

2011

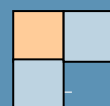
Relatório do Colóquio sobre Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN

Organização Panamericana de Saúde – OPAS

Ministério da

Saúde



I - Apresentação

Às vésperas de lançamento do **Plano Brasil Sem Miséria** - maior plano integrado de combate à pobreza extrema, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no Brasil realizou um colóquio sobre o Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).

O colóquio teve como objetivo avaliar as ações de atenção à saúde para a redução das iniquidades em saúde, em especial entre os beneficiários do Programa Bolsa Família, bem como aprofundar a discussão sobre as lacunas, dificuldades e potencialidades existentes no acompanhamento do pré-natal, na imunização, no crescimento e desenvolvimento das crianças e nas ações de educação alimentar e nutricional entre as famílias mais vulneráveis socialmente.

Realizado no dia 25 de maio de 2011, contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde (MS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da OPAS e de pesquisadores renomados que desenvolveram pesquisas de avaliação sobre o PBF no âmbito dos serviços de saúde.

A relevância desse colóquio sinaliza a intenção dos gestores envolvidos em discutir e propor estratégias relativas a uma atenção equitativa e de qualidade, com base nas evidências apresentadas, com o delineamento de ações intersetoriais que busquem a melhoria da situação de saúde e nutrição dos beneficiários do Programa.

O PBF, criado pela Lei nº 10.836/2004, regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004, é um programa de transferência de renda direcionado às famílias pobres e extremamente pobres, que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de condicionalidades nas áreas de Saúde e Educação, com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos. Este Programa, sob a responsabilidade do MDS, tem como objetivos: (i) aliviar a pobreza de forma imediata por meio da transferência de renda diretamente às famílias; (ii) combater a fome e promover a segurança alimentar nutricional; (iii) contribuir para a redução da pobreza entre gerações, por meio do acompanhamento das condicionalidades, promovendo acesso à rede de serviços públicos de saúde, educação e assistência social; e (iv) apoiar o desenvolvimento de capacidades das famílias, por meio de articulação com programas complementares.

O compromisso do Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais do SUS com as famílias do PBF é ofertar serviços que visem o cumprimento do calendário de vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos, o seguimento do calendário de consultas de pré-natal da gestante e da assistência pós-parto, bem como a realização da vigilância nutricional e de atividades de educação alimentar e nutricional.

Com o **Plano Brasil Sem Miséria**, programas públicos como o Bolsa Família serão aperfeiçoados em todo o país, buscando ampliar o acesso dos mais pobres a bens e serviços públicos. Neste sentido, este colóquio foi não somente um preparatório do setor saúde para alinhamento das discussões em torno da qualificação das ações relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF, mas também um momento oportuno para reflexão de como as redes de atenção à saúde enfrentam o permanente desafio de responder aos determinantes sociais de saúde e múltiplos caminhos necessários de serem percorridos para um único fim: uma política pública de saúde mais eficiente que melhore as condições de vida e de saúde de cada cidadão brasileiro.

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Sumário

I – Apresentação

II – Resumo executivo

III - Abertura do colóquio

IV - As apresentações e debates

- a. Programa Bolsa Família: balanço e perspectivas e Avaliação do Impacto do Bolsa Família. **Luis Henrique Paiva** – Secretário Nacional de Renda e Cidadania Adjunto/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- b. Programa Bolsa Família na Saúde. **Patricia Constante Jaime** – Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/Ministério da Saúde
- c. Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade da atenção em beneficiários do Bolsa Família no Sul e Nordeste do Brasil. **Luiz Augusto Facchini** – Universidade Federal de Pelotas
- d. Avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. **Alice Teles de Carvalho** – Universidade Federal da Paraíba
- e. Adequação do acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso do município do Rio de Janeiro. **Jorginete de Jesus Damião** – Instituto de Nutrição Annes Dias/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

V - O trabalho de discussão em grupo

VI – Conclusões, recomendações e propostas

VII – Anexos

Anexo 1 – Programação do Colóquio

Anexo 2 – Metodologia utilizada no trabalho de grupo

Anexo 3 - Ficha de avaliação utilizada

Anexo 4 – Resultado da avaliação dos participantes

Anexo 5 - Lista de participantes

II – Resumo Executivo

A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no Brasil, motivada pela iminência do lançamento do **Plano Brasil Sem Miséria**, realizou no dia 25 de maio de 2011, o Colóquio sobre o Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.

O colóquio teve como objetivo avaliar as ações de atenção à saúde para a redução das iniquidades em saúde, em especial entre os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), bem como aprofundar a discussão sobre as lacunas, dificuldades e potencialidades existentes no acompanhamento do pré-natal, na imunização e no crescimento e desenvolvimento das crianças e nas ações de educação alimentar e nutricional entre as famílias mais vulneráveis socialmente. O evento contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde (MS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da OPAS e de pesquisadores renomados que desenvolveram pesquisas de avaliação do PBF na Saúde.

A programação do colóquio contou com apresentações sobre as ações, programas, estudos e pesquisas relacionadas às condicionalidades em saúde do PBF e discussões em grupo com vistas a integrar as áreas do Ministério da Saúde, cuja atuação tem interface com as condicionalidades de saúde do PBF.

A apresentação realizada pelo Secretário Nacional de Renda e Cidadania Adjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Luis Henrique Paiva, sobre o “Programa Bolsa Família: balanço e perspectivas e Avaliação do Impacto do Bolsa Família” destacou, dentre outros, dois importantes apontamentos: A II Pesquisa de Avaliação de Impacto do Bolsa Família, que mostra um conjunto de impactos significativos e positivos na saúde para as crianças beneficiárias; e, um movimento importante de inserção das famílias brasileiras mais pobres no acesso aos serviços básicos de saúde, educação e assistência social, com o crescimento no acompanhamento das condicionalidades.

Em seguida, passou-se à apresentação da Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, Patricia Constante Jaime, sobre o “Programa Bolsa Família na Saúde”. Em relação à situação nutricional de crianças, destacou-se a situação de maior vulnerabilidade daquelas beneficiárias do PBF, tendo em vista as prevalências maiores tanto de déficit de peso e estatura quanto de excesso de peso. Acrescenta-se a isto a importância de um olhar cuidadoso em termos de uma vigilância alimentar e nutricional com enfoque maior para esse grupo, de forma que haja avanço na agenda do controle dos distúrbios nutricionais específicos para essas crianças. Outra agenda prioritária é a saúde da mulher, no sentido de expandir o acompanhamento para as mulheres em idade fértil beneficiárias do PBF e não apenas para aquelas que estão gestantes. Embora o acompanhamento das condicionalidades tenha foco na mulher e na criança, deve-se também refletir sobre propostas ampliadas de atenção à saúde global das famílias, o que vem ao encontro com o modelo da Estratégia Saúde da Família, destacando a necessidade do olhar para a família, incluindo a Saúde do

Homem, do Idoso e do Adolescente, que são os ciclos de vida representados com frequência no núcleo familiar.

A terceira apresentação foi realizada pelo Dr. Luiz Augusto Facchini da Universidade Federal de Pelotas, sobre a “Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade da atenção em beneficiários do Bolsa Família no Sul e Nordeste do Brasil”.

O pesquisador destacou elementos importantes para a discussão, dentre eles, a contribuição do PBF para a redução da pobreza extrema e a coordenação dessa política proporcionando um grande salto de qualidade na perspectiva brasileira. Portanto, além da expansão de investimento e do reajuste do PBF, a sua articulação e coordenação com a expansão de gasto público federal no SUS, particularmente na atenção primária e na Estratégia de Saúde da Família, serão poderosos do ponto de vista da política. Observa-se que efetivamente há maior realização de pré-natal naqueles grupos vinculados ao PBF, sendo um aspecto extremamente positivo. A respeito do papel dos profissionais nas ações de saúde voltadas às famílias, a não participação do nutricionista na Estratégia de Saúde da Família ou nos NASF constitui-se como um problema para todos os grupos de rendimento, o que, evidentemente, pode ser melhorado. O PBF traz o importante princípio de equidade e a possibilidade de acolhimento aos mais vulneráveis; no entanto, é necessário construir um discurso interno que potencialize as ações de saúde e utilize as janelas de oportunidades no cuidado - que é a proposta do programa.

A apresentação seguinte foi realizada pela Dra. Alice Teles de Carvalho da Universidade Federal da Paraíba, sobre a “Avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família”.

A palestrante apresentou uma série de dados relevantes acerca do acompanhamento do PBF em municípios dos Estados do RN e AL, e destacou as percepções das mães e profissionais de saúde quanto ao acompanhamento das condicionalidades. Sobre a percepção das mães a respeito do acesso às condicionalidades de saúde do PBF: referem relativa facilidade e salientam praticamente com unanimidade o trabalho dedicado dos agentes comunitários de saúde no auxílio ao cumprimento das condicionalidades do programa; apontam duas dificuldades: a falta de informações sobre o Programa e sobre os critérios de inclusão; e, sobre a percepção dos profissionais de saúde quanto às alternativas para facilitar o acesso das famílias às condicionalidades, os mesmos relatam a necessidade de capacitação.

A última apresentação foi realizada pela Dra. Jorginete de Jesus Damião do Instituto de Nutrição Annes Dias da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sobre a “Adequação do acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso do município do Rio de Janeiro.” A palestrante destacou a necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho nas unidades de saúde, com vistas a produzir o cuidado qualificado para os beneficiários do PBF.

Os trabalhos em grupo possibilitaram a discussão e integração das áreas do Ministério da Saúde, cuja atuação tem interface com as condicionalidades de saúde do PBF. No geral, observou-se a necessidade de reforço à agenda intrasetorial do PBF. Ressaltou-se que as condicionalidades são a garantia de acesso das famílias ao serviço de saúde, podendo ser potencializadas pela articulação com outras áreas e por aproximação com os programas do Ministério da Saúde como Rede Cegonha, Saúde na Escola, Saúde Mental e o próprio Programa de Saúde da Família.

As recomendações e encaminhamentos registrados ao final do colóquio são:

- (i) elaboração do relatório do colóquio - com o registro das discussões e principais encaminhamentos;
- (ii) construção de uma matriz que consolide as dimensões dos programas e ações de saúde que tenham interface com o PBF – identificando as potencialidades do PBF nessa interface;
- (iii) desenvolvimento de um plano estratégico intra e intersetorial com delineamento de ações aprimoradas em saúde para os beneficiários do PBF.

O colóquio representou um esforço de pensar o PBF e as suas condicionalidades dentro das prioridades de governo – **Plano Brasil Sem Miséria** - e no compromisso de fazer o SUS cada vez mais presente no cotidiano dos cidadãos brasileiros, em especial da parcela mais vulnerável da população. Além disso, possibilita aos participantes, compreender o PBF a partir da oportunidade do acolhimento e de integração, constituindo uma janela de oportunidades e de cuidado, na medida em que potencializa as ações de promoção, de prevenção e de cuidado à saúde para população beneficiária.

III - Abertura do colóquio

O colóquio iniciou-se com uma mesa de abertura onde estavam presentes o Consultor Internacional da Organização Panamericana de Saúde - Luis Felipe Codina, a Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde - Patricia Constante Jaime e o Secretário Nacional de Renda e Cidadania Adjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Luis Henrique Paiva.

Luis Felipe Codina manifestou a satisfação da OPAS em apoiar esta iniciativa; primeiro em virtude do fortalecimento institucional e da política – objetivos centrais do evento, somado ao fato desta estratégia (o Programa Bolsa Família) servir de experiência bem sucedida a outros países da América Latina e África.

Em seguida, Patricia Constante Jaime – em nome do Secretário de Atenção à Saúde – Helvécio Magalhães - agradeceu a OPAS pela recepção, acolhida e apoio na organização do evento; aos parceiros do MDS pelo diálogo bastante positivo e parceria na realização do colóquio; aos representantes de todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde que se encontravam presentes, pois este era o principal objetivo do colóquio: integrar as áreas do Ministério da Saúde que apresentam interfaces com as condicionalidades em saúde do Bolsa Família e construir um discurso unificado que qualificasse as condicionalidades para além do aumento da sua cobertura. Agradeceu também a presença dos pesquisadores – Luiz Facchini, Alice Teles, Jorginete Damião – pois as pesquisas realizadas dão a oportunidade de olhar o conjunto de evidências disponíveis e iluminam a gestão para a tomada de decisões em relação à condução das condicionalidades em saúde.

Brevemente aponta que o colóquio é um esforço de pensar o Bolsa Família e as suas condicionalidades dentro das prioridades de governo, de combate à miséria e no compromisso de fazer o SUS cada vez mais presente no cotidiano dos cidadãos brasileiros, em especial da parcela mais vulnerável da população e entender o PBF a partir dessa oportunidade do acolhimento, de integração, sendo uma janela de oportunidades, de cuidado, à medida em que possibilita à população beneficiária as ações de promoção, de prevenção e de cuidado à saúde.

Finaliza-se a abertura do evento com a apresentação da programação das atividades do dia e a metodologia de discussão em grupo.

IV – As apresentações e debates

a. Programa Bolsa Família: balanço e perspectivas e Avaliação do Impacto do Bolsa Família. Luis Henrique Paiva – Secretário Nacional de Renda e Cidadania Adjunto/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Luis Henrique Paiva inicialmente agradece a OPAS e ao Ministério da Saúde pelo convite e pela organização do evento. Introduce a sua fala apresentando os principais aspectos do PBF, sua estruturação e os impactos das condicionalidades com enfoque na Saúde.

O palestrante faz uma contextualização sobre a proteção social na América Latina e infere que a estruturação da mesma foi historicamente baseada na idéia de seguro social, fortemente ancorada, por sua vez, no emprego formal. A expectativa era de que, com a expansão do emprego formal, a cobertura social poderia ser universalizada pela via do seguro. A crise econômica que marcou a América Latina nos anos 80 e 90, entretanto, mostrou que se tratava de uma expectativa excessivamente otimista. O Brasil conta, desde os anos de 1970, com esquemas de proteção social semi ou não-contributiva, voltados para pequenos agricultores, deficientes e idosos. Tais esquemas tornaram-se substantivamente mais robustos a partir de inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988, que permitiu grande expansão do sistema previdenciário semi-contributivo voltado para pequenos agricultores e assistencial voltado para idosos e deficientes. Além disso, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde, de caráter universalista, adotou uma ótica de descentralização de serviços públicos, com maior participação de estados e municípios na gestão e implementação das políticas públicas, e deu ênfase no controle social e na transparência.

A proteção social brasileira tradicional garantida pelos benefícios, praticamente conseguiu eliminar a situação de extrema pobreza nas idades mais avançadas, entretanto persiste nas crianças. Ao analisar a taxa de pobreza das crianças e adolescentes de 0 a 15 anos, verifica-se que é praticamente o dobro do restante da população. Em 2009, adotando uma linha de extrema pobreza de R\$ 70 per capita, a taxa de extrema pobreza para toda a população estaria em torno de 5% e alcançaria quase 10% para crianças entre 0 e 15 anos, um grupo que continua em situação de relativa desproteção no País.

Assim entende-se porque um conjunto de políticas, especialmente as de transferência de renda, emergiu com facilidade no Brasil. Embora sob questionamentos no início, hoje o PBF é um programa muito bem aprovado não apenas pelos pobres, mas por todas as classes de renda, à medida que ganhou consistência técnica e operacional.

A respeito do surgimento dos programas de transferência de renda condicionada no Brasil, destaca que os primeiros surgiram em 1995, em nível local (Brasília e Campinas), e em nível nacional em 2001, com o Bolsa Escola do Ministério da Educação e o Bolsa Alimentação, conduzido pelo Ministério da Saúde. Em 2002 o Ministério das Minas e Energia criou o Auxílio Gás. Finalmente em 2003, no governo Lula, criou-se o Cartão

Alimentação - conduzido pelo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome.

Luis Henrique Paiva considera como um problema à época a responsabilidade de diversos Ministérios pelos diferentes programas de transferência de renda, trabalhando com distintos sistemas de dados, critérios de elegibilidade e valores de benefícios. Como resultado, a cobertura total era baixa, com exceção do Auxílio Gás, que pagava um valor muito baixo. Além disso, havia sobreposição dos programas - em algumas localidades havia famílias que recebiam 3 benefícios e outras que não recebiam algum sequer.

Em outubro de 2003, todos os programas de transferência de renda até então existentes foram unificados no PBF. Este tinha por objetivo aumentar a eficiência e a estruturação daqueles programas; reduzir a pobreza e a desigualdade social, fornecendo um mínimo de renda para as famílias mais pobres; reforçar direitos sociais básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social, por meio das condicionalidades; e, finalmente, promover a oferta de programas complementares, para uma melhor inserção social e produtiva das famílias beneficiárias.

O Programa manteve o foco na família. Buscou trazer alívio imediato da situação da pobreza, por meio das transferências de renda, bem como contribuir para o rompimento do ciclo de pobreza entre as gerações, por meio das condicionalidades. Outro aspecto importante é a responsabilidade compartilhada pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais. Hoje o PBF tem um rol muito bem estabelecido de competências em todas as esferas. Essa distribuição é fundamental não apenas pela Constituição, mas especialmente porque seria impossível o Governo Federal conduzir o Programa sozinho.

Luis Henrique Paiva ressalta que o benefício é pago diretamente às famílias por um sistema bancário, por meio de cartão magnético, sendo a mulher o titular preferencial. Além disso, o uso dos recursos é livre, pois se tem como pressuposto básico de que a família tem o conhecimento de quais são suas maiores necessidades. O PBF tem 3 benefícios que são pagos às famílias: i) benefício básico, pago às famílias extremamente pobres, com renda entre 0 e 70 reais per capita, no valor de R\$ 70,00; ii) benefício variável, pago às famílias que tenham em sua composição crianças e adolescentes de até 15 anos, no valor de R\$ 32,00; iii) benefício variável jovem, pago às famílias que tenham em sua composição adolescentes de 16 e 17 anos, no valor de R\$38,00.

O crescimento acelerado do número de beneficiários é colocado como um desafio com o qual o PBF deve lidar. Como o Programa leva em conta todo o CadÚnico, foi empenhado um grande esforço ao longo dos anos na unificação dos cadastros, dos sistemas e dos critérios de inclusão dos vários programas de transferência de renda anteriores ao PBF. O processo de unificação do PBF inicia-se relativamente pequeno, incorporando 1 milhão de famílias em outubro de 2003, número que sobe para 3 milhões já em dezembro. O PBF cresce

rapidamente e chega em 2010 com 12 milhões de famílias, e hoje conta com 13 milhões de famílias.

Ao longo desse tempo o programa vem sendo muito pesquisado. Os resultados apontam para um bom impacto na redução da extrema pobreza, que chega a ser da ordem de 30%, graças aos benefícios concedidos. Há sólida evidência de que o PBF teve impacto particularmente forte na redução do índice de Gini nos últimos anos. Trata-se do primeiro período em que assistiu-se a uma queda persistente desse índice, que mede a desigualdade de rendimentos e começou a ser calculado a partir de meados da década de 1970. Essa queda tem uma participação importante no Programa, haja vista que dependendo da pesquisa ou do período considerado, responde entre 15 e 20% da queda do coeficiente de GINI. Tanto o impacto na extrema pobreza quanto o impacto na desigualdade é consequência da transferência de renda, que corresponde a basicamente 0,4% do PIB brasileiro.

Luis Henrique Paiva ressalta que esse impacto é resultante da boa focalização do Programa, comparável aos melhores programas do mesmo gênero no mundo. Considera o mecanismo de focalização muito simples, pois trabalha basicamente com a renda declarada das famílias e as estimativas municipais de pobreza.

Sobre a frequência escolar, esta tem sido apontada nas famílias beneficiárias como um indicador sistematicamente melhor que no grupo de controle. Além disso, não se tem constatado nenhum impacto negativo na oferta de trabalho. Em nível nacional, algumas pesquisas apontam uma pequena diminuição no número de horas trabalhadas das mães, o que indica que as mães estão ficando mais com os filhos.

A primeira pesquisa de Avaliação de Impacto do Bolsa Família (AIBF) foi conduzida em 2005, momento de formação, quando havia ainda a presença importante de alguns outros benefícios, como o Bolsa Escola e o Auxílio Gás. Foram feitas entrevistas com 15 mil famílias, de modo que estas pudessem ser acompanhadas ao longo do tempo. A amostra tinha representatividade para as regiões Nordeste, Sudeste e Sul; nas regiões Norte e Centro-Oeste foram realizadas 5 mil entrevistas, em cada. A amostra era composta de 3 grupos: i) beneficiários do PBF; ii) cadastrados não beneficiários; iii) não cadastrados não beneficiários. O desenho era quase experimental e na construção dos grupos de controle foi utilizado *propensity score matching*.

Os resultados foram de impacto positivo em educação e trabalho. A AIBF concluiu que as famílias beneficiárias trabalhavam um pouco mais do que as famílias não beneficiárias com o mesmo perfil e a taxa de matrícula era maior entre as beneficiárias. Mas o impacto na progressão dos alunos era um impacto negativo, com a possível explicação: havia um conjunto de crianças que abandonariam a escola e não o faziam por causa do PBF e acabavam sendo reprovadas. Os pesquisadores alegaram que este era um efeito em curto prazo. Com o tempo, o aumento na frequência alteraria esse quadro e haveria um impacto positivo nas taxas de progressão ao longo do tempo.

Ainda na AIBF I, praticamente nenhum efeito estatisticamente significativo foi constatado na área de Saúde.

Em 2009 realizou-se a AIBF II, prevista para 2007. Houve uma perda de amostra significativa, tendo em vista a não localização de famílias com o tempo, o que Luis Henrique Paiva considera normal. A amostra da AIBF II ficou então em 74,1% das famílias que haviam sido entrevistadas na pesquisa anterior. A metodologia foi semelhante à utilizada em 2005.

Do ponto de vista descritivo, houve resultados interessantes. Na área de educação, a pesquisa sugeriu um impacto positivo, especialmente daqueles alunos com idade entre 16 e 17 anos, uma fase considerada crítica dos alunos pobres, quando as taxas de abandono aumentam muito. Na educação apareceram os resultados esperados, não apenas na taxa de matrícula, mas também na taxa de progressão. Os alunos do PBF apresentavam maior aprovação do que os alunos não beneficiários de igual perfil socioeconômico. A idade média de entrada no mercado de trabalho foi maior para os beneficiários, o que significa que os jovens beneficiários tiveram um ano a mais de estudo que aqueles não beneficiários com igual perfil socioeconômico.

Na saúde, houve um conjunto de impactos significativos e positivos para as crianças beneficiárias: a quantidade de crianças nascidas a termo foi 14 pontos percentuais maior; a proporção de crianças nutridas foi de 40 pontos percentuais maior; a primeira dose da vacina contra a poliomielite no período adequado foi 15 pontos percentuais superior e a terceira dose foi de 25 pontos percentuais superior; a proporção de crianças que recebiam as sete primeiras vacinas até os 6 meses foi 15 pontos percentuais superior. Além disso, as mães de beneficiárias fizeram em média uma consulta e meia de pré-natal a mais do que as mães não beneficiárias.

Segundo Luis Henrique Paiva, os impactos da AIBF II obtidos são mais claros e vão ao encontro do que se esperava com o amadurecimento do Programa. As regras ficaram mais claras, as famílias têm maior conhecimento de seus direitos e deveres. O acompanhamento das condicionalidades torna-se mais efetivo e intenso desde o surgimento do PBF. Não se pode dizer exatamente quais os mecanismos causam esses impactos: a transferência de renda ou o acompanhamento das condicionalidades.

Finalmente, ao longo desses últimos anos houve um crescimento importante no acompanhamento das condicionalidades. A cada seis meses na saúde, e a cada 2 meses na educação, um exército se move para realizar o registro. Com base nesses resultados, verifica-se que esse movimento não é simples burocracia, mas sim um movimento importante para o Estado na inserção das famílias brasileiras mais pobres, na certeza de que elas estão tendo acesso aos serviços básicos de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades não são simplesmente um compromisso que as famílias assumem e sim a responsabilidade do Estado com a família, no qual aquele se compromete de ofertar um serviço de qualidade e acompanhar a sua utilização.

Luiz Henrique conclui que existe uma agenda muito grande a ser desenvolvida, na certeza de que os participantes do colóquio compartilham dessa visão, de que o acompanhamento das condicionalidades ainda não rendeu tudo que ele poderia render. Ressalta que a realização desse colóquio se deve, em grande medida, ao reconhecimento de que essa agenda traz trabalho e que os Ministérios envolvidos no PBF têm de assumir essa responsabilidade.

b. Programa Bolsa Família na Saúde. Patricia Constante Jaime – Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Patricia Constante Jaime inicia a apresentação fazendo um breve contraponto acerca do papel do Sistema Único de Saúde junto ao Programa Bolsa Família (PBF). O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é um compromisso do SUS na agenda de erradicação da pobreza e este compromisso pressupõe a organização da Atenção Básica para a oferta de serviços às famílias beneficiárias do Programa, em especial às mulheres e às crianças menores de sete anos.

O objetivo da atenção às famílias beneficiárias é o cumprimento do calendário básico de vacinação e a realização da vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de sete anos por meio do acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento; para as mulheres, é acompanhar o seguimento das consultas de pré-natal das gestantes e a assistência ao pós-parto e puerpério. Destaca ainda que o conjunto de indicadores das condicionalidades segue além do simples acompanhamento da vigilância alimentar e nutricional, incluindo outras agendas do Ministério da Saúde.

A respeito do histórico do papel do setor saúde junto aos programas de transferência de renda, Patricia Constante Jaime recorda que a CGAN participa desde a criação do Programa Bolsa Alimentação e, após a unificação dos programas de transferência de renda, esta coordenação permaneceu com a gestão das condicionalidades de Saúde do PBF.

Em 2004 foi instituída a Portaria Interministerial nº 2.509, que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de Saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF. No ano seguinte, implementou-se o sistema de informação para registro dos indicadores de acompanhamento das condicionalidades de Saúde na Atenção Primária à Saúde. Em 2006, foi publicada a Portaria MDS nº 148, que cria o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), como estratégia de estímulo ao cumprimento das condicionalidades nos setores de Saúde, Educação e Assistência Social.

Um marco histórico para a gestão das condicionalidades do PBF no SUS ocorreu em 2008, quando foram pactuadas no Pacto pela Saúde, as metas de cobertura de acompanhamento das condicionalidades com estados e municípios, com o objetivo de melhorar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. O indicador previsto no Pacto é o percentual de famílias beneficiárias com perfil Saúde, acompanhadas pela

Atenção Básica. Este marco evidencia o envolvimento das unidades federadas no processo descentralizado, uma vez que a operacionalização do acompanhamento das condicionalidades ocorre em nível local, na rotina da Atenção Básica em Saúde. Em 2010, dezoito estados alcançaram as respectivas metas pactuadas, e dezesseis tiveram cobertura superior a 70%, valor referente à meta nacional para o respectivo ano.

Ainda em 2008, a Portaria MDS nº 66 estabeleceu um mínimo de 20% cobertura de acompanhamento pela Saúde para repasse do IGD. No ano seguinte, foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial, que avaliou os critérios do modelo de acompanhamento das condicionalidades de Saúde, e foi publicada a Portaria Interministerial nº 2 de 2009, que instituiu o Fórum Intergovernamental e Intersetorial de Gestão de Condicionalidades do PBF. Este se constituiu como um espaço importante de discussão entre os governantes, para debater ações intersetoriais, garantindo a contribuição de cada setor para a agenda do Programa. Em 2010, a Saúde obteve resultados bastante positivos, com a mobilização de todo serviço da Atenção Primária à Saúde do Brasil no acompanhamento dos indicadores das condicionalidades, atingindo uma cobertura próxima à meta pactuada de 70%.

Patricia Constante Jaime avança e apresenta outros resultados referentes à segunda vigência de 2010, ressaltando que a cobertura nacional alcançada (68,43%) esteve muito próxima à meta pactuada para este ano e que o número de famílias acompanhadas pela Saúde seguia em tendência de crescimento.

Sobre as gestantes, ressalta que cerca de 95% estavam com pré-natal em dia e que há melhora na cobertura de pré-natal ao longo do tempo. Em relação à vacinação ocorreu aumento no número de crianças acompanhadas desde o início do acompanhamento do PBF. Acrescenta ainda que a cobertura vacinal é um patrimônio do setor Saúde, considerando a capacidade de cobertura vacinal quase que total.

Em relação à situação nutricional das crianças, destaca que as crianças beneficiárias do PBF caracterizam-se como um grupo de risco, de maior vulnerabilidade, tendo em vista as prevalências maiores tanto de déficit de peso e estatura quanto de excesso de peso. Acrescenta-se a importância de um olhar cuidadoso em termos de uma vigilância alimentar e nutricional com enfoque maior para esse grupo, de forma que haja avanço na agenda do controle dos distúrbios nutricionais específicos para essas crianças.

Patricia Constante Jaime apresenta o curso de Ensino à Distância (EAD) do PBF na Saúde como estratégia de capacitação dos profissionais da Atenção Básica à Saúde, que em dois anos formou mais de cinco mil pessoas com aprovação entre 75 e 80%. Destaca o investimento nas áreas de pesquisa, com vistas à perspectiva de gerar evidências para aprimoramento das ações de Saúde relativas ao PBF.

Apesar dos avanços, registra a necessidade de se investir no acompanhamento da saúde da mulher, tendo em vista um total de mulheres em idade fértil beneficiárias do PBF próximo a catorze milhões; enquanto que a Saúde acompanha apenas aquelas que estão

gestantes - cerca de sete milhões e meio; e considera a potencialidade de acessar essa mulher beneficiária do PBF e incluí-la nas ações de saúde integral, o que vem ao encontro das propostas da Rede Cegonha.

Considera ainda que o Colóquio é um momento importante para reflexão sobre o aprimoramento e integração das agendas da saúde com a área da assistência social para qualificar as condicionalidades em Saúde do PBF, com enfoque nos territórios de responsabilidade, com articulação dos equipamentos sociais em prol da redução da pobreza e da desigualdade. E, embora o acompanhamento das condicionalidades tenha foco na mulher e na criança, deve-se refletir sobre propostas ampliadas de atenção à saúde global das famílias, o que vem ao encontro com o modelo da Estratégia Saúde da Família, destacando a necessidade do olhar para a família, incluindo a Saúde do Homem, do Idoso e do Adolescente, que são os ciclos de vida representados com frequência no núcleo familiar.

E finaliza remetendo à fala do Ministro Alexandre Padilha: “de garantia do acesso com qualidade”, com foco na melhoria da cobertura, mas acompanhada de qualidade nas condicionalidades - entendendo esta como a oportunidade de inclusão e de qualificação da agenda da Atenção Básica em Saúde para as famílias beneficiárias.

c. Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade da atenção em beneficiários do Bolsa Família no Sul e Nordeste do Brasil. Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas

Luiz Augusto Facchini inicia a fala apresentando o “Estudo sobre a situação de saúde, utilização de serviços e qualidade de atenção dos beneficiários do Bolsa Família nas Regiões Sul e Nordeste”, encomendado pelo Ministério da Saúde - MS em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS. O estudo foi coordenado por uma equipe da Universidade Federal de Pelotas – UFPel e partiu de um marco relacionado aos determinantes sociais em saúde. O desenho seguido teve o cuidado de contemplar diferentes aspectos que permitissem melhor avaliar a relação entre saúde e os benefícios do programa.

O debate a respeito dos determinantes sociais de saúde segue a própria história da saúde pública em epidemiologia. Desde 1848, todos os debates na Europa a respeito da valorização dos determinantes sociais de saúde são muito grandes, ainda mais com a retomada deste debate pela Organização Mundial de Saúde – OMS, onde os aspectos relacionados aos serviços sociais de saúde passam a ser integrantes, do ponto de vista conceitual, como um dos determinantes. É um grande desafio examinar em que ponto os serviços e as políticas de saúde são capazes de determinar o efeito direto na melhoria da situação de saúde das condições de vida de indivíduos e de populações. Ainda não existem todas as evidências, eventualmente, há um impacto não exatamente direto na mudança de situação de saúde, como um efeito de determinação dos serviços, mas de redução de iniquidades, o que é um aspecto extremamente importante. De fato, na realidade mundial e

nacional, o que marca do ponto de vista dos determinantes sociais de saúde são os extremos, as iniquidades.

Brasileiros em cidades como São Paulo, Rio de Janeiro ou Pelotas vivem em um grande contraste social. Alguns vivem como cidadãos ingleses do século XXI e outros como cidadãos ingleses do século XIX, considerado como uma brecha social totalmente inaceitável e inadequada do ponto de vista do perfil de relevância econômica que assume o país no contexto globalizado. Essas condições de vida são contrastantes em uma mesma cidade ou território do Brasil, que hoje é a 7ª economia do mundo; entretanto, pelos indicadores sociais de educação e de saúde, ocupamos a 60ª/70ª posição. Além das condições de vida e de trabalho, os serviços de saúde também estão incluídos dentre esses determinantes e essa inclusão permite compreender a potencialidade da associação, da interação entre políticas de justiça social, de inclusão social, de redução de iniquidades. Portanto, uma grande hipótese é de que os serviços que não tiveram efeito direto na alteração das condições de saúde de maneira objetiva e isolada, independentemente, podem ter corroborado na promoção da igualdade, portanto, na redução das nossas brechas.

É visto que o PBF contribui para a redução da pobreza extrema e a coordenação dessa política pode ser de fato um grande salto de qualidade na perspectiva brasileira. Portanto, além da expansão de investimento e do reajuste do PBF, a sua articulação e coordenação com a expansão de gasto público federal no SUS, particularmente na atenção primária e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), serão poderosos do ponto de vista da política.

Luiz Augusto Facchini aponta que uma das questões cruciais da política do PBF é ter conhecimento se o público alvo é plenamente alcançado e usufrui desses benefícios. A grande parte daqueles muito pobres já está integrando o programa. O Nordeste é a região que concentra a grande maioria dos beneficiários e uma das questões pela qual a pobreza extrema ainda persiste no Brasil, segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada) de 2010, é o baixo valor pago pelo PBF e a possibilidade de ainda alcançar todos aqueles que teriam perfil de elegibilidade. Neste contexto, desenhou-se este estudo para comparar a situação de saúde, utilização de serviços e qualidade de atenção nas crianças menores de 7 anos e seus familiares em duas regiões do país, que possam marcar grandes contrastes culturais e sociais, considerando os modelos e atenção primária vigentes nas UBS do bairro onde residem estas famílias e, a partir de uma estratificação segundo a renda per capita e o recebimento do benefício, comparar o interior destas áreas de abrangência dos serviços, esses grupos populacionais e os seus perfis e as suas características.

Realizou-se um inquérito epidemiológico de base populacional particularmente básico-humanitária na área de abrangência dos setores censitários daquelas UBS, com um grupo de comparação externo como base na exposição. Então se considerou expostos os beneficiários do PBS e não expostos aqueles que não recebiam o benefício, controlando isso para a renda. Dentro dessa população de referência, consideraram-se ainda as crianças

menores de sete anos, sua mãe e familiares residentes em setores censitários da área dos serviços. Desta forma, obtiveram-se seis grupos de comparação de maneira que todos estão ajustados entre recebimento do benefício e o padrão de rendimento per capita na família, de modo a tornar as análises mais precisas e as tendências mais facilmente comparáveis.

O plano amostral seguiu um desenho bastante complexo. Inicialmente fez-se a estimativa do tamanho de amostra em cada região, depois o sorteio aleatório dos municípios estratificados por porte de cobertura da ESF e de seu porte populacional. Em seguida, realizou-se um sorteio aleatório das UBS ao interior destes municípios classificados conforme o modelo. Adequou-se toda a estratégia de alocação de cotas de maneira que se pudesse, ao final, saber quantos municípios teríamos necessidade de estudar em cada região, quantas UBS, quantos setores censitários para as duas regiões. As cotas foram estabelecidas com a intenção de dispersar a amostra da melhor maneira possível no território e ter a oportunidade de incluir todos os indivíduos com as características dos grupos de comparação. Com isto, obtiveram-se as amostras estratificadas por porte de município e em função do perfil dos grupos.

Segundo o pesquisador, todas as entrevistas estão sendo processadas e editadas. Tem-se realizado a limpeza do banco de dados, entretanto foram apresentados os primeiros resultados de um conjunto de informações.

No total, foram quase 14.000 crianças em 10.000 famílias, cerca de 1,4 crianças por família. A amostra ficou dividida da seguinte maneira: quase 6.700 crianças no Sul e mais de 7.200 no Nordeste, com uma concentração maior de crianças em área de ESF nesta região, como era esperado. Recebiam o benefício 35% das crianças do estudo ou das famílias, um pouco mais nas áreas de ESF que são áreas mais pobres. Evidentemente, metade da nossa amostra recebia o PBF na região Nordeste e apenas 20% na região Sul. Não se observou grande discrepância entre as faixas etárias e alguns padrões culturais. Entretanto, verificou-se que mais mães vivem com o companheiro no Sul.

Uma das informações mais importantes deste estudo é que, feito o levantamento com informações referidas pelas famílias, 26% do grupo de famílias cuja renda per capita era de até R\$ 70,00 não recebiam o PBF, ou seja, eram elegíveis mais ainda não tinham alcançado o benefício. Do grupo de famílias entre R\$ 71,00 e 140,00, 37% dos indivíduos desse grupo ainda não recebiam o benefício. Daqueles com renda igual ou superior a R\$ 141,00, 19% recebiam o benefício, ou seja, há um pequeno desajuste no foco do PBF. Luiz Augusto Facchini considera que, por ser um estudo transversal, tem-se a informação momentânea. No momento de entrada no PBF, essas famílias estavam de acordo com o critério da renda e o benefício ampliou o seu padrão de rendimento.

Entretanto, é importante corrigir a não inclusão entre aqueles que apresentam os critérios de elegibilidade em relação ao programa. Ainda que houvesse algum desajuste neste ponto, considerando que é apenas uma suposição, a própria lógica de refinamento interno de

foco do programa é suficiente para colocá-lo de maneira mais universal possível em relação aos elegíveis. A estratégia não é retirar o benefício de quem já teve a elegibilidade para recebê-lo, mas sim expandir o programa e o valor do benefício. O pesquisador coloca esta estratégia como a intenção mais importante.

Considerando o padrão de média de renda *per capita* dos grupos, verifica-se há um processo de promoção de equidade social. A renda do grupo beneficiário abrange também o benefício. Assim, se estes não estivessem disponíveis a essas famílias, evidentemente que o rendimento médio seria muito menor do que os indivíduos do grupo de comparação (não beneficiários elegíveis). Da mesma maneira, os beneficiários não elegíveis apresentam um padrão de rendimento absolutamente compatível com as características de inclusão do programa ou pouca coisa acima.

Na compreensão da dupla relação entre determinação social em saúde e as possíveis compensações, contribuições, promoções de equidade que o PBF pode induzir, observa-se que há uma redução em relação à insegurança alimentar grave, absolutamente linear nos grupos de menor para os de maior renda. O grupo mais pobre só consegue de fato chegar a esse padrão de rendimento similar ao dos não beneficiários em função do PBF, isto é, não tem insegurança alimentar maior do que o grupo de referência. A mesma coisa com o grupo elegível de R\$ 71,00 a R\$ 140,00, comparável com aqueles do mesmo rendimento que não recebem o benefício.

Outro aspecto importante abordado pelo pesquisador é o tipo de parto no nascimento do bebê. Observa-se que é um processo absolutamente contrastante do ponto de vista regional, portanto todas as questões de cultura, de estratégia de opções de nascimento, frente ao padrão sócio-econômico da população, o parto cesariano passa a ser o tipo normal do ponto de vista estatístico na região Sul. A região Nordeste apresenta muito menos partos cesarianos, mas ainda acima do que seria o desejável, por conta de questões culturais e de acesso direto aos serviços hospitalares para o nascimento dos bebês.

A questão do baixo peso ao nascer merece um debate metodológico. O baixo peso ao nascer é maior no Sul do que no Nordeste. Isso pode ser explicado pela epidemia de cesárea, que induzindo prematuridade e baixo peso e todas as suas consequências negativas; ou pelo fato de ser um estudo transversal, pode haver maior mortalidade no Nordeste das crianças de muito baixo peso e, no momento da coleta de dados, encontraram-se apenas as crianças de melhor peso ao nascimento. Observa-se uma estabilização dos indicadores de baixo peso e a cesariana independente dos grupos de rendimento, o que mostra que apenas estratégias muito bem desenhadas de valor universal podem influenciar a situação encontrada, ao passo que a questão da cesariana é fortemente afetada pelo maior rendimento das famílias e melhor acesso a obstetras que se dispõem a fazer o parto por cesariana destas gestantes.

Em relação às consultas de pré-natal na UBS da área, considerando a realização de sete ou mais consultas, verifica-se um crescimento destas consultas em relação aos grupos

mais pobres, sem uma variabilidade muito importante. Efetivamente há maior realização de pré-natal naqueles grupos vinculados ao PBF, um aspecto extremamente positivo. Entretanto, não há diferenças muito importantes ou o crescimento é modesto, evidenciando a oportunidade das UBS se viabilizarem como estratégia de realização do pré-natal nas gestantes da área, fortalecendo a relação de padrões inteiros de condicionalidade para todo pré-natal, parto e puerpério.

Dentre as gestantes de mais alta renda, quase 70% realizam pré-natal em serviços diferentes do SUS. Luiz Augusto Facchini ressalta que se deve focalizar o pré-natal na UBS não apenas às beneficiárias, mas para o conjunto das gestantes daquela área, o que pode ser benéfico para a melhoria dos padrões de qualidade em saúde. Do ponto de vista de pré-natal com o mesmo profissional, se observa que há um crescimento em relação ao atendimento médico com o mesmo profissional, que é uma determinação do ponto de vista de determinação social em saúde. À medida que cresce a renda cresce a estabilidade do vínculo ao longo da gestação com o médico. Em relação ao enfermeiro é exatamente o contrário.

No indicador de ausência de pré-natal com o mesmo profissional, há um padrão sistêmico, considerado pelo pesquisador como uma das questões mais importantes a ser evidenciada. A partir da análise desta amostra válida para as regiões Nordeste e Sul, tem-se um aspecto positivo a ser destacado do ponto de vista de avaliação comparativa do sistema de saúde: ao redor de 15 a 18% das gestantes não realizam o pré-natal com o mesmo profissional.

Em relação ao exame ginecológico, os resultados apresentam questões sistêmicas mais graves, ou seja, a gestante passou toda a gestação sem realizar alguma consulta sequer de pré-natal. Segundo o pesquisador, a situação é mais grave para a população mais pobre, mas também afeta aquelas que têm um pouco mais de recursos financeiros. Considerando que o padrão da unidade da área está fortemente associado com o rendimento da população atendida, a melhoria no desempenho e na qualidade do serviço da área beneficia a população mais pobre. Em relação ao exame de HIV, por exemplo, observa-se um excelente desempenho ainda que os padrões de não realização sejam indicadores absolutamente admiráveis em relação a todo o mundo, para aqueles sistemas de saúde universais que gastam muito mais recursos do que o país. Existem áreas graves e injustificáveis, por exemplo, de não realização de VDRL, que costuma ser o dobro daquelas observadas para HIV, mesmo para os grupos mais ricos. Esses aspectos podem ser solucionados com melhores protocolos, capacitação de profissionais, maior focalização na população beneficiária do PBF, portanto, há alternativas. É necessário aprimorar também os exames de glicemia, tendo em vista que 10% das gestantes não realizaram. Todas essas questões são possíveis de aperfeiçoamento a partir do vínculo com a unidade da área.

Em outro estudo conduzido por Luiz Augusto Facchini, houve evidências de que as mulheres mais pobres realizam três ultrassonografias por gestação, enquanto que aquelas

mais ricas fazem cinco. O autor considera um absurdo, um total despropósito do ponto de vista dos protocolos e das recomendações. Outra área de sombreamento totalmente sistêmica é o exame de mama ao longo da gravidez e a investigação de depressão pós-parto, que é absolutamente sistêmica e não ocorre. Há necessidade de melhora dessas questões e pode-se incentivar a população beneficiária justamente em processos completos de acompanhamento das condicionalidades, beneficiando todos os indicadores de qualidade para o pré-natal, nascimento e puerpério. Por exemplo, 30% das mulheres de melhor rendimento não realizam uma revisão pós-parto, sendo que 99,8% das gestantes fazem alguma consulta de pré-natal. Dentre as mulheres de menor rendimento, 60% não realizam revisão de pós-parto. Entretanto, há compensações para quem está vinculado ao PBF e tem padrões melhores, então, portanto, é possível que se esteja avançando nesse sentido.

Observam-se problemas sistêmicos na orientação sobre o uso da chupeta e todas as suas interferências alimentares. A orientação a esse respeito é falha, independentemente do padrão de rendimento. Entretanto, as mulheres beneficiárias recebem um pouco mais de orientação. É necessário melhorar esse aspecto sistemicamente, em todo o SUS e não apenas o trabalho com os beneficiários do Programa.

Em relação às compensações das áreas estudadas e os aspectos relacionados a UBS, o vínculo com a ESF é melhor no Nordeste. Assim a articulação e os esforços focalizados desta região podem ser importantes para promover equidade e justiça social no nosso país. Entretanto, existem áreas onde a participação dos profissionais nas ações de saúde voltadas às famílias é absurdamente irrelevante, por exemplo, nutricionistas não fazem parte da Estratégia da Saúde da Família ou dos NASF instalados, consolidando-se como um problema para todos os grupos de rendimento, o que, evidentemente, pode ser melhorado. Mesmo a participação do odontólogo, que é muito mais marcado por questões relativas a condições socioeconômicas, por que o acesso a serviços privados ou convênios ou serviços de outra natureza depende fortemente da renda.

Luiz Augusto Facchini considera que o PBF é um programa eficiente e efetivo. Amplia-se seu impacto com uma melhor focalização combinada ao aumento do benefício e à extensão de cobertura, inclusive do ponto de vista de ajustes sensíveis no município em termos de descentralização e acompanhamento das condicionalidades. Acrescenta que o PBF tem alta relevância social e é capaz interagir fortemente com a ESF para promover equidade na situação de saúde, na utilização de serviço e na qualidade da atenção. Considerando que 70% das UBS no Brasil são inadequadas e precárias, é fundamental um investimento significativo em estrutura física no intuito de aprimorar a atenção aos beneficiários do PBF e a população da área de abrangência, inclusive como estratégia de captação da chamada classe emergente, que está melhorando seu padrão de vida. A garantia de integralidade de qualidade das ações de saúde será essencial para a melhoria dos indicadores de saúde dos grupos mais vulneráveis particularmente dos beneficiários.

No processo de melhoria dos serviços de saúde, devem-se aprimorar também os processos de trabalho, promover uma estratégia de educação permanente, criar salas de multi meios para educação em saúde por uma equipe capacitada e comunicativa para desenvolver atividades clínicas e educativas voltadas aos beneficiários para toda linha de cuidado do pré-natal até o puerpério, realizar busca ativa para as ações de saúde e oferecer suporte social nas unidades com foco nos beneficiários. Quanto maior a vulnerabilidade, maior a proporção de crianças e mães sem contato com o sistema de saúde, sendo pior na região Nordeste, mas com compensação para o PBF.

Considerando os indicadores estudados, boa parte das vezes os beneficiários encontram-se em situação melhor em relação aos não beneficiários, quando ajustada a renda, evidenciando uma boa interação entre renda e serviço de saúde. Dessa forma, infere-se que caso os beneficiários não recebessem o benefício, a sua situação de saúde e utilização de serviço e qualidade da atenção seria ainda pior do que aquela identificada. Então a melhoria do desempenho da qualidade dos serviços de saúde das UBS é fundamental.

Luiz Augusto Facchini encerra sua fala apresentando o padrão de qualidade de atendimento ao parto no Brasil: i) todas as gestantes, independentemente do padrão de rendimento, têm que ter oportunidade de realizar o pré-natal na UBS do seu bairro; ii) a gestante tem que conhecer o lugar onde vai nascer o seu bebê, ter vínculo prévio com a maternidade; e iii) tem de estar presente na sala de parto uma parteira, formada e com alta qualificação, uma enfermeira para acompanhar os procedimentos, um pediatra e um obstetra, apenas se necessário. Esses procedimentos são fundamentais para reduzir a epidemia de cesariana neste país; a ampliação do número de obstetras à disposição de gestantes corrobora apenas para a ampliação do número de cesarianas no Brasil.

d. Avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Alice Teles de Carvalho – Universidade Federal da Paraíba

Alice Teles de Carvalho inicia sua fala ressaltando que ao se tratar de políticas públicas de alimentação e nutrição, bem como da gestão e operacionalização destas, é possível inferir que independente da região geográfica do Brasil, com algumas especificidades, os problemas de gestão são recorrentes.

A pesquisadora inicia a apresentação de seu estudo, dividindo-o em dois momentos. Inicialmente apresentando aspectos abordados pelos profissionais e pelos participantes do PBF. Em um segundo momento discutindo as informações estatísticas.

O trabalho originou-se em uma parceria da FAO, da CGAN e de municípios, na tentativa entender quais as maiores dificuldades de operacionalização e acompanhamento das condicionalidades do PBF, na perspectiva de montar um plano de ação para seu aperfeiçoamento.

O objetivo do trabalho foi verificar a operacionalização do PBF em dois municípios do Nordeste do Brasil, por ser uma região que ainda se destaca no país com indicadores sócio econômicos desfavoráveis, deixando a região Norte com especificidades a parte. Foram selecionados os estados Alagoas e Rio Grande do Norte, deste foram captados municípios que na época tinham uma cobertura satisfatória. Todos os municípios selecionados se distanciam até 60 km da capital dos estados e possuem população em torno de 7.500 a 9.200 habitantes.

Todo material e metodologia foram pensados e discutidos numa oficina nacional com um grupo de representantes da FAO e parceiros de outros países, que também estavam testando a metodologia de análise de programas de alimentação e nutrição. Em seguida houve oficinas regionais com secretários e profissionais gestores que lidavam com os programas nos estados e municípios a serem trabalhados, além dos centros colaboradores e representantes das universidades.

Realizou-se um estudo transversal de caráter exploratório, com análise qualitativa. Os atores sociais e as técnicas utilizadas foram: as mães ou responsáveis de crianças menores de cinco anos e crianças menores de cinco anos que tiveram suas medidas antropométricas mensuradas, profissionais de ESF e gestores, Secretários e Coordenadores do PBF nas Secretarias de Ação Social, de Saúde e de Educação. Utilizou-se entrevistas, grupos focais e tomadas de medidas antropométricas das crianças. Os instrumentos utilizados foram questionários, roteiros semi-estruturados e o formulário para registro dessas medidas. A observação in loco consistiu em visitas às UBS, conversa formal e informal com as ESF, acompanhamento da rotina das ações voltadas para o acompanhamento das condicionalidades de saúde. Todas as entrevistas e questionários foram gravados, com transcrição na íntegra, e realizaram-se alguns registros de imagem.

A pesquisadora inicia a apresentação dos resultados referentes ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Os instrumentos foram preparados em eixos temáticos que foram pré selecionados de acordo com os objetivos específicos da pesquisa, da literatura da área. Foram escolhidos alguns eixos para a apresentação. Um dos eixos de análise foi a percepção dos atores sociais sobre o impacto do PBF na vida e acesso à saúde das famílias participantes do Programa. A questão central abordada foi: O Programa Bolsa Família mudou a situação de vida das famílias participantes? Se mudou, em que áreas que ocorreram as principais mudanças.

Sobre a percepção das mães no PBF, realizaram-se entrevistas com cerca de 340 a 370 mulheres, somando em torno de 723. No município de Timbaú do Sul - RN, 86,77% das mulheres informaram que o Programa mudou a sua vida e de sua família. Já no município de Barra de São Miguel, 88,85 % afirmaram que sim.

A pesquisadora inicia a apresentação dos dados qualitativos do estudo. Um dos eixos de destaque na análise dos dados foi - Melhorou a situação de vida e de acesso aos serviços de saúde?; na fala de duas mulheres, tem-se a explicação do porquê “porque aumentou a renda

da família”; “a gente passava muita dificuldade”; “pagar energia, água e comprar gás”; “Também, eu não ia pra nutricionista... depois que eu entrei no Bolsa Família, ela (a criança) vai de seis em seis meses, ela (a nutricionista) pesa, ela mede, ela diz se o peso tá bom. A última vez que eu fui ela disse “o peso dela (criança) tá muito bom”.

Algumas questões que ficam evidentes. Primeiro, que o PBF não é focado somente no acesso do alimento, ele amplia esse acesso, também é priorizado em outras áreas, quando o acesso ao alimento para àquela família de alguma forma pode ser obtido. Outra questão é o monitoramento e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. No período, ficou muito perceptível que o PBF ainda estava mais forte no sentido de fazer o registro daquela tomada de medida e burocraticamente preencher a planilha do que a clareza do benefício para a situação nutricional da criança. Mesmo com essa visão da importância do profissional de nutrição e da mãe, a rede de atenção parecia não estar pronta para dar esse retorno, em termos de impacto real.

Quantitativamente podemos afirmar que, na análise de outro eixo da pesquisa, que o PBF aumentou o poder de compra. As mães informaram que compraram mais medicamentos, material escolar e alimentos quando recebiam o benefício. Então, o destino desse recurso era destinado para a seguinte área: em Timbaú do Sul, 55% das mulheres referiram comprar mais alimentos, e em Barra de São Miguel, 61%. Em seguida, vinha a compra de vestuário, remédios e por fim material escolar.

A percepção dos profissionais da ESF sobre a mudança na vida das famílias, em Barra de São Miguel, 67% dos participantes disseram que sim e, em Timbaú do Sul, 83%. Ficou claro que, segundo a percepção dos profissionais de saúde, seria maior o acesso à saúde, redução da pobreza, maior acesso aos alimentos, maior acesso à educação e redução do trabalho infantil.

Um eixo bastante presente foi o impacto na saúde. A fala de uma enfermeira reflete essa idéia: “...Eu acredito que sim... Na saúde mesmo. A presença das mães com as crianças no posto. Elas trazem as crianças com mais frequência. As gestantes não faltam às consultas... Estão cumprindo melhor com as obrigações, vamos dizer assim”. Outro profissional de Barra de São Miguel: “Em relação à saúde é? hoje em dia todas as crianças são vacinadas, porque além do programa saúde da família as mães procuram vacinar, senão elas não terão o PBF, pois o pré-natal ela tem que ter consultas, isso mudou com certeza na saúde, em termos de prevenção e não no tratamento.”

Segundo a pesquisadora, essas falas foram escolhidas por refletirem uma idéia que se conseguiu obter num contexto geral a partir de outras falas.

Procuraram-se as potencialidades e as dificuldades do PBF e como os profissionais pensam sobre o PBF e o acompanhamento das condicionalidades. A fala de uma enfermeira de Timbaú do Sul: “Eu não vejo que o programa funciona, porque a quantidade de recurso, além de não ser suficiente para manter àquela criança, acredito que muitas vezes estimula as

mães a se prevenir cada vez menos. Eu atendi uma gestante na semana passada que tinha 8 filhos e estava grávida de novo, aí eu perguntei: - Porque você não esta se prevenindo? Ah, eu queria, depois que a gente fica sabendo que o filho mais velho está saindo do Bolsa Escola, ou um desses benefícios do governo, então outro tem que entrar. Então isso torna um ciclo vicioso, e tem famílias que sobrevivem e dá para viver com o recurso, eu não sei quanto que é, sei que não é muito, mas muitas famílias sobrevivem daquele dinheiro, é o comodismo, aí vem a casa superlotada, os filhos não tem o que precisam, isso estimula muito a reprodução.”. Essa fala foi escolhida pela pesquisadora porque quando o profissional pergunta “...você está se prevenindo...”, ou seja, a mãe deveria estar sendo acompanhada na atenção primária, pela ESF, e este profissional deveria saber se ela está se prevenindo e oferecer meios para ela se prevenir.

Outra questão analisada é o conhecimento do profissional sobre o programa de distribuição de renda. Estamos em 2008 e ela fala: “...programa bolsa escola ou um desses programas do governo...”. Qual é o conhecimento do profissional sobre a organização da rede de atenção e dos programas públicos voltados às pessoas que estão sendo acompanhadas pela atenção saúde na família.

Outro eixo de análise é a percepção dos atores sociais sobre o acesso às condicionalidades de saúde do PBF. Sobre a percepção das mães, elas referem relativa facilidade e destacam praticamente com unanimidade o trabalho dedicado dos agentes comunitários de saúde. Os ACS são os profissionais que auxiliam no cumprimento das condicionalidades do programa e que elas cheguem até a atenção à saúde.

As dificuldades do PBF encontradas foram: deslocamento (principalmente para o município de Timbaú do Sul, suas unidades ficam um pouco distante); dificuldade organizacional (muito presente em Barra de São Miguel) em função da demanda elevada, às vezes ocorre um agendamento para 30 dias, mas se a mãe chegar com 40 minutos de atraso, devido a problemas com o transporte, ela não poderá ser atendida; e, principalmente, a falta de informação sobre o Programa, sobre os critérios de inclusão. O pensamento da maioria dos profissionais é de que o acesso das famílias ao cumprimento das condicionalidades é bom ou ótimo, e refere como dificuldade no acompanhamento a descaracterização da Estratégia Saúde da Família, resistência das famílias e desinformação sobre as ações relacionadas ao Programa.

Quais as alternativas para facilitar o acesso às condicionalidades e para que estas impactem positivamente na saúde das famílias do PBF. Como alternativa, as mães relatam que “tem que dar mais informações porque as informações são poucas, muita gente aí não sabe nada disso”. Já os profissionais relatam que: “A primeira coisa é capacitar mesmo, é passar as informações que são importantes pra gente, a gente nunca foi informado sobre isso. Então assim, a partir do momento que a equipe é capacitada e sabe o que é, qual a importância disso aí, eu acho que a gente pode desenvolver, entendeu?”

Com relação ao número de residentes por domicílio, em Timbaú do Sul, 31,45% dos beneficiários do PBF possuem sete ou mais pessoas residindo na mesma residência, para os não beneficiários temos apenas 11,01%. Em Barra de São Miguel a situação é muito parecida.

Considerando o número de crianças menores de sete anos residentes por domicílio, com 3 ou mais crianças nessa faixa etária, em Timbaú do Sul é em torno de 27% de famílias participantes do PBF e os não participantes é apenas 6,8%. Para Barra de São Miguel a situação é semelhante.

Para avaliação dos problemas nutricionais foram analisadas aproximadamente 1.100 crianças dos três municípios envolvidos no estudo (Cabedelo, Timbaú do Sul e Barra de São Miguel). O quadro de situação nutricional identificado foi semelhante ao do Brasil como um todo, ou seja, o da transição nutricional. Foram identificadas prevalências abaixo de 5% de déficit de peso. As prevalências de sobrepeso e obesidade foram as mais elevadas e o déficit de altura por idade ainda é um problema de saúde pública.

O indicador peso por idade foi o único que mostrou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de crianças de famílias beneficiárias (7,16%) e não beneficiárias (1,63%) do PBF para o município de Timbaú do Sul.

Alice Teles de Carvalho interpreta a informação que essas crianças entraram no PBF por possuírem uma situação mais desfavorável no aspecto nutricional, mesmo que o estado nutricional não seja um critério de seleção ao PBF.

Sobre a cobertura das vacinas BCG, anti-pólio e tetravalente, está claro que as crianças do PBF possuem uma cobertura melhor, principalmente a 2ª e 3ª dose. Os dois municípios estavam com a cobertura adequada; em torno de 90% ou mais e as crianças do PBF tinham uma cobertura maior.

Ao final, a pesquisadora apresentou a análise das debilidades e ameaças do PBF. Dificuldades na realização de exames complementares; alta rotatividade de profissionais (períodos sem médico na ESF); dificuldades no agendamento com especialistas e no deslocamento; demanda reprimida; as famílias não recebem informações acerca dos critérios de inclusão (focalização) e não entendem porque existem valores diferenciados nos benefícios; desarticulação entre as secretarias envolvidas na gestão do PBF; falta de integração com outros programas de Segurança Alimentar e Nutricional, como se o PBF fosse um programa à parte, não dialoga com o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e com o Programa Saúde na Escola; fragilidade das instâncias de controle social e deficiente participação popular; percepção de “obrigação” no cumprimento das condicionalidades, comprometendo o olhar do PBF como uma questão estrutural e não apenas emergencial.

Destaca também as fortalezas e potencialidades: facilidade no cumprimento das condicionalidades de saúde, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e consultas de rotina; dedicação dos agentes de saúde e bom acolhimento na ESF;

regularidade no repasse do recurso do PBF; maior aproximação das famílias com a ESF; maior oportunidade de repasse de informações sobre estratégias de segurança alimentar e nutricional. Por fim, ressalta algumas oportunidades: Investimento na capacitação dos profissionais da ESF, especialmente dos ACS; maior integração entre as secretarias envolvidas na gestão do PBF; maior investimento nas instâncias de controle social e estímulo à participação popular.

e. Adequação do acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso do município do Rio de Janeiro. Jorginete de Jesus Damião Trevisani – Instituto de Nutrição Annes Dias/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Jorginete de Jesus Damião Trevisani informa que a apresentação é parte de sua tese de doutorado sobre as condicionalidades do PBF na saúde do município do RJ, especificamente, o olhar do município acerca do modelo teórico das condicionalidades do PBF na saúde e da forma como essas foram implementadas.

O objetivo geral da tese foi conhecer o potencial do PBF na promoção de sua inclusão nos serviços de saúde, entendendo que esse potencial só poderia ser iniciado e alcançado se os municípios e os serviços de saúde tivessem uma organização que priorizasse essa inclusão. Para isso foi necessário estudar o modelo teórico junto ao seu arcabouço legal, o qual abrange a regulamentação das ações intersetoriais e as diretrizes municipais, para assim construir o modelo teórico para ação local. Foram discutidos com os gestores do PBF e de outras áreas técnicas como: a saúde da criança e da mulher e a atenção básica, o objetivo do trabalho, as diretrizes municipais e como seria a implementação das ações do PBF no município.

O estudo feito é do tipo transversal com dados secundários, coletados a partir de questionários e foi realizado pela Coordenação do PBF na saúde. Foram estudadas 128 unidades de atenção primária, que representavam, na época, quase 72% do total de unidades do município. Os questionários eram estruturados e de auto-preenchimento pelo gestor da unidade – fato que deve ser levado em conta na avaliação.

O questionário foi estruturado com as ações previstas nas condicionalidades de saúde, com um bloco sobre o calendário vacinal, acompanhamento de crescimento, inserção do pré-natal, práticas educativas e outras ações prioritárias de saúde integral e sobre o fluxo e organização de acompanhamento das condicionalidades na unidade. Para cada um dos grandes grupos de ações e atividades de cuidado (básicas, essenciais, famílias e atividades intersetoriais) foram identificados indicadores correspondentes no modelo teórico e as variáveis para o estudo.

As atividades básicas são as relacionadas às condicionalidades, que o município desempenha com registro e informação de acompanhamento semestral.

As atividades essenciais são as ações relacionadas ao público prioritário de acompanhamento do Bolsa Família, as mulheres e as crianças, que são o exame preventivo, a realização da vacinação da gestante, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, planejamento familiar, atividade educativa como aleitamento materno e alimentação saudável e outras ações de saúde da criança e vigilância.

As atividades voltadas à família são acolher o fluxo para o acompanhamento das famílias e integrar com outras ações e programas da atenção primária de saúde, mobilizar as famílias e captar outros grupos além das crianças e mulheres, como uma janela de oportunidades. E as atividades voltadas à articulação intersetorial, com a identificação das ações intersetoriais direcionadas ao programa.

Após análise observou-se que todas as unidades fazem o acompanhamento das condicionalidades, realizam a vacinação e o pré-natal; porém, quase 5% afirmam que o pré natal não é garantido a todas as famílias - embora seja ação prioritária de registro para o acompanhamento - e 98% afirmam registrar o peso e altura das crianças, sendo que a cobertura do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi de 91,4% - esse dado indica que pesar e medir pode não refletir necessariamente no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

De forma geral, 85% das unidades básicas informaram que realizavam ações de promoção do aleitamento materno às famílias, 85% faziam exames preventivos, 78% faziam planejamento familiar, 65,6% intervenções no risco nutricional e 73% referiram ter informações não apenas da criança, mas também da mulher. Ressalta-se que 50% das unidades não tinham nenhum mecanismo de priorização, ou seja, o serviço é oferecido para todas as famílias sem facilitar o acesso para as famílias do PBF. Em relação às atividades de cuidado da família foi observado alcance de 84% no programa de diabetes e hipertensão, 68% de saúde bucal e 79% de vacinação do adolescente.

Com relação às atividades de articulação intersetorial, 53% dos gestores referiram ter alguma articulação com a educação e assistência social e 17% relatam que participam do fórum descentralizado de gestão do PBF, onde as três secretarias principais saúde, educação e assistência social discutem questões relativas àquelas famílias.

Jorginete de Jesus Damiano Trevisani salienta entre as atividades essenciais, a preocupação com o fato de que o acompanhamento e a intervenção do risco nutricional, que nem sempre é referido pelas unidades como uma ação de cuidado de saúde dessas crianças. Destaca-se que o foco deve estar na possibilidade de equidade no acesso aos serviços de saúde face a maior vulnerabilidade a diversas situações de insegurança alimentar e de saúde dessas famílias.

Em seguida apresenta falas dos gestores do nível central sobre o modelo teórico, que nem sempre refletem e expressam a forma com que as diretrizes municipais foram implementadas:

Sobre a mudança no modelo de cuidado de nutrição na Saúde, a partir do programa Bolsa Alimentação: “Saiu de um modelo que era um modelo focado em identificação de grupo de risco biológico, com atendimento diferenciado e suplementação alimentar para um outro modelo que tinha um foco econômico, sem uma sintonia fina com esta questão do cuidado.”

“... eu vejo uma coisa de resistência, mesmo de não identificação com o modelo proposto, ...a Saúde entra como coadjuvante. Na verdade, a Assistência Social passa ser o carro chefe.”

Apresenta também falas dos usuários e dos profissionais de saúde:

Em relação à ampliação do acesso: “As vezes tem gente que não conhecia a unidade e veio porque soube que pra atualizar o bolsa família tinha que vir aqui , então eles chegam aqui já conhece, já sai com uma consulta marcada ... “... estou vindo aqui, mas eu nunca fiz um preventivo” já sai com a consulta do preventivo lá agendada”

O agendamento para consulta individual em algumas unidades é feito quando existe alguma demanda: “às vezes criança muito baixo peso ou então a mãe chega falando “ ah porque tá com diarreia” tá com alguma coisa (uma intercorrência) alguma intercorrência ai a gente encaminha ... só se tiver uma demanda”.

Em relação à oportunidade de cuidado que o PBF proporciona, Jorginete de Jesus Damião Trevisani destaca um caso que uma enfermeira exemplificou: “Teve uma paciente que tava com tuberculose, a gente pesa a mãe e os filhos, e ai a mãe estava muito emagrecida, (...) cada vez mais emagrecendo e com tosse, ai esta foi captada (para o programa de tuberculose).”

Outras falas demonstram essas práticas que favorecem o cuidado de saúde para essas famílias:

Por outro lado, o acompanhamento é visto em alguns momentos como uma ação “burocrática”

“não precisa a gente ficar perdendo tempo pesando e medindo que não vai anotar nada no sistema”

“A gente marca, vem para pesar e tal, agora ano que vem, que tenho que vim né, aí ano que vem, venho e peso e tudo direitinho.”

A lógica de organização para o acompanhamento das condicionalidades, aliada às dificuldades existentes, faz com que os profissionais avaliem que esta ação contribui para a sobrecarga de trabalho e dificulta a inclusão efetiva destas famílias:

“Aqui a gente consegue fazer uma avaliação nutricional, consegue inserir as mães no pré natal, a gente consegue ver se a mulher fez o preventivo ou não; e a quanto tempo ela fez, a gente consegue ver se aquele marido passou no médico ou não. (...) a gente não anota só

peso e altura das crianças, a gente vê a vacina de todo mundo, não apenas das crianças de 0 a 7 anos, as de 14 anos, de 19 anos; mandamos todos para a sala de vacina.”

“Assim que acontece com os pacientes do PBF, vem àquela leva de pessoas e os profissionais estão cheios de tarefas aí eles ficam por último, e às vezes estão desde cedo (manhã)”.

Em relação ao envolvimento dos profissionais nas unidades, quando o tema é o PBF, observa-se muito envolvimento do serviço social, principalmente, da enfermagem e da nutrição e pouco envolvimento de outras áreas.

O debate entre acesso universal e a lógica de discriminação positiva presente na proposta das condicionalidades de saúde do PBF também é destacada a partir das falas dos profissionais.

“A situação de risco é para todos os pacientes, temos a porta de entrada cheia todos os dias, então tem que saber a real necessidade das famílias”.

Jorginete de Jesus Damião Trevisani finaliza sua apresentação ressaltando que ainda há muito trabalho a ser realizado considerando as falas captadas, que representam um rico discurso dos usuários, profissionais e gestores envolvidos com o PBF. A pesquisa objetivou mostrar se as condicionalidades introduzem compromissos com o cuidado integral à saúde e se funcionam como porta de entrada para outros níveis de atenção. Neste sentido, os resultados demonstram que ir à unidade para acompanhar as condicionalidades do PBF, não significa necessariamente inserção das famílias nas ações de cuidado oferecidas pelas unidades. Para que as condicionalidades do PBF possam produzir um compromisso para a saúde - cuidado qualificado - e funcionar como porta de entrada para outros níveis de atenção e acesso é preciso otimizar ou organizar o processo de trabalho nas unidades de saúde.

V - O trabalho de discussão em grupo

Sob moderação da assessora da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde - Silvana Rossi, realizaram-se discussões com intuito de integrar as áreas técnicas do ministério, cuja atuação está relacionada às condicionalidades de Saúde do PBF.

Em um primeiro momento os participantes organizaram-se em três grupos, onde foram debatidos os conteúdos apresentados pela manhã, conduzidos sob orientação de duas perguntas: “Como estamos lidando com as ações de saúde que compõem as condicionalidades do PBF no MS?” e “Qual a relevância do PBF para o SUS?”. Em seguida, em plenária, apresentou-se a síntese dos debates.

O primeiro grupo aponta que as condicionalidades do PBF são vistas como garantia de acesso das famílias ao serviço de saúde, podendo ser potencializadas pela articulação com outras áreas e por aproximação com os programas do Ministério da Saúde como Rede Cegonha, Saúde na Escola, Saúde Mental e o próprio Programa de Saúde da Família. O grupo destaca que a atenção à saúde deve ultrapassar as condicionalidades previstas e oportunizar um olhar integral da família considerando que todos os seus membros devem ser assistidos pela saúde. Acredita-se que as famílias do PBF devem ser vistas com uma “lupa”, ou seja, com um olhar específico da atenção que reflete a qualidade do serviço de saúde ofertado.

O segundo grupo aponta que as ações de saúde que compõe as condicionalidades do PBF encontram-se de forma fragmentada e desarticulada. Deve-se repensar as linhas de cuidado com atenção ao indivíduo sem esquecer a família. Observa-se que mesmo a linha de cuidado da saúde da mulher e criança deve ser reforçada e deve-se avançar na discussão do cuidado para os demais membros da família. A agenda das Equipes de Saúde da Família está pautada no registro de dados dos programas do Ministério da Saúde e não focando na territorialização das necessidades de saúde, sendo que isto deve ser considerado e repensado. O gestor tem se preocupado mais com as ações de vigilância do que de cuidado. É necessário ressaltar a fragilidade da organização do processo de trabalho, o que impede o alcance de metas importantes - como os objetivos do milênio, por exemplo, a mortalidade materna. O PBF traz o importante princípio de equidade e a possibilidade de acolher os mais vulneráveis; no entanto, é necessário construir um discurso interno que potencialize as ações de saúde e utilize as janelas de oportunidades no cuidado - que é o que o programa proporciona. O grupo considera que as outras áreas do Ministério da Saúde não devem apenas ser simpáticas ao PBF, mas devem ser protagonistas do processo.

O terceiro grupo apontou a importância de promover a articulação interna do Ministério da Saúde com ações da Rede Amamenta, Saúde Bucal, Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável - ENPACS como porta de entrada para o PBF e ressaltou a necessidade de trabalhar a agenda dos três entes federados - para que todos entendam as oportunidade que o PBF proporciona no atendimento à saúde desse público vulnerável.

Segue abaixo a transcrição das questões apresentadas pelos grupos neste primeiro bloco de reflexão:

<p>Grupo 1</p> <p>1. Condicionais como marcador – atendimento integral da família x fiscalizadora e obrigatoriedade.</p> <ul style="list-style-type: none">- Não penalizar a família, mas desenhar políticas para um atendimento melhor.- Aproximação com programas na área da saúde, além da alimentação e nutrição.- Grupo que é acompanhado, ser um marcador da situação alimentar. <p>2. Potencial de integração entre as ações intersetoriais</p> <ul style="list-style-type: none">- Captação de usuários do SUS.- Implementação de políticas.- Oportunidade para qualificação do SUS.
<p>Grupo 2</p> <p>1. De modo desarticulado e fragmentado</p> <ul style="list-style-type: none">- Oportunidades (atenção integral, linha de cuidado, qualificar áreas tradicionais que ainda tem problemas críticos – mulher e criança).- Agenda Saúde da Família pautada nos/pelos programas – número/não trabalha com territorialização.- Ação de cuidado x de vigilância.- Fragilidade da organização do processo de trabalho. <p>2. Princípio da equidade.</p> <ul style="list-style-type: none">- Construir discurso – Ministério da Saúde.- Objetiva a determinação social da saúde.- Oportunidade de cuidados.
<p>Grupo 3</p> <p>1. Acompanhamento do indicador de cobertura vacinal.</p> <ul style="list-style-type: none">- Potencialidade – Pacto.. Fórum de articulação interna (integração do sistema PBF saúde com outros sistemas do Ministério).. Rede Amamenta – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável - ENPACS.. Desenho de estratégias de articulação – Federal – Estadual – Municipal.. Visibilidade dos resultados. <p>2. Melhoria de acesso aos direitos sociais – Privilegiar para universalizar o serviço.</p> <ul style="list-style-type: none">- Visibilidade do Programa pela divulgação de resultados de qualidade – parcela de contribuição do PBF para esses resultados.

Em um segundo momento ordenou-se dois grupos, nos quais se discutiram os problemas apresentados nas pesquisas e quais interfaces entre políticas, programas, projetos e ações do Ministério da Saúde poderiam ser mobilizadas para superação desses problemas.

O primeiro grupo destaca a necessidade de articulação com programas e estratégias já estabelecidos como a Rede Cegonha, Programa Saúde na Escola e outras políticas intersetoriais. Considera bastante relevante as pesquisas desenvolvidas no tema e sugeriu que o mesmo fosse incorporado à Rede de Pesquisa de Atenção Primária em Saúde para agregar pesquisadores à discussão. Sugeriu-se que os sistemas de informação deveriam ser integrados para que pudessem resultar em melhor vigilância e que o instrumento normativo do PBF fosse mais divulgado para auxiliar na articulação das áreas do Ministério nos três âmbitos de atuação (federal, estadual e municipal). O grupo reforçou o apoio à CGAN para discutir a agenda do PBF dentro do Ministério da Saúde e colaborar na divulgação do documento produto deste colóquio.

O segundo grupo explana sobre a necessidade de se utilizar os espaços já existentes para articulação do PBF considerando as arenas de discussão da Câmara Técnica da Atenção Primária, Comitê Gestor da Rede Cegonha, reunião dos Coordenadores do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Destaca a possibilidade de apropriação dos dados gerados pelo PBF não apenas como dados de vigilância, mas gerando uma nova percepção do que o programa agrega com as informações já existentes. Sobre os cursos de educação à distância disponíveis, o grupo os vê como uma possibilidade de capacitação, não apenas com conteúdos específicos e isolados, mas como uma forma de incorporar a dimensão dos condicionantes do PBF. Acrescentam que, com a revisão dos Cadernos de Atenção Primária e do Caderno de Humanização, estes podem contemplar as questões do PBF e sugeriram a possibilidade da Secretaria Executiva coordenar a elaboração de uma matriz com as dimensões de todos os programas de saúde e as suas relações com o PBF. Para isso, inicialmente poderia ser criado um espaço virtual e posteriormente presencial para continuar a discussão. Das interfaces das ações de saúde dentro do PBF, o representante do DAB mostra a importância de fortalecer agenda do programa internamente ao Departamento.

Abaixo, a transcrição das questões apresentadas pelos grupos no segundo bloco de reflexão:

Grupo 1
- Articulação com a Rede Cegonha, PSE e outras políticas intersetoriais.
- Inserção na agenda da SEGETES.
- Documento compartilhado entre as áreas.
- Agenda positiva intra e intersetorial nos níveis estaduais e municipais.
-Inserção do tema nos diversos fóruns nacionais.
- Rede de pesquisa (agregar mais pesquisadores para o tema).
- Esforço da articulação do sistema de informação.
- Apoio de outras coordenações do Ministério da Saúde envolvidas na articulação.
Grupo 2
- Necessidade de ações de melhoria e cuidado.

- Desenvolver a integração dos sistemas de informação o resultado deve refletir em atendimento.
- ACS - Olhar para os programas de forma integrada.
- São três frentes principais de trabalho: Articulação, Gestão e Comunicação.
- Rede Cegonha: estratégia de integração de diversas ações do PBF.
- Profissionais (ESF) e usuários necessitam conhecer os resultados. Aprimorar a rede de comunicação.

A moderadora dos trabalhos em grupo chama a atenção para a uniformidade das apresentações, o que reforça o sincronismo das diversas áreas na discussão dos desafios do PBF. Acrescenta que há complementaridade entre os grupos, existindo, portanto, a possibilidade de se criar um discurso único. Observou-se também a visão crítica do processo de trabalho no âmbito federal e deixa claro que o PBF é revelador das falhas do sistema de atenção das três áreas (saúde, educação e assistência social) considerando os princípios do SUS.

Finalizando a sua participação, a representante da Secretaria Executiva se coloca à disposição para auxiliar o grupo nos desdobramentos do colóquio, inclusive na construção da matriz que consolida as dimensões dos programas e ações de saúde que tenham interface com o PBF.

VI – Conclusões, recomendações e propostas

O colóquio sobre o Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família constituiu-se numa fundamental estratégia que deu início às discussões para alinhamento do discurso em torno da qualificação das ações relacionadas às condicionalidades de saúde no PBF, numa conjuntura prioritária de governo, o **Plano Brasil Sem Miséria**.

O conjunto de evidências apresentadas somadas às discussões técnicas aponta para uma série de recomendações, potencialidades, lacunas e dificuldades no âmbito do acompanhamento das condicionalidades de saúde no PBF, despertaram entre os participantes o reconhecimento do papel das áreas do Ministério da Saúde frente ao PBF e a importância da aproximação do Ministério da Saúde com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome tanto no nível técnico como no político.

A seguir, as principais recomendações/comentários feitos durante as apresentações pelos pesquisadores e nas discussões em grupo.

(i) Segundo a II Pesquisa de Avaliação de Impacto do Bolsa Família, na saúde, houve um **conjunto de impactos significativos e positivos para as crianças beneficiárias**: a quantidade de crianças nascidas a termo foi 14% maior; a proporção de crianças nutridas foi de 40% maior; a primeira dose da vacina contra a poliomielite no período adequado foi 15% superior e a terceira dose foi de 25% superior; a proporção de crianças que recebiam as sete primeiras vacinas até os 6 meses foi 15% superior. Além disso, as mães de beneficiárias fizeram em média uma consulta e meia de pré-natal a mais do que as mães não beneficiárias.

(ii) Ao longo dos anos houve um crescimento importante no acompanhamento das condicionalidades; um exército se move para realizar o registro. Com base nesses resultados, verifica-se que esse movimento não é simples burocracia, mas sim um **movimento importante para o Estado na inserção das famílias brasileiras mais pobres, na certeza de que elas estão tendo acesso aos serviços básicos** de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades não são simplesmente um compromisso que as famílias assumem e sim a **responsabilidade do Estado** com a família, no qual aquele se compromete de ofertar um serviço de qualidade e acompanhar a sua utilização.

(iii) Em relação à situação nutricional das crianças, **as beneficiárias do PBF** caracterizam-se como um **grupo de risco, de maior vulnerabilidade**, tendo em vista as prevalências maiores tanto de déficit de peso e estatura quanto de excesso de peso. Acrescenta-se a isto, a importância de um **olhar cuidadoso** em termos de uma **vigilância alimentar e nutricional** com enfoque maior para esse grupo, de forma que haja **avanço na agenda** do controle dos distúrbios nutricionais específicos para essas crianças.

(iv) Apesar dos avanços, precisa-se **investir no acompanhamento da saúde da mulher**, tendo em vista um total de mulheres em idade fértil beneficiárias do PBF próximo a catorze milhões; enquanto que a Saúde acompanha apenas aquelas que estão gestantes - cerca de sete milhões e meio; e considera a potencialidade de acessar essa mulher beneficiária do PBF e **incluí-la nas ações de saúde integral**, o que vem ao encontro das propostas da **Rede Cegonha**.

(v) Embora o acompanhamento das condicionalidades tenha foco na mulher e na criança, deve-se refletir sobre propostas ampliadas de **atenção à saúde global das famílias**, o que vem ao encontro com o modelo da **Estratégia Saúde da Família**, destacando a necessidade do olhar para a família, incluindo a Saúde do Homem, do Idoso e do Adolescente, que são os ciclos de vida representados com freqüência no núcleo familiar.

(vi) É visto que o PBF contribui para a redução da pobreza extrema e a coordenação dessa política pode ser de fato um grande salto de qualidade na perspectiva brasileira. Portanto, além da expansão de investimento e do reajuste do PBF, a sua **articulação e coordenação com a expansão de gasto público federal no SUS**, particularmente na **atenção primária** e na estratégia de saúde da família, serão poderosos do ponto de vista da política.

(vii) Efetivamente há maior **realização de pré-natal** naqueles **grupos vinculados ao PBF**, um aspecto extremamente positivo.

(viii) Existem áreas onde a participação dos profissionais nas ações de saúde voltadas às famílias é absurdamente irrelevante, por exemplo, **nutricionistas não fazem parte da Estratégia da Saúde da Família ou dos NASF** instalados e muito menos no modelo tradicional da atenção básica, consolidando-se como um problema para todos os grupos de rendimento, o que, evidentemente, pode ser melhorado.

(ix) O **PBF** é um programa **eficiente e efetivo**. Amplia-se seu impacto com uma melhor **focalização combinada** ao **aumento do benefício** e à **extensão de cobertura**, inclusive do ponto de vista de ajustes sensíveis no município em termos de **descentralização e acompanhamento das condicionalidades**. Acrescenta que o PBF tem alta relevância social e é capaz de **interagir fortemente com a ESF** para **promover maior equidade** na situação de saúde, na utilização de serviço e na qualidade da atenção.

(x) A garantia de **integralidade e qualidade das ações** de saúde será essencial para a melhoria dos indicadores de saúde dos grupos mais vulneráveis particularmente dos beneficiários.

(xi) No processo de melhoria dos serviços de saúde, devem-se aprimorar também os **processos de trabalho**, promover uma estratégia de **educação permanente**, criar ambientes adequados para **educação em saúde** por uma equipe capacitada e comunicativa para desenvolver atividades clínicas e educativas voltadas aos beneficiários para toda linha de cuidado do pré-natal até o puerpério, realizar **busca ativa para as ações de saúde** e oferecer suporte social nas unidades com foco nos beneficiários. Quanto maior a vulnerabilidade, maior a proporção de crianças e mães sem contato com o sistema de saúde.

(xii) Considerando os indicadores estudados, boa parte das vezes os beneficiários encontram-se em situação melhor em relação aos não beneficiários, quando ajustada a renda, evidenciando uma **boa interação entre renda e serviço de saúde**. Dessa forma, infere-se que caso os beneficiários não recebessem o benefício, a sua situação de saúde e utilização de serviço e qualidade da atenção seria ainda pior do que aquela identificada. Então **a melhoria do desempenho da qualidade dos serviços de saúde das UBS é fundamental**.

(xiii) As condicionalidades do PBF são a **garantia de acesso das famílias ao serviço de saúde**, podendo ser **potencializadas pela articulação** com outras áreas e por aproximação com os programas do Ministério da Saúde como Rede Cegonha, Saúde na Escola, Saúde Mental e o próprio Programa de Saúde da Família.

(xiv) A agenda das Equipes de Saúde da Família deve reforçar a sua pauta na **territorialização** das necessidades de saúde da população.

(xv) O PBF traz o importante princípio de equidade e a possibilidade de acolher os mais vulneráveis; no entanto, é necessário construir um **discurso interno** que potencialize as ações de saúde e utilize as **janelas de oportunidades no cuidado** - que é o que o programa proporciona.

(xvi) O trabalho dos **ACS** é reconhecido como **essencial** para o **cumprimento e qualificação** das condicionalidades do PBF.

(xvii) Reconhece-se como uma dificuldade, entre os beneficiários do PBF, a **falta de informações** sobre o Programa.

(xviii) A **capacitação e qualificação** da equipe de saúde são consideradas estratégias importantes para a garantia do acesso das famílias às condicionalidades do PBF.

Por fim, diante da riqueza de comentários e evidências, finaliza-se este relatório registrando os encaminhamentos e compromissos assumidos no colóquio, que sinalizam as contribuições deste grupo para o **Plano Brasil Sem Miséria**, e apontam novos caminhos para se construir as condicionalidades de saúde no PBF.

- (i) elaboração do relatório do colóquio - com o registro das discussões e principais encaminhamentos;
- (ii) construção de uma matriz que consolide as dimensões dos programas e ações de saúde que tenham interface com o PBF – identificando as potencialidades do PBF nessa interface;
- (iii) desenvolvimento de um plano estratégico operativo intrasetorial com delineamento de ações aprimoradas em saúde para os beneficiários do PBF.

VII – Anexo

Anexo 1 – Programação do colóquio

PROGRAMAÇÃO

Data: 25 de maio de 2011

Local: Organização Panamericana de Saúde - OPAS – Sala Isabel dos Santos

- 9:00 Abertura
- 9:20 **“Programa Bolsa Família: balanço e perspectivas” e “Avaliação do Impacto do Bolsa Família”**
Luis Henrique Paiva
Secretário Nacional de Renda e Cidadania Adjunto
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- 10:00 **“Programa Bolsa Família na Saúde”**
Patricia Constante Jaime
Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição – DAB/SAS/MS
- 10:30 **“Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade da atenção em beneficiários do Bolsa Família no Sul e Nordeste do Brasil”**
Luiz Augusto Facchini
Universidade Federal de Pelotas
- 11:00 **“Avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF”**
Pesquisadora Alice Teles de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba
- 11:30 **“Adequação do acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso do município do Rio de Janeiro”**
Jorginete de Jesus Damião
Instituto de Nutrição Annes Dias
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- 12:00 Almoço
- 13:30 **Discussão**
Objetivos: Integrar as áreas do Ministério da Saúde, cuja atuação tem interface com as condicionalidades de saúde do PBF, construindo discurso de inclusão destas condicionalidades no MS e afirmando compromissos coletivos para o melhor acompanhamento do PBF na perspectiva da saúde e em concordância com o Programa Brasil sem Miséria.

Resultados esperados:

- I) Mapeamento das ações, programas, políticas e projetos do MS com interface com as condicionalidades de saúde do PBF;

- II) Compromissos firmados para qualificar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no MS.

Metodologia: Realizar-se-ão atividades em grupos e plenárias com moderação de processos grupais participativos:

- I) Debate sobre o conteúdo apresentado no Colóquio pela manhã.
II) Identificação de interfaces das ações, programas, projetos e políticas do MS com o PBF.
III) Pactuação de compromissos para a qualificação do acompanhamento das condicionalidades de saúde no MS.
IV) Avaliação do Colóquio.

Moderação: Adriana Coser e Silvana Rossi SE/MS.

17:30 Encerramento

Anexo 2 – Metodologia utilizada no trabalho de grupo

METODOLOGIA UTILIZADA NO TRABALHO DE GRUPO

Dia 25/5/11, OPAS, sala Izabel dos Santos. Período da tarde: 13:30h as 17:30h.

Objetivos:

- Integrar as áreas do Ministério da Saúde, cuja atuação tem interface com as condicionalidades de saúde do PBF, construindo discurso de inclusão destas condicionalidades no MS e afirmando compromissos coletivos para o melhor acompanhamento do PBF na perspectiva da saúde e em concordância com o Programa Brasil sem Miséria.

Participantes: 30 técnicos e gestores do MS: SAS: DAPES, PNH e DAB; SVS: PNI; SE; SESAI. MDS.

Resultados esperados:

- Mapeamento das ações, programas, políticas e projetos do MS com interface com as condicionalidades de saúde do PBF;
- Compromissos firmados para qualificar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no MS.

Metodologia:

V) Debate em 4 grupos aleatórios sobre o conteúdo apresentado no Colóquio pela manhã: (1h). Registro das conclusões no flip chart para apresentação em plenária.

- **Como estamos lidando com as ações de saúde que compõem as condicionalidades do PBF no MS?**
- **Qual a relevância do PBF para o SUS?**

VI) Apresentação em plenária das sínteses dos debates. (30 min).

VII) Em grupos mistos, diferentes do anterior: (1h). Registro em cartelas.

- Considerando os principais problemas apresentados como evidências:
 - Critérios sociais de inclusão no PBF não são reconhecidos pelos profissionais de saúde;
 - Equipes de saúde tem dificuldade de reconhecer as condicionalidades como oportunidades de inclusão das famílias mais vulneráveis no SUS;
 - Acesso reduzido nos serviços de saúde às mães no pós parto e às crianças no primeiro mês de vida.
- Quais interfaces entre políticas, programas, projetos e ações do MS podem ser mobilizadas para a superação destes problemas?

VIII) Plenária de apresentação dos grupos (30 min).

IX) Em plenária: palavra aberta, registro em cartelas (40 min).

- Quais compromissos queremos assumir para qualificar o acompanhamento das condicionalidades do PBF no MS?

X) Avaliação do Colóquio: palavra aberta (20 min).

- Folha de registro da avaliação do evento: em relação à oficina da tarde:
 - O que foi bom?
 - O que pode melhorar?

Moderação: Adriana Coser e Silvana Rossi/SE.

Anexo 3 – Ficha de avaliação utilizada

FICHA DE AVALIAÇÃO

Esta ficha foi elaborada com intuito de levantar sugestões e/ou críticas dos participantes sobre o evento. A primeira parte deve ser preenchida ao final da manhã, enquanto que a segunda parte refere-se ao período da tarde.

PARTE I: Marque as sentenças que se aplicam a sua avaliação sobre as apresentações dos painéis.

() As apresentações foram bem formuladas, claras e de fácil entendimento.

() O tempo de cada painel foi suficiente.

() As informações apresentadas são relevantes ao planejamento de ações do PBF.

() A temática abordada nas apresentações possibilita a discussão sobre o aprimoramento das ações de saúde voltadas às famílias beneficiárias.

() Houve abertura por parte dos palestrantes para colocação de comentários e realização de questionamentos.

() Os painéis atenderam às minhas expectativas.

() A metodologia utilizada foi adequada.

Comentários:

PARTE II

Em sua percepção, quais foram os pontos positivos deste Colóquio? O que poderia ser melhorado?

Anexo 4 – Resultado da Avaliação dos participantes

Nº de Fichas respondidas: 11

Avaliação dos Painéis

SENTENÇA	MARCAÇÕES
As apresentações foram bem formuladas, claras e de fácil entendimento.	10
O tempo de cada painel foi suficiente.	4
As informações apresentadas são relevantes ao planejamento de ações do PBF.	10
A temática abordada nas apresentações possibilita a discussão sobre o aprimoramento das ações de saúde voltadas às famílias beneficiárias.	10
Houve abertura por parte dos palestrantes para colocação de comentários e realização de questionamentos.	8
Os painéis atenderam às minhas expectativas.	7
A metodologia utilizada foi adequada.	7
COMENTÁRIOS	
“As apresentações foram muito bem concatenadas e dialogaram entre si.”	
“O formato da apresentação prejudicou a visualização de parte do público que não estava sentado à mesa; entretanto não foi fato para prejudicar o aproveitamento da apresentação.”	
“O espaço é muito importante, necessário e merece ser realizado com regularidade. A qualidade do conteúdo foi excelente e superou as expectativas.”	
“Proposta de realizar um Colóquio com apresentação das áreas afins (MS/MDS) sobre a experiência e visão da implementação do PBF.”	
“O tempo para cada apresentação poderia ser maior para possibilitar mais debate. Além das pesquisas, poderia ser pensado em trazer boas experiências de municípios/estados na gestão do	

PBF.”

Avaliação do Colóquio

PONTOS POSITIVOS

“A dinâmica foi adequada e logrou êxito em alinhar entendimentos estratégicos sobre as condicionalidades de saúde do PBF.”

“Possibilidade de discussão conjunta com diversos atores envolvidos no PBF do MDS e MS. Houve momentos destinados à apresentação, identificação dos aspectos relevantes para avançar no programa.”

“As apresentações foram um ponto central no Colóquio.”

“Conteúdo / Ambiente acolhedor / Integração entre as áreas / Metodologia Excelente / Integração entre Ministérios.”

“Integração entre as áreas do ministério da Saúde conhecendo e discutindo o PBF. Proporcionou conhecimento a respeito do PBF e possibilidades de potencializar essa ação.”

“O Colóquio permitiu o debate entre as áreas do MS, pesquisadores e MDS, apresentando o grande desafio de articular as ações e estratégias para potencializar o PBF. A discussão iniciou um cenário positivo para as diversas áreas do MS perceberem o importante papel de cada uma pela causa da atenção integral à Saúde.”

“Presença de diferentes áreas técnicas; participantes envolvidos e interessados; os estudos apresentados foram importantes para as discussões e propostas.”

“Foi uma oportunidade para possibilitar o diálogo entre diferentes áreas.”

“A metodologia possibilitou que todos os participantes se manifestassem nos grupos menores. A autocrítica e a reflexão dos processos internos a cada área estiveram presentes.”

PONTOS A MELHORAR / PONTOS NEGATIVOS

“Chamou atenção a ausência , pela tarde, de parte dos participantes presentes pela manhã.”

“Melhorar os processos de gestão do MS em relação às condicionalidades de saúde à luz de resultados das pesquisas acadêmicas e discussões entre os técnicos e gestores do MS e outros ministérios.”

“Poderia ser melhorado a participação de gestores das áreas técnicas, pois muitos estiveram pela manhã e no momento de se definir estratégias eles não estavam (de tarde). Poderiam ter sido definidas ações e estratégias mais consistentes.”

“Uma grande perda foi não estarem presentes todas as áreas técnicas do MS que de alguma forma estão envolvidas nas condicionalidades do PBF, pois teriam enriquecido a discussão feita pela tarde.”

“Poderia haver maior representação dos municípios ou estados e também do controle social.”

“Entretanto, no sentido de estimular as discussões e seguir o método proposto, poderia ser pensado em haver um moderador (neutro) em cada grupo menor.”

Anexo 5 – Lista de participantes

Alice Teles de Carvalho - Universidade Federal da Paraíba

Ana Luisa Lemos Serra – Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/ Ministério da Saúde

Ana Maria Cavalcante de Lima – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Ana Sudária de Lemos Serra - Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/ Ministério da Saúde

Antonio Fagundes - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/ Ministério da Saúde

Aristides Vitorino de Oliveira Neto - Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Daniel de Aquino Ximenes – Diretor do Departamento de Condicionalidades/SENARC/MDS

Daniel Madsen Melo - SENARC/MDS

Dirceu Klitzke – PROESF/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Edite Schuz - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/ SAS/Ministério da Saúde

Eduardo Augusto Fernandes Nilson – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Elisabete Bonavigo – Departamento de Avaliação/ Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI)/MDS

Fernanda Monteiro – Área Técnica de Saúde da Criança/DAPES/SAS/Ministério da Saúde

Giane Rodrigues Costa Ribeiro – Programa Nacional de Imunizações/SVS/Ministério da Saúde

Janine Coutinho – Consultora Técnica da Organização Pan-americana de Saúde

Jorginete de Jesus Damiano Trevisani – Instituto de Nutrição Annes Dias/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Juliana Petroceli – SNAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Karla Lisboa Ramos - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/ Ministério da Saúde

Kathleen Oliveira - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/ Ministério da Saúde

Kátia Lima – SESAN/MDS

Kyara França – Departamento de Condicionalidades/SENARC/MDS

Leila Gama – IPEA

Lucia Freitas - IPEA

Luis Felipe Codina – Consultor Internacional da Organização Pan-americana de Saúde

Luis Henrique Paiva – Secretário Nacional de Renda e Cidadania Adjunto/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas

Maria de Fátima Moura de Araújo - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/ Ministério da Saúde

Maria Queiroz Maia - Coordenador-Geral de Acompanhamento das Condicionalidades/MDS

Mariana Helcias – Coordenação de Educação Alimentar e Nutricional/SESAN/MDS

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos – PNH/Ministério da Saúde

Patricia Chaves Gentil - Coordenação de Educação Alimentar e Nutricional/SESAN/MDS

Patricia Constante Jaime - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/ Ministério da Saúde

Paula Jeane Araújo - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS /Ministério da Saúde

Paulynne Cavalcanti - Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Rachel Cristina de Oliveira– Departamento de Condicionalidades/SENARC/MDS

Raquel Pedroso – PSE/ DAB/SAS/Ministério da Saúde

Régis Cunha – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/Ministério da Saúde

Rodolfo Gomes Ponce de Leon - Organização Pan-americana de Saúde

Rodrigo Lofrano – Coordenador-Geral de Acompanhamento das Condicionalidades/MDS

Roberta Rehem de Azevedo - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS /Ministério da Saúde

Sara Araújo da Silva - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/ Ministério da Saúde

Silvana S. Rossi - Secretaria Executiva/Ministério da Saúde

Simone Costa Guadagnin - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/
Ministério da Saúde

Simone de Araújo Góes Assis – SNAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à
Fome

Vaneide Marcon – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde