, pesquisas têm mostrado resultados conflitantes. Pereira *et al* (2008) registrou em seu estudo o desconhecimento das famílias sobre esta norma básica do programa, sobretudo aquela relativa à saúde. Outra pesquisa, conduzida com famílias do PBF em Ceilândia – Distrito Federal, concluiu também que a maioria dos entrevistados desconhecia as condicionalidades de saúde e que o programa não promoveu o cumprimento das mesmas (PAIVA, 2007). Entretanto, pesquisa realizada com cinco mil responsáveis legais pelo recebimento do benefício do cartão Bolsa Família de todas as regiões brasileiras concluiu que as famílias têm conhecimento razoável sobre as condicionalidades. Dentre estas, a de educação era mais conhecida que as de saúde, sendo que acompanhar a saúde e o estado nutricional das crianças foi citada por aproximadamente 40% dos entrevistados, vacinar as crianças foi citada por 33,2% e participar de ações de educação alimentar por 10,3% (IBASE, 2008).

De todos os entrevistados 32,8% referiram enfrentar alguma dificuldade para pesar e medir as crianças. Dos responsáveis por crianças com acompanhamento nutricional 16,3% relataram ter alguma dificuldade, enquanto quase 70% dos responsáveis por crianças que não cumpriram essa condicionalidade referiram dificuldade para realizar o acompanhamento nutricional. As principais dificuldades relatadas foram a falta de conhecimento de que deveriam realizar o AN (11,6%) e levar as crianças para pesar e medir por falta de tempo, de transporte ou por causa da distância do posto de saúde (10,6%). A dificuldade de acesso ao serviço de saúde, referida por 3,5% das pessoas, foi caracterizada pelo excesso de filas, atendimento demorado ou insuficiência de profissionais.

Tabela 5: Dificuldades para realizar o acompanhamento nutricional das crianças segundo situação de acompanhamento das crianças da residência nos municípios investigados, Brasil, 2010.

Dificuldades para realizar AN*		Acompanhamento Nutricional das crianças nas famílias do Programa Bolsa Família					
		Sim		Não		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nenhuma							
	Sim	113	83,7	20	31,7	133	67,2
	Não	22	16,3	43	68,3	65	32,8
Levar criança ao posto							
	Sim	14	10,4	7	11,1	21	10,6
	Não	121	89,6	56	88,9	177	89,4
Falta de interesse							
	Sim	1	0,7	2	3,2	3	1,5
	Não	134	99,3	61	96,8	195	98,5
Não sabia sobre o AN							
	Sim	3	2,2	20	3,2	23	11,6
	Não	132	97,8	43	68,3	175	88,4
Não soube a data do AN							
	Sim	0	0,0	4	6,3	4	2,0
	Não	135	100,0	59	93,7	194	98,0
Dificuldade de acesso							
	Sim	5	3,7	2	3,2	7	3,5
	Não	130	96,3	61	96,8	191	96,5
Outras							
	Sim	4	3,0	9	14,3	13	6,6
	Não	131	97,0	54	85,7	185	93,4
Total		135	100	63	100	198	100

*AN: Acompanhamento nutricional

Em análise qualitativa realizada com responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF também foram relatadas diversas dificuldades enfrentadas para o cumprimento das condicionalidades do programa, com destaque para problemas de transporte (distância e custo) e para o acesso aos serviços de saúde (IBASE, 2008).

A partir dos questionários aplicados com os responsáveis legais, foram relacionados alguns fatores que podem influenciar a vigilância nutricional nos municípios com alto ou baixo AN (tabela 6). Percebe-se que nos municípios com alto acompanhamento nutricional em 85,7% dos casos as crianças haviam realizado o AN no segundo semestre de 2009.

Em relação à Tabela 6 vale destacar que, nos dois casos (municípios com alto e baixo acompanhamento nutricional), a maioria dos responsáveis havia recebido visita da equipe da ESF no 2º semestre de 2009. Porém, nos municípios com alto acompanhamento nutricional, quase 100% havia recebido visita do ACS no 2º semestre. Além disso, nos municípios com alto acompanhamento nutricional, mais de 60% dos entrevistados receberam cinco ou mais visitas, enquanto nos municípios com baixo acompanhamento apenas 34%. Esse dado demonstra a importância das visitas constantes, e não pontuais, da ESF para a realização adequada do acompanhamento nutricional das crianças.

Tabela 6: Fatores relacionados ao acompanhamento nutricional no município: acompanhamento nutricional das crianças por residência, visita da equipe da Estratégia Saúde da Família, número de visitas da equipe da Estratégia Saúde da Família no 2º semestre de 2009. Brasil, 2010.

	Acompanhamento Nutricional no Município					
	Alto		Baixo		Total	
	n	%	n	%	n	%
AN das crianças por residência						
Criança com AN	83	85,7	52	52	135	68,7
Crianças sem AN	15	15	48	48	63	31,8
Houve visita da equipe ESF						
Nunca houve visita	5	5	6	6	11	5,6
Houve no 2º sem 2009	90	97	80	85	170	91
Não houve no 2º sem 2009	2	2	12	13	14	7,5
Não soube responder	1	1	2	2	3	1,5
Número de visitas da equipe ESF no 2º semestre de 2009						
Nenhuma	8	8,2	18	18	26	13,1
Uma ou duas	8	8,2	28	28	36	18,2
Três ou quatro	19	19,4	15	15	34	17,2
Cinco ou mais	59	60,2	34	34	93	47
Não soube responder	4	4,1	5	5	9	4,
Total	98	100	100	100	198	100

*AN: Acompanhamento nutricional

de sete anos, sendo que 133 residiam em
n municípios com baixo acompanhamento
nutricional e 68% do total das crianças havia realizado o acompanhamento nutricional no segundo
semestre de 2009.

Vale acrescentar que do total de crianças com registro de peso e altura, 63% residiam em municípios com alto acompanhamento nutricional e apenas 24% em municípios com baixo acompanhamento nutricional.

Foram observados os Cartões da Criança de 85% dos indivíduos para verificar o registro do acompanhamento nutricional no segundo semestre de 2009 e se as vacinas estavam em dia. Havia registro de peso e altura nos cartões de apenas 32,5% e 94% das crianças estavam com a vacina em dia. Os demais cartões (15%) não foram localizados pelos responsáveis, o que é demasiadamente grave, pois o cartão da criança é o instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a não localização do cartão é indício de que a criança não está tendo acompanhamento adequado ou que o registro não está sendo realizado.

Tabela 7: Anotações no Cartão da Criança referentes ao registro de peso e altura no segundo semestre de 2009 e vacina em dia no segundo semestre de 2009, segundo situação de acompanhamento nutricional dos municípios investigados, Brasil, 2010.

	Acompanhamento Nutricional no Município					
	Alto		Baixo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Registro de peso e altura						
Sim	29	26,4	45	38,1	74	32,5
Não	81	73,6	73	61,9	154	67,5
Vacina em dia						
Sim	103	93,6	111	94,1	214	93,9
Não	7	6,4	7	5,9	14	6,1
Total	110	100	118	100	228	100

Aparentemente não houve diferença entre os municípios com baixo e alto acompanhamento nutricional em relação ao número de crianças que apresentaram as vacinas em dia no cartão da criança, pois ambos eram altos e apresentavam valores próximos a 94%. Porém, no que se refere ao registro de peso e altura no segundo semestre de 2009, os municípios com baixo acompanhamento nutricional apresentaram maior percentual de registro (38,1%) do que os municípios com alto acompanhamento nutricional (26,4%). Esse dado demonstra que, possivelmente, as crianças estão sendo pesadas e medidas nos municípios com alto AN, porém, as anotações no cartão da criança não estão sendo feitas de maneira adequada.

Dois fatores podem contribuir para que a participação no PBF amplie a cobertura vacinal das crianças. O primeiro é que, sendo uma das condicionalidades do programa, os responsáveis

tenham mais atenção em manter as vacinas em dia e o segundo é que pode haver alteração na expectativa dos participantes em relação ao acesso ao Sistema Único de Saúde. Porém, avaliação do PBF, publicada pelo MDS em 2005, concluiu que, comparando o acompanhamento vacinal de crianças participantes do PBF, com crianças que recebem outro tipo de benefício e crianças que não recebem nenhum benefício, o programa não tem se mostrado eficiente no sentido de garantir o cumprimento dessa condicionalidade, pois as diferenças na proporção de crianças vacinadas são desfavoráveis tanto para as crianças participantes de outros programas quanto em relação às que não participam de nenhum programa. Para justificar essa diferença negativa, os autores referem que os beneficiários do PBF podem residir em áreas de menor densidade e, portanto ter mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2007). A presente pesquisa estudou apenas residências urbanas, não sendo possível verificar esse tipo de dificuldade.

5.2.2. Entrevistas com os gestores do BFS

5.2.2.1. Dificuldades para a realização do AN das crianças do PBF

As dificuldades descritas pelos gestores do BFS se assemelharam muito em cidades com baixa e alta taxa de acompanhamento nutricional (TAN). Foi descrito pelos gestores do BFS entrevistados, que os atores envolvidos com o acompanhamento das condicionalidades de saúde são a equipe da ESF, principalmente o ACS, os digitadores e o coordenador, que geralmente é um profissional da área da saúde.

As dificuldades foram categorizadas em dificuldades com a equipe, com o sistema ou acesso à internet, insuficiência de equipamentos para aferir medidas antropométricas e cadastros desatualizados.

Uma das dificuldades encontradas quanto à equipe, principalmente para a equipe do PSF e digitadores, que executam o acompanhamento na prática, é a falta de treinamento para a busca ativa, para aferição das medidas antropométricas, para a entrada dos dados no sistema e todas as outras atividades pertinentes ao BFS. A Portaria Interministerial 2.509 de 18 de novembro de 2004, publicada pelo MDS e MS, define as atribuições e normas a serem seguidas por cada setor para o

acompanhamento das condicionalidades de saúde. Entre as atribuições das Secretarias Municipais de Saúde, encontram-se (i) implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional, que proverá as informações sobre o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e (ii) coordenar o processo de inserção e atualização das informações de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família nos aplicativos da Vigilância Alimentar e Nutricional. Porém, segundo alguns autores, o acompanhamento das condicionalidades foi imposto ao SUS sem que houvesse treinamento para a implantação e também ao ritmo acelerado no aumento da cobertura do programa, que iniciou em 2003 com 3,6 milhões de famílias e em 2009 já atendia a 12,4 milhões (MONERAT, 2010). Pesquisa que realizou uma análise do IGD a partir do indicador de condicionalidade de saúde de todos os municípios brasileiros sugeriu que as informações referentes ao cumprimento das condicionalidades não têm sido registradas adequadamente e ressaltou a necessidade da capacitação dos atores municipais para que isso ocorra (ESTRELLA, 2008). As frases abaixo retratam bem falta de capacitação vivenciada pelos gestores entrevistados.

“Foi aprendido na prática. Por que houve treinamento só na parte de gestão por que na saúde foi na prática... A saúde em geral não foi capacitada pra isso.”
(Município alta TAN)

“Não teve (treinamento). Isso é uma coisa que a gente tem sentido muita falta... Foi muito pontual hoje mudou bastante o próprio sistema, as informações a serem coletadas, então isso ainda a gente tem um déficit muito grande disso... Pra a saúde nunca teve essa conversa, tanto é que tem dúvida ainda do que você considera acompanhado, não acompanhado, sabe, ainda não tem muita clareza disso... as nomenclaturas, o que significa...” (Município baixa TAN)

A política atualmente adotada pelo MS visa à reorganização do modelo de atenção à saúde por meio da ampliação e qualificação da atenção básica. Dessa maneira, há ênfase na relevância da implementação da ESF, consolidando o trabalho das equipes nos municípios pequenos e médios avançando para as grandes regiões metropolitanas (TEIXEIRA, 2004).

A falta de tempo dos ACS que precisam conciliar a busca ativa e demais atividades relacionadas ao BFS com outras demandas da área da saúde também foi outra questão levantada como um problema enfrentado para realização do acompanhamento nutricional. Observa-se no cotidiano que expectativas de várias naturezas são depositadas no ACS como: observação, identificação, iniciativa, busca e difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade e postura profissional equilibrada. Além disso, o ACS tem que lidar com demandas de saúde mental, de atendimento odontológico, de fisioterapia e reabilitação, de pacientes acamados e seus cuidadores, aquelas conseqüentes da violência urbana e familiar, as ambientais: lixo, ratos, enchentes e dengue entre outras (MARTINES, 2007). A fala descrita abaixo exemplifica essa realidade.

“E também não dá prioridade somente para o Bolsa, mas para o sistema geral, por exemplo, eles estão aí, mas estão em alerta também pra a dengue... (Município alta TAN)”

O excesso de demandas dos ACS muitas vezes está também relacionado ao número inadequado de profissionais ou de equipes e isso se repete nas demais áreas responsáveis pelo acompanhamento da condicionalidade de saúde, como na operação do sistema. Durante as entrevistas os gestores ressaltaram a falta de pessoal nas equipes, tanto para o acompanhamento das famílias e busca ativa, quanto para a alimentação do banco de dados do BFS. Para suprir essa lacuna, muitas vezes profissionais de uma especialização são deslocados para realizar trabalhos de outra área, causando insatisfação e excesso de demandas.

“E eu acho que nos postos de saúde falta pessoal, e também na área de visita por que às vezes a gente não sabe, às vezes a criança aparece com risco nutricional e você não sabe o que está acontecendo lá na ponta, se essa criança está passando fome, por que ela está em risco nutricional.” (Município alta TAN)”

“Não tem nenhum profissional de informática, só eu... Eu faço a digitação sozinha, é lógico que não é adequado. Eu sou nutricionista, né? Estou deixando de atender”

outra demanda que seria dos pacientes pra fazer uma coisa que não tem nada a ver com a minha profissão...” (Município alta TAN)

Mesmo antes da unificação dos programas de transferência de renda já havia falta de profissionais e sobrecarga dos que trabalhavam para realizar o acompanhamento e cadastramento dos responsáveis legais pelo recebimento do benefício do programas de governo. Uma análise dos programas de transferência de renda do Brasil (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação) indicou que a equipe de saúde não foi reforçada para realizar o acompanhamento dos responsáveis legais pelo recebimento do benefício dos programas, sobrecarregando a equipe da ESF, primordialmente, o ACS (PASQUIM, 2007).

Além da falta de profissionais para o acompanhamento e a digitação, alguns gestores ressaltaram que não há nutricionistas compondo as equipes para orientar e realizar o acompanhamento nutricional. De acordo com a lei 8.234/91 (BRASIL, 1991), que regulamenta a profissão do nutricionista, é obrigatória a participação desse profissional em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, porém, isso não tem ocorrido nas equipes de gestão do BFS. Abaixo estão descritas partes dos discursos de alguns gestores que externaram a necessidade de haver nutricionista participando das ações do BFS.

“É uma coisa que a gente tem falado bastante... não necessariamente uma nutricionista por unidade, por que a gente tem várias... mas o que a gente sempre tem feito a discussão é de ter nutricionista pra algumas unidades, pra poder fazer tanto esse trabalho capacitando os profissionais, mas também com os usuários...”
(Município baixa TAN)

“Sinto falta das nutricionistas nas casas de saúde, nos PSF, pra poder atender, fazer a busca ativa... então ter uma nutricionista em cada PSF seria uma solução.”
(Município baixa TAN)

Uma das maneiras de alcançar a participação de nutricionistas no acompanhamento nutricional das crianças do PBF seria a inserção desse profissional nas equipes da ESF. A competência do nutricionista para integrar essas equipes está estabelecida em sua formação acadêmica, que o instrumentaliza para a realização de diagnóstico nutricional da população (ASSIS, 2002). Além do exposto, a portaria interministerial nº 2.509 (BRASIL, 2004d), de 18 de novembro de 2004 que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das condicionalidades de saúde do PBF, em seu artigo 2º, afirma que o coordenador do acompanhamento da saúde dos beneficiários do PBF deve ser, preferencialmente, um nutricionista.

Quanto às dificuldades em relação ao sistema, as descrições variaram entre dificuldades com o acesso à internet, com a operacionalização do BFS e falta de equipamentos de informática. Os gestores referiram que já fizeram a entrada de dados no sistema em sua residência e com a ajuda de parentes devido à dificuldade de acesso à internet e a indisponibilidade de computadores. Os relatos descritos corroboram com os resultados apontados por uma pesquisa que objetivou analisar a gestão descentralizada do PBF e concluiu que uma das principais dificuldades dos municípios é a insuficiência de recursos humanos e a dificuldade para a operação dos sistemas computacionais (BRASIL, 2007b).

“Não há (computadores suficientes), está sendo um problema, está sendo feito pela assistência. A gente faz o acompanhamento e aí encaminha para a assistência social e eles alimentam o sistema pra a gente.” (Município baixa TAN)

“...o sistema do Ministério da Saúde é lento, mas não tem problema com a internet. O acesso ao sistema é lento, muito congestionado. Toda hora cai, não processa, fica muito tempo processando, toda hora tem que entrar com a senha...” (Município alta TAN)

Porém, em relação ao sistema, as opiniões foram controversas, pois, diferentemente da fala descrita acima, dois gestores entrevistados referiram ter percebido melhorias no BFS.

“E pelo que eu tenho visto, o próprio sistema do BF tem melhorado.” (Município baixa TAN)

“... às vezes a linha caía, ou estava congestionado demais... Agora com o sistema on line, em qualquer lugar eu posso conseguir.” (Município alta TAN)

De acordo com alguns gestores, o ideal para solucionar o problema de alimentação do sistema, tanto no que se refere à falta de pessoal para alimentar o banco de dados, quanto à falta de computadores, seria equipar os centros de saúde, com computadores e internet, para que a própria equipe insira os dados. De acordo com um dos gestores essa situação ideal possibilitaria e estimularia a utilização dos dados do BFS pelas equipes.

“O ideal seria que tivesse um computador em cada unidade, por que as pessoas já mandavam tudo direto pra o ministério, não precisava vir como vem pra cá, por que vem pra cá a gente tem que digitar, então o ideal seria tudo direto... Era meu sonho colocar computador e internet nas unidades básicas.” (Município alta TAN)

“Aí eles vão ter também, vão se apropriar do que eles estão digitando, vão poder tirar relatório daquilo, eles vão estar vendo o serviço deles, estar vendo o retorno, hoje não. Então dá pra você tirar, pra você montar programas projetos em cima dessa população, então seria bem mais interessante.” (Município baixa TAN)

A escassez e inadequação do número de equipamentos para aferir as medidas antropométricas das crianças é outra dificuldade referida pelos gestores. Quando questionados sobre a quantidade e qualidade dos equipamentos os gestores referiram mal estado de conservação, número insuficiente, má qualidade de alguns equipamentos adquiridos e dificuldade para fazer manutenção, pois dependem de outros municípios para realizar a assistência técnica.

“Sinceridade? Não. Olha aí, ó... é essa a balança (aponta para balança no canto da sala em mau estado de conservação). E tem pior... Que é aquela balancinha

doméstica mesmo... As outras unidades estão iguais ou pior... A gente também acaba não tendo culpa por que é a estrutura que se tem que trabalhar... Pelo menos uma noção a gente vai ter, e dá pra saber o que tá acontecendo... (Município alta TAN)

A falta de esclarecimento e compromisso dos participantes do Programa também foi relatada como um empecilho para o pleno acompanhamento nutricional das crianças. Alguns gestores consideram que muitas famílias são acomodadas e só procuram cumprir as condicionalidades no último dia e outras se recusam a receber os agentes comunitários de saúde por que acreditam que o benefício é cortado por causa das visitas. Esse aspecto foi observado em campo: em um dos municípios visitados foi necessário dispensar a companhia dos agentes de saúde para entrar em algumas residências, pois estes não eram bem recebidos. A fala de um dos gestores exemplifica a dificuldade em relação à falta de compromisso dos participantes do Programa:

“Até no último dia, na última hora. No último dia, às cinco da tarde chega um batalhão de gente aqui ‘eu não sabia, eu não sabia’.” (Município alta TAN)

5.2.2.2. Estratégias para a realização do AN das crianças do PBF

A principal estratégia utilizada para realizar o acompanhamento nutricional das crianças do PBF é a busca ativa. Os gestores entrevistados referiram que o principal meio utilizado para encontrar e convocar as famílias são as visitas dos ACS. Pesquisa qualitativa realizada com pessoas vinculadas à Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde e profissionais de saúde ligados a gestão das condicionalidades no município de Niterói – Rio de Janeiro, ressalta que o modelo assistencial baseado no vínculo com as famílias, como é o caso da ESF, apresenta condições mais favoráveis ao acompanhamento das condicionalidades do que o modelo chamado convencional (MONERAT, 2010).

Outras estratégias utilizadas são a chamada por carro de som, anúncio na rádio, cartas, cartazes e ligações telefônicas. Foi observado que os municípios com alta TAN geralmente utilizam

várias estratégias concomitantemente, enquanto os municípios com baixa TAN fazem apenas a busca ativa com os ACS ou com cartazes nos postos de saúde.

“Juntamente com os mapas a gente encaminha as cartinhas endereçando todas as famílias beneficiárias, nominal, e além do nome da responsável legal, tem o nome de todos os componentes que tem que tá pesando também... Isso, além de tá fazendo propaganda na rádio, o prefeito tem um programa toda quinta-feira que fala também... A gente faz esses panfletinhos pequenininhos, a gente mesmo faz, distribui, coloca cartazes em todos os órgãos públicos, às vezes em alguns comércios que são mais movimentados, na lotérica também, por que é lá que os beneficiários recebem e, por exemplo, às vezes o agente não encontra a família, aí essas famílias que não são encontradas a gente dá uma nova oportunidade para os agentes estarem indo atrás novamente, mesmo que eles já tenham entregado os mapas. Aí a gente liga também. Quando a gente encontra o pessoal por telefone a gente avisa que se não for o benefício vai ser cancelado.”
(Município alta TAN)

“A busca ativa a gente faz, primeiro é chamada pelos agentes de saúde, depois a gente vai colocar a listas dos faltosos em determinados locais da cidade, no CS, na ação social, nas escolas, onde tem mais fluxo de gente, e depois a gente ainda tem aqui, no interior, uma Kombi que passa com uma caixa de som bem grande, ele chama ‘atenção beneficiários’ no auto falante ‘atenção beneficiários do BF que ainda não fez a pesagem’... E agora a pouco tempo a gente tá com a rádio...”
(Município alta TAN)

Além das estratégias descritas, alguns municípios realizam articulações com entidades para melhorar ou facilitar o acompanhamento nutricional das crianças. As parcerias relatadas são diversas assim como os objetivos como, por exemplo, utilizar o espaço das entidades para aferir as medidas antropométricas, realização de treinamento com a equipe e localizar as crianças não acompanhadas.

As entidades citadas como parceiras foram o Conselho Tutelar, o Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da universidade local, o Conselho Municipal de Saúde e a Pastoral da Criança.

Como uma das maiores dificuldades relatadas pelos gestores é a falta de capacitação, uma das principais estratégias é o treinamento. Foram relatadas capacitações realizadas pelos próprios enfermeiros e nutricionistas, participações em capacitações estaduais promovidas pelo MS, cursos *on line* disponibilizados pelo MDS. Porém, muitas vezes a capacitação é muito pontual, insuficiente e até inadequada, ou realizada apenas com um pequeno número de envolvidos.

“A gente tem feito umas discussões nas unidades em nível de distrito com as unidades para melhorar todo esse preenchimento, tentar entender melhor esse processo, é isso que tem sido feito. Mas do município como um todo não, fica muito individualizado.” (Município baixa TAN)

“Ah, teve os cursinhos on line, que o próprio BF disponibiliza. Sempre que tem, a gente faz, o gestor, a técnica e a outra assistente social fizeram. Mas ninguém da saúde fez. O gestor é muito insistente, ligou várias vezes para o pessoal do PSF fazer...” (Município Alta TAN)

5.2.2.3. Dificuldades e estratégias para a implantação

Os gestores foram questionados em relação às dificuldades específicas enfrentadas no início do acompanhamento nutricional das crianças, realizado inicialmente através do SISVAN – módulo Bolsa Família. Os atores que haviam participado do processo de implantação referiram dificuldades e estratégias bastante semelhantes às enfrentadas atualmente, como a falta de capacitação das equipes, resistências dos ACS em realizar a busca ativa e aferição das medidas antropométricas e dificuldade em conscientizar as famílias sobre a importância das condicionalidades.

“No início houve muita dificuldade por que a adesão era muito baixa, dos agentes de saúde...” (Município alta TAN)

“A principal dificuldade foi conscientizar as famílias pra cumprirem as condicionalidades e capacitar os profissionais...” (Município baixa TAN)

“Eles mandaram o relatório e a gente enviou para as unidades e disse ‘a gente precisa disso até tal data’, e aí foi aquela correria... Não houve treinamento pra a implantação, foi mais no dia a dia mesmo, a gente aprendeu meio que na luta ali... O desconhecimento do sistema e aquela coisa do significado, do não acompanhado... ele pode ser que cumpre ou não cumpre... acho que isso era uma dificuldade grande desse entendimento.” (Município baixa TAN)

“A responsável pela assistência, me dava um bloco desse e pronto. Mas eu não sabia exatamente o que era, eu pensei que ‘quem foi, foi e quem não foi, não foi’... Aí depois a gente foi buscar, eu liguei pra saber... Aí a gente começou a fazer, tentando”. (Município alta TAN)

A falta de treinamento durante a implantação possivelmente influencia até os dias atuais a gestão do programa. De acordo com pesquisa realizada sobre a gestão descentralizada do PBF, uma das principais dificuldades enfrentadas pelos municípios é baixa qualificação da equipe técnica (BRASIL, 2007b).

Um dos gestores entrevistados relatou que, durante a implantação do sistema, o gestor do PBF de um município próximo participou de um treinamento do MS para aprender como operar o sistema e realizar o acompanhamento nutricional de maneira adequada e em seguida ofereceu um curso aos gestores dos municípios que não haviam participado do treinamento. Porém, para participar do curso foi cobrado determinado valor em dinheiro.

“A gente ligava para outros municípios que já sabiam e buscava informações. A assistente social do BF e as digitadoras passaram um dia todo em um município próximo daqui para aprender a usar o sistema. O gestor do município deu uma capacitação, mas foi paga. Havia baixo índice de informação. Não houve uma

capacitação verdadeira por que o que houve não foi uma capacitação... (Município alta TAN)

Diferentemente dos relatos acima descritos sobre a falta de capacitação, alguns municípios referiram ter participado de capacitações que por vezes era oferecida pelo MS e outras pela própria nutricionista do município.

“Houve treinamento para a implantação, quem realizou foi o ministério (MS) e a divisão de nutrição do estado. (Município Alta TAN)

“A capacitação foi feita bem no começo, foi feita por mim (nutricionista), e depois toda vez que foi trocada a equipe de saúde a gente fazia visitas e passava pra eles o que devia fazer. E também o ministério mandou bastante material pra eles, então... Foi capacitado pelo menos um profissional de cada unidade” (Município alta TAN)

Além das capacitações, outras estratégias utilizadas para a implantação do acompanhamento nutricional das crianças foram a conscientização dos ACS e a realização de palestras e atendimento individualizado com os participantes do programa para aumentar a adesão e participação.

“Aí a gente começou a fazer uma parceria, comecei a conversar com eles (ACS), ‘a gente não está aqui por acaso, a gente está aqui pra fazer alguma coisa’...” (Município alta TAN)

“Fiz palestrinhas de educação alimentar, e aí começou a atrair as pessoas, aí comecei a fazer também atendimento individual, isso começou a chamar o povo... (Município alta TAN)

5.2.2.4. Integração entre o setor Saúde e Assistência Social

Os gestores do BFS foram questionados sobre a integração e relação entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social no que se refere à união de esforços para aumentar o acompanhamento nutricional das crianças. Foram descritas três situações para essa relação: na primeira, e mais comum, não há relação ou se estabelece apenas relação pontual; na segunda há boa relação entre as secretarias e essas trabalham em conjunto e na terceira a relação estabelecida é conflituosa, e de cobrança.

“Não há integração entre as secretarias. Os funcionários e a secretária de saúde não ficam nem sabendo. A integração é da assistência social diretamente com o PSF.” (Município alta TAN)

“Na verdade acho que hoje a gente está construindo melhor essa relação, mas sempre ficou muito saúde de um lado, assistência do outro. Já tem um contato, mas eram contatos pontuais ‘ah, mudou alguma informação lá no sistema’... então eles vêm e passam essas coisas, mas ainda é separado, não tem um trabalho.” (Município baixa TAN)

“A gente tem o Comitê Gestor que é composto pela nutricionista que sou eu, pela assistente social, o prefeito, e o secretário da saúde. Tem reuniões de 4 em 4 meses, ou de 6 em 6. Nas reuniões passamos os relatórios, falamos das necessidades, se está faltando balança.” (Município alta TAN)

“Não, não há. Há integração assim, quando está atrasado, ela vem e cobra da gente... ‘e aí, como é que tá? Tá em dia? Não tá? Eu penso que seria um conjunto, cada um com a sua função, cada um com seu poder de colaboração... era difícil trabalhar por que ela (assistente social) impunha como se fosse uma coisa que ela quer e eu tenho que fazer, quando na verdade, nós precisamos fazer.” (Município alta TAN)

Segundo o art. 14 do Decreto nº 5.209, de 2004 (BRASIL, 2004c) o setor saúde tem participação na coordenação do PBF e, juntamente com os representantes da educação, assistência social e segurança alimentar, é responsável pelas ações do programa, porém estudo demonstrou que o PBF é considerado por parte dos profissionais da saúde como um programa externo à saúde e não como um programa intersetorial. Isso porque a gestão do programa geralmente é feita no âmbito da Secretaria de Assistência Social e sem a participação do setor saúde e esse é um fator que dificulta a intersetorialidade sugerida na formulação do programa (MONERAT, 2010).

Alguns gestores ressaltaram a importância da relação e necessidade de mudança para maior integração entre as secretarias, para um trabalho intersetorial.

“E aí nesse seminário a gente sacou, não dá pra fazer sozinho, a assistência tem várias formas de nos ajudar a chegar a essas famílias, como a educação, então a gente viu a importância dessa intersetorialidade.” (Município baixa TAN)

5.2.2.5. Utilização do repasse financeiro do Índice de Gestão Descentralizada

O repasse financeiro do IGD em geral não é utilizado para a melhoria do acompanhamento nutricional das crianças do PBF. Na maioria dos casos o planejamento da utilização desse recurso é feito pela secretaria de assistência social que algumas vezes conta com participação do Conselho, do Comitê Gestor ou de órgãos da prefeitura e mesmo assim o acompanhamento nutricional permanece sem ser contemplado, causando algumas vezes desentendimento entre as secretarias.

“O recurso do IGD eles (assistência social) não passam pra a saúde de jeito nenhum. Eles seguram o IGD com unhas e dentes.” (Município baixa TAN)

“Eu lembro que no meio de uma vigência os agentes falaram ‘a gente não vai mais atrás de ninguém, por que eles (SAS) recebem o dinheiro e fica todinho pra eles’... Eu não sei o que fizeram do IGD... falavam ‘que isso não tá certo que a saúde não

contribui, que a saúde não sei o que', quando estava ruim... Depois a gente conseguiu um resultado excelente de acompanhamento. Então depois a gente conseguiu e cadê o dinheiro do IGD?" (Município alta TAN)

Por outro lado, foram descritos alguns casos em que há utilização conjunta dos recursos do IGD, porém foi referido que a saúde recebe apenas uma pequena parte, quando consegue essa participação.

"O planejamento é na prefeitura, entre a assistência social e a prefeitura, não é o comitê gestor, sempre vem pouquinho, mas vem muito pouco pra a saúde."
(Município alta TAN)

Em cada município os gestores da saúde descreveram em que são empregados os recursos do IGD. Alguns referiram que os recursos foram em geral utilizados para compra de computadores (para a saúde, educação e assistência social), estruturação do escritório do Conselho do PBF, divulgação de reuniões do programa, propaganda volante, impressão de material didático sobre o PBF, pagamento de funcionários, compra de balanças, aquecedor para sala de pesagem e compra de materiais para cursos oferecidos aos responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF. Em pesquisa realizada pelo MDS foram encontrados resultados semelhantes. O estudo descreveu que os recursos do IGD foram utilizados principalmente na aquisição de computadores, material de consumo, melhoria do local de atendimentos, aquisição de móveis, capacitação e contratação de recursos humanos. Porém, não foram relatados investimentos específicos na melhoria da vigilância nutricional das crianças do programa (BRASIL, 2007b).

5.2.2.6. Conselho de Controle Social do PBF

De acordo com a Lei 10.836 que cria o PBF (BRASIL, 2004b), a gestão do programa é pública devendo haver intersectorialidade, participação comunitária e controle social. Uma dos objetivos mais importantes da gestão municipal do PBF é a constituição e apoio da instância de

controle social ou a delegação dessa função para um conselho/comitê paritário entre o governo e sociedade (BRASIL, 2004c).

Em relação ao funcionamento do Conselho de Controle Social do PBF, foram descritas duas situações distintas, na primeira foi relatado o bom funcionamento do conselho e na segunda, e mais freqüente, o total desconhecimento dos gestores da saúde em relação a essas instâncias. Vale ressaltar ainda que em alguns casos foi relatada a baixa colaboração da sociedade civil nos conselhos.

“O Conselho de Controle Social é o mesmo Conselho Municipal de Assistência Social. Fazemos reuniões mensais ordinárias e extraordinárias quando necessário... Há muita falta de interesse da população em participar. Muitas pessoas da população não sabem o que é o controle social.” (Município alta TAN)

“Não tenho conhecimento... se tem talvez fique mais na assistência, mas a gente de fato, eu acho que não tem não...” (Município baixa TAN)

De acordo com o decreto 5.209 (BRASIL, 2004c), o controle social deve ser exercido por um conselho intersetorial, havendo participação de representantes da assistência social, da saúde, da educação, da segurança alimentar, e da criança e do adolescente, porém, na maioria dos municípios visitados, no que se refere à saúde, isso não era a realidade.

As dificuldades no funcionamento e empoderamento das instâncias de controle social foram observadas também em outros programas. Pesquisa qualitativa, realizada com gestores de programas antecedentes ao PBF, entre eles o Bolsa Escola, que também previa a instituição dessa instância, revelou que o controle social do mesmo não se efetivou, pois os conselhos eram precários ou não tinham qualificação para essa função (SANTOS, 2011).

O PBF foi idealizado como uma política social com gestão participativa e democrática, para tanto, a criação dos comitês gestores municipais, deveria ser um dos principais elementos dessa estratégia (SANTANA, 2007). Porém, muito ainda precisa ser feito para o efetivo funcionamento desses conselhos e, principalmente, para a concretização da participação social de maneira eficiente e comprometida para que essas instâncias possam, entre outras funções, desempenhar o importante

papel de promover o cumprimento das condicionalidades, entre elas o acompanhamento nutricional das crianças.

6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O Bolsa Família na Saúde desempenha papel fundamental no monitoramento da situação alimentar e nutricional de crianças brasileiras que se encontram em situação de vulnerabilidade. O fortalecimento das ações de acompanhamento nutricional em nível municipal deve se dar com a participação dos estados e do governo federal, pois todas as esferas são co-responsáveis pela implantação e pleno funcionamento do BFS.

A importância da ESF no acompanhamento nutricional das crianças do PBF foi diversas vezes ressaltada no presente estudo. Além da responsabilidade de realizar a busca ativa e fazer o registro, a equipe, primordialmente o ACS, tem o importante papel de identificar as crianças em situação de vulnerabilidade para que seja realizado um acompanhamento mais eficiente com as famílias em situação de insegurança alimentar. O treinamento de toda a equipe envolvida no acompanhamento e registro dos dados do BFS é essencial para aumentar a cobertura e a confiabilidade dos dados disponibilizados.

Durante a pesquisa de campo, verificou-se que os municípios não têm realizado de fato a vigilância nutricional das crianças do PBF, mas apenas restringem-se ao registro de peso e altura e, na maioria das vezes, com dificuldade. Mesmo as crianças com excesso de peso ou baixo peso, não têm sido identificadas e encaminhadas para intervenção visando a alteração do quadro de risco nutricional. Para mudar essa situação, é necessário investir na inserção de nutricionistas como gestores do BFS ou como parte da equipe ESF, pois, a partir de sua formação profissional, esse profissional é capacitado para realizar as intervenções necessárias para a capacitação da equipe, aumento da cobertura da BFS, diagnóstico e intervenção nutricional entre outras ações indispensáveis ao pleno acompanhamento nutricional das crianças do PBF.

A partir da análise dos dados secundários, é possível concluir que nem todas as crianças que foram localizadas e vacinadas tiveram suas medidas antropométricas aferidas, pois o percentual de crianças que realizaram o acompanhamento da saúde é consideravelmente maior do que o percentual de acompanhamento nutricional. Isso indica que não há interação entre o BFS e as demais atividades dos serviços de saúde. A interação entre as diversas atividades da saúde, como vacinas, consultas, e o BFS facilitaria o acompanhamento nutricional e aumentaria consideravelmente

a cobertura, portanto, pode ser uma estratégia viável para aumentar o acompanhamento nutricional das crianças do PBF.

O interesse em alcançar o alto acompanhamento das condicionalidades do PBF de modo geral, deve ser de todas as esferas municipais envolvidas, saúde, educação e assistência social, não somente porque isso resulta em maior montante de recursos do IGD, mas por que facilita a gestão do programa, o que é de interesse de todos. Vale ressaltar que não foi observada, em nenhum município visitado, a interação da assistência social, saúde e educação para a localização e acompanhamento das crianças do PBF. Apesar do interesse comum, cada área tem desempenhado sua função separadamente, ou com contatos pontuais, o que não favorece o cumprimento das condicionalidades. A interação facilitaria a localização das crianças, pois as que não foram localizadas para realizar o acompanhamento da saúde, provavelmente devido à desatualização do Cadastro Único, possivelmente estão freqüentando a escola, o que possibilitaria a sua localização e acompanhamento.

Por fim, é importante observar que um dos problemas enfrentados para a realização do acompanhamento nutricional é a falta de recursos, visto que o valor repassado pelo IGD na maioria dos municípios, não é compartilhado com a saúde nem é aplicado com essa finalidade. A compra de novos equipamentos para aferir as medidas antropométricas com precisão, a realização de atividades e divulgação sobre o acompanhamento nutricional para a conscientização da população, a compra de material para treinamento dos ACS, a contratação de digitadores, entre outras demandas percebidas seriam supridas se houvesse um recurso disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a gestão das condicionalidades de saúde do PBF. A transferência de renda com montante calculado a partir do cumprimento das condicionalidades de saúde, além de fomentar as mudanças necessárias, seria um estímulo para a gestão municipal aumentar e melhorar a oferta dos serviços de saúde, visto que os recursos nessa área são escassos, possibilitando o acompanhamento nutricional pleno das crianças inscritas no PBF e a integralidade dos serviços de saúde proposta pelo SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>>. Acesso em: 12 set. 2009.
2. BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)**. Rio de Janeiro, 1975.
3. _____. **Lei n. 8.234, de 17 de setembro de 1991**. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Publicada Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 18 setembro 1991.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 19 out. 2010.
5. _____. **Medida Provisória n. 132, de 20 de outubro de 2003**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 21 outubro 2003a.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. Brasília, 2003b.
7. _____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2011.
8. _____. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 12 janeiro 2004b.
9. _____. **Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 20 setembro 2004c.
10. _____. Ministério da Saúde. 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. **Portaria Interministerial n. 2.509, 20 de novembro de 2004**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 21 novembro 2004d.
11. _____. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Princípios e Diretrizes de uma política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2004e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/Outros/LivroConsea_DocumentoReferencia.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2009.
12. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate: A importância do Bolsa Família nos municípios brasileiros, n. 1**. Brasília, 2005a.

13. _____. Ministério da Saúde. Aprova os instrumentos necessários à formalização da adesão dos municípios ao Programa Bolsa Família, à designação dos gestores municipais do Programa e à informação sobre sua instância local de controle social, e define o procedimento de adesão dos entes locais ao referido Programa, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Portaria n. 246, de 20 de maio de 2005**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 21 maio 2005b.
14. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. **Portaria n. 148, de 27 de abril de 2006**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 27 abril 2006a.
15. _____. **Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 18 setembro 2006b.
16. _____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004: Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro, 2006c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/suplalimentar2004/supl_alimentar2004.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2009.
17. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde**. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 19 out. 2010.
18. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Análise da pesquisa sobre gestão descentralizada Programa Bolsa Família**. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/19248419/Pesquisa-Indice-de-Gestao-DescentralizadaIGD->>. Acesso em: 08 fev. 2011.
19. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Programa Bolsa Família no setor Saúde: acompanhamento das condicionalidades: Relatório das atividades do Ministério da Saúde sobre o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do Programa Bolsa Família – PBF em 2006**. Brasília, 2007c. Disponível em: www.saude.gov.br/nutricao. Acesso em: 10 ago. 2009.
20. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Avaliação e Monitoramento. **Primeiros resultados da análise da linha de base da pesquisa de avaliação de impacto do Programa Bolsa Família**. Brasília, 2007d. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/doc_africa_brazil/CEDEPLAR_AnaliseAvaliacaoPBF.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2011.
21. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família - PBF do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa - IGD. **Portaria n. 66, de 3 de março de 2008**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 04 março 2008a.
22. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. **Portaria n. 321, de 29 de**

- setembro de 2008.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 30 setembro 2008b.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006.** Brasília, 2009a. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/indicadores_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.
 24. _____. **Lei n. 12.058, de 13 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federados que recebem recursos do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, no exercício de 2009, com o objetivo de superar dificuldades financeiras emergenciais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 14 outubro 2009b.
 25. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Matriz de Informação Social.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/ferramentas/tipos-de-ferramentas/matriz-de-informacao-social>>. Acesso em: 09 set. 2009c.
 26. _____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2009: Segurança Alimentar.** Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.
 27. _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/tab.asp?TpAcao=0>>. Acesso em: 10 set. 2010b.
 28. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 10 set. 2010c.
 29. _____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.** Rio de Janeiro, 2010c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1>. Acesso em 17 mar. 2011.
 30. BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1441-1451, nov./dez. 2007.
 31. CASTRO, J. **Geografia da fome.** 9. ed. São Paulo: Urupês, 1965.
 32. CASTRO, I.R. **Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 108p. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/media/01-VAN.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2007.
 33. COUTINHO, J.G.; CARDOSO, A.J.C.; TORAL, N.; SILVA, A.C.F.; UBARANA, J.A.; AQUINO, K.K.N.C.; NILSON, E.A.F.; FAGUNDES, A.; VASCONCELOS, A.B. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n. 4, p. 688-699, dez. 2009.
 34. CUNHA, R. Transferência de renda com condicionalidade: a experiência do Programa Bolsa Família. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** Brasília, 2009, p. 133-156.
 35. ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L.M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 625-641, mai./jun. 2008.

36. FAGUNDES-ROMEIRO, A.A. **Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
37. FAO/UNICEF/WHO. Expert Committee. **Methodology of nutritional surveillance**. Geneva: World Health Organization, Technical Report Series, n. 593, 1976.
38. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Carta da Cidade de São Paulo**. São Paulo, 2003. Disponível em: <www.fbsan.org.br/declaracoes.htm>. Acesso em: 26 jul. 2009.
39. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - FBSAN. **Carta de Princípios**. [1998?] Disponível em: <www.fbsan.org.br/carta.htm>. Acesso em: 26 julho 2009.
40. GALEAZZI, M.A.M. **Segurança Alimentar e Cidadania**. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 1996.
41. INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS - IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibase.br/modules.php?name=Conteudo&pid=1070>>. Acesso em: 10 fev. 2009.
42. INSITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS – IPEA. **Radar Social Brasileiro**, 2006.
43. LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. Conditional Cash Transfers for Improving Uptake of Health Interventions in Low and Middle-Income Countries: a Systematic Review. **Journal of the American Medical Association**, v.298, n.16, p.1900-1910, out. 2007.
44. LINDERT, K.; LINDER, A.; HOBBS, J.; BRIÈRE, B. **The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context**. Social Protection Discussion Paper N. 0709. The World Bank, Washington, 2007. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPLABSOCPRO/Resources/BRBolsaFamiliaDiscussionPaper.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.
45. MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n. 3, p. 426-33, set. 2007.
46. MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
47. MONERAT, G.L. **Programa Bolsa Família e Saúde: reflexões acerca da implementação das condicionalidades do programa brasileiro de transferência de renda**. Disponível em: <http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/gisellemoneratProgramaBolsaFamiliaeSaudereflexoesacercadaimplementa.pdf>. Acesso em: 08 out. 2010
48. MONTEIRO, D.A.A.; FERREIRA, M.A.M.; TEIXEIRA, K.M.D. Determinantes da gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.214-226, 2009.
49. OLIVEIRA, A.M.H.C; ANDRADE, M.V.; RESENDE, A.C.C.; RODRIGUES, C.G.; SOUZA, L.R.; RIBAS, R.P. Primeiros Resultados da Análise da Linha de Base da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Avaliação**

- de políticas e programas do MDS: Resultados. Volume 2: Bolsa Família e Assistência Social.** Brasília, 2007, p.19-67. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-de-informacao-sagi/livros/avaliacao-de-politicas-e-programas-do-mds-resultados-volume-2/avaliacao-de-politicas-e-programas-do-mds-resultados-volume-2>. Acesso em: 20 nov. 2010.
50. PAIVA, V.F. **Programa Bolsa Família: uma avaliação das condicionalidades de saúde com famílias da Ceilândia/DF.** 2007. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
51. PASQUIM, E.M.; SANTOS, L.M.P. **Análise de programas de transferência de renda no Brasil sob a ótica e prática de atores federais e estaduais. Revista Saúde e Sociedade,** São Paulo, v.16, n.3, p.52-68, 2007.
52. PEREIRA, L.L.; SANTOS, L.M.P.; SOARES, M.D.; HENRIQUE, F.C.S.; GUADAGNIN, S.C.; SANTOS, S.M.C. **Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH.** Observatório do Programa Bolsa Família, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.undp-povertycentre.org/publications/mds/33M.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2009.
53. PINHEIRO, A.R.O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 29, n.70, p.125-139, mai./ago., 2005.
54. SANTANA, J.A. **A evolução dos programas de transferência de renda e o Programa Bolsa Família.** Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <www.renda.nepp.unicamp.br/sistema/files/Brasil/abep_1019.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2010.
55. SANTOS, L.M.P.; PASQUIM, E.M.; SANTOS, S.M.C. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** (artigos inéditos em prelo). Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/index.php>>. Acesso em: 16 fev. 2011.
56. SEGALL-CORRÊA, A.M.; MARIN-LEON, L.; HELITO, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SANTOS, L.M.P.; PAES-SOUSA, R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Revista de Nutrição,** Campinas, v.2, suplemento, p.39s-51s, jul./ago., 2008.
57. SILVA, M.O.S. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda.** São Paulo: Cortez, 2004.
58. SUÁREZ, M.; LIBARDONI, M. **O impacto do Programa Bolsa Família: mudanças e continuidades na condição social das mulheres.** In: VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. (org). Avaliação de Políticas e programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. v.2: Bolsa família e Assistência Social. Brasília, 2007.
59. TAKAGI, M.; BELIK, W. **A Implantação da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: entre a caridade e os gastos sociais.** Londrina, 2007. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/6/541.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2011.
60. TEXEIRA, C.F. Saúde da Família promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família,** Brasília, v. 7, edição especial, p. 10-23, 2004.
61. VALENTE, F.L.S. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas.** São Paulo: Cortez, 2002.

62. VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.4, p.439-457, jul./ago., 2005.
63. VIEIRA, A. Sistemas de Informação e de Gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília, 2009, p. 363-382.
64. ZIMMERMANN, C.R. Social programs from a human rights perspective: the case of the Lula administrations family grant in Brazil. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v.1, selected edition, 2006. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452006000100005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2011.

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1 – Questionário aplicado com responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF

CIDADE:

Crianças () com acompanhamento nutricional () sem acompanhamento nutricional

1. Identificação da Família

1.1. Nome do titular e número do cartão

1.2. Nomes e idades dos componentes da família.

1.3. Data de nascimento das crianças menores de 7 anos.

2. Ações de saúde da secretaria de saúde

2.1. Alguma vez o (a) Sr. recebeu na sua casa a visita de um ACS, de um médico, ou de um enfermeiro?

- a) SIM
b) NÃO (quesito 2.2)

2.2. Houve alguma visita na sua casa de ACS, médico ou enfermeiro no segundo semestre de 2009?

- a. SIM
b. NÃO (quesito 2.3)

2.2.1.1. Quantas visitas foram no segundo semestre de 2009?

Nº de visitas =

3. Condicionalidades

3.1. O Sr.(a) tem a caderneta de saúde das crianças menores de 7 anos?

SIM ()
NÃO () - quesito 4.6

3.1.1. O Sr.(a) pode me mostrar?

SIM ()
NÃO () - quesito 4.6

3.2. Preencher a Tabela 5 para as crianças menores de 7 anos em relação ao peso/altura e à vacinação, de acordo com o preenchimento da caderneta de saúde:

Tabela 5 – Peso/altura e vacinação das crianças menores de 7 anos (no 2º semestre de 2009)

INICIAIS	Preenchimento P/A?	Qnts P/A?	Vacina em dia?
	Sim () Não ()		
	Sim () Não ()		
	Sim () Não ()		

	Sim ()	Não ()		
--	---------	---------	--	--

3.3. As condicionalidades são compromissos sociais, algumas ações as que as pessoas que participam do Bolsa-família precisam cumprir para continuar participando do programa O Sr.(a.) sabia que o PBF tem condicionalidades?

- a) SIM
b) NÃO

3.3.1. Conhece quais condicionalidades?

3.3.2. No segundo semestre de 2009, alguma vez o Sr. foi convocado a comparecer ao posto de saúde especificamente para pesar as crianças menores de 7 anos?

- a) SIM
b) NÃO

3.3.3. O Sr. atendeu a convocação e levou as crianças para serem pesadas e medidas?

- a) SIM
b) NÃO

3.4. Quais são as principais dificuldades para fazer o acompanhamento do peso e da altura de seus filhos?

- [1] Não tem dificuldade.
[2] Dificuldade em levar a crianças ao posto de saúde (transporte, distância, tempo)
[3] Não tem interesse em levar as crianças para pesar e medir.
[4] Não sabia que deveria levar as crianças para pesar e medir.
[5] Não soube a data do acompanhamento nutricional
[6] Tem dificuldade em marcar a data no posto de saúde (mt fila, poucas vagas)
[7] Outro _____

CLASSIFICAÇÃO DE RENDA SEGUNDO ABEP

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou 2ª porta da geladeira)	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família		
Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	Pontuação
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

Sexo do chefe da família: () masculino () feminino

Pontuação Total: _____

Classificação: _____

8.2. Anexo 2 – Entrevista Semi-estruturada realizada com os gestores da saúde do PBF

- Disponibilidade e manutenção de equipamentos e infra-estrutura

1. Quantas famílias devem ser acompanhadas pelo Bolsa Família na Saúde no seu município?
2. Quantas famílias estão sendo acompanhadas?
3. Com que periodicidade é recebido o Mapa Diário de Acompanhamento atualizado?
4. Quais são as estratégias utilizadas para que haja o acompanhamento nutricional das crianças menores de 7 anos?
5. É utilizada alguma estratégia/ação para busca ativa dos indivíduos a serem acompanhados?
6. O município já realizou algum evento sobre o Bolsa Família na Saúde? Se sim, de que tipo, quando e qual o objetivo? Para qual público participante?
7. Já foi realizada alguma articulação/parceria com outras instituições para fortalecer a ação do Bolsa Família na Saúde?

1- Sim 2- Não

Se sim, qual(is)?

- [1] Conselho Estadual de Saúde
- [2] CONSEA Estadual
- [3] Conselho Municipal de Saúde
- [4] CONSEA Municipal
- [5] Universidade(s)
- [6] CECAN - Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição
- [7] Pastoral da criança
- [8] Conselho do PBF
- [9] Gestão do PBF
- [10] Outros _____

8. Na(s) UBS do município há equipamentos disponíveis suficientes para a aferição das medidas antropométricas?
9. Em geral, qual é o estado de conservação dos equipamentos antropométricos?
10. Quantas balanças são utilizadas para fazer as medidas?
11. Quantos antropômetros e infantômetros?
12. Há manutenção preventiva? Há manutenção quando o equipamento é danificado?
13. Geralmente onde são feitas as medidas de peso e altura? Sala própria na UBS? Nas casas dos responsáveis legais pelo recebimento do benefício do PBF? Nas escolas?
14. Há disponibilidade de computadores suficientes para a entrada de dados do Bolsa Família na Saúde?
15. Há computadores nas UBS para a entrada de dados? Quantos?

- Disponibilidade e capacitação de recursos humanos

16. Há nutricionista responsável pelo Bolsa Família na Saúde no município?
17. Qual é a formação do coordenador das ações de alimentação e nutrição?
18. Quantos profissionais de saúde estão envolvidos com Bolsa Família na Saúde no município?
19. Quantos profissionais de informática estão envolvidos com Bolsa Família na Saúde no município?
20. Há recursos humanos suficientes para alimentar o banco de dados do Bolsa Família na Saúde? (aferir as medidas, entrada de dados).
21. Qual é o processo desde a aferição das medidas até o envio do banco de dados ao MS?

22. Quem é responsável pelas medidas de peso e altura? Qual cargo exerce? Qual é a formação do responsável?
23. Quem é responsável pela entrada de dados no sistema? Qual cargo exerce? Qual é a formação?
24. Houve treinamento/ capacitação dos recursos humanos que trabalham diretamente com o Bolsa Família na Saúde (aferição / entrada de dados)? Quem treinou/ capacitou?
25. Quantos profissionais desse Município foram capacitados para o Bolsa Família na Saúde?
Saúde: _____
Informática: _____

26. Quais são (foram) as principais dificuldades encontradas em relação aos recursos humanos? O que foi (está sendo) feito para solucioná-las?

- Acesso à internet

27. Como é feito o acesso à internet nas UBS?

1- Discada 2- Banda larga 3- Não há acesso

E na Secretaria de Saúde?

1- Discada 2- Banda larga 3- Não há acesso

28. Onde é feito o acesso à internet para envio dos dados ao MS? (prefeitura, UBS, SS, SAS)

1- Prefeitura 2- UBS 3 – Secretaria de Saúde 4 – Sec. Assistência Social

5- Outros _____ 6- Não há acesso

29. O acesso à internet é 1- bom 2- regular 3- ruim?

30. Quais são (foram) as principais dificuldades encontradas em relação ao acesso à internet? O que foi (está sendo) feito para solucioná-las?

- Implantação do Acompanhamento Nutricional das crianças do PBF

31. Quando se iniciou o acompanhamento nutricional das crianças do PBF no município?

32. Como foi (tem sido) o processo?

33. Houve treinamento para a implantação? Quem treinou? Quem participou do treinamento?

34. No início, quais foram as principais dificuldades encontradas para realizar o acompanhamento nutricional? O que foi (está sendo) feito para solucioná-las?

- Integração entre o setor de Saúde e Assistência Social no tocante ao acompanhamento das crianças do PBF

35. Há integração entre o setor Saúde e a Assistência Social para a realização do acompanhamento nutricional das crianças do PBF? Como se dá essa relação?

36. Como funciona o Conselho de Controle Social do PBF? Quem é o responsável?

37. Quantas reuniões foram realizadas em 2009?

- Destinação atual ou potencial dos recursos do IGD

38. Em 2009, o município recebeu recursos específicos para a gestão do PBF (referentes ao Índice de Gestão Descentralizada - IGD)?

1- Sim 2- Não

Qual o valor recebido? _____

39. Em que foram empregados os recursos do IGD?

40. Os recursos foram aplicados diretamente para melhorar o acompanhamento nutricional das crianças do PBF?

1- Sim 2- Não

De que maneira?

41. Há planejamento para a utilização dos recursos do IGD?

42. Quem faz e como é feito o planejamento?

8.3. Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **65/09**

Título do Projeto: Avaliação da implantação do módulo Bolsa Família do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional □ SISVAN Bolsa Família

Pesquisadora Responsável: Leonor Maria Pacheco Santos

Data de Entrada: 15/05/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **65/09** com o título: “Avaliação da implantação do módulo Bolsa Família do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional □ SISVAN Bolsa Família”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 07 de Julho de 2009.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 7 de Julho de 2009.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB