UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
DOUTORADO EM CIÊNCIAS NUTRICIONAIS

ESTUDO DAS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDADO À SAÚDE DE GESTANTES ATENDIDAS EM UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

ANA ALICE TABORDA

Rio de Janeiro
2019

ANA ALICE TABORDA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição (PPGN) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Ciências Nutricionais.

Orientadora: Rosana Salles Costa
Co-orientador: Ruben Araujo de Matos

Rio de Janeiro
2019

ESTUDO DAS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDADO À SAÚDE DE GESTANTES ATENDIDAS EM UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

ANA ALICE TABORDA

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE **DOUTOR EM CIÊNCIAS NUTRICIONAIS**.

Aprovada em:

_____

Prof. Dra. Viviane Marinho da Costa
Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dra. Aline Alves Ferreira
Doutora em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dra. Luciene Burlandy Campos de Alcântara
Doutora em Saúde Pública
Universidade Federal Fluminense

_____

Prof. Dr. Luciana Maria Cerqueira Castro
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dr. Eduardo Melo
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro, RJ – BRASIL.
Dezembro, 2019

RESUMO

TABORDA, Ana Alice. Estudo das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família e suas repercussões no cuidado à saúde de gestantes atendidas em um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. Tese (Doutorado em Ciências Nutricionais) - Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

O propósito desta tese foi analisar a repercussão da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família sobre as práticas de cuidado à saúde de gestantes em entrelaçamento com as ações realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Para o seu desenvolvimento foi selecionado um Centro Municipal de Saúde da Área de Planejamento 3.1 localizado na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo é do tipo exploratório que utilizou como abordagem a metodologia qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas individuais foram realizadas com profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde e demais profissionais) com o intuito de compreender como eram realizadas as ações de cuidado à saúde com gestantes participantes do Programa Bolsa Família. A Análise de Conteúdo (AC) foi a técnica empregada adaptada pelas práticas discursivas proposta por Mary Jane Spink (2013). Os resultados mostraram que a condicionalidade de saúde de acompanhamento do pré-natal não possibilitou práticas de cuidado à saúde diferenciada às gestantes participantes do PBF, visto que as ações são as mesmas já realizadas pela ESF. Evidenciamos que a deturpação ocasionada pelo Índice de Gestão Descentralizada, reorienta as práticas de cuidado em saúde dos profissionais. Ou seja, o "fazer" a condicionalidade de saúde suscitou maior demanda de serviço para os ACS que pautaram suas ações em preenchimento de metas estabelecidas pelo PBF. Ainda, percebemos que as ações relacionadas à saúde bucal se mostraram diferenciadas aos participantes do programa, diferentemente do que é preconizado pelas condicionalidades de saúde. Esse estudo pretendeu contribuir para a reflexão sobre as formas de avaliação das condicionalidades de saúde do programa como forma de suscitar autonomia nos cuidados de saúde dos participantes e de questionar a exigência da condicionalidade de saúde no desenho do PBF.

Palavras-chave: programa de transferência condicionada de renda, condicionalidade de saúde, atenção primária à saúde, estratégia saúde da família, práticas de cuidado à saúde, agentes comunitários de saúde, saúde bucal.

ABSTRACT

TABORDA, Ana Alice. Study of the health conditionalities of the Bolsa Familia Program and their repercussions on the health care of pregnant women attended at a Municipal Health Center of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. Thesis (PhD in Nutritional Sciences) – Josué de Castro Institute of Nutrition, Federal University of Rio de Janeiro, 2019.

The purpose of this thesus was to analyze the impacto f the Bolsa Familia Program (BFP) health condionality on the health care practices of pregnant women intertwined with the actions performed by professional of the Family Health Satrategy (FHS). For its development was selcted a Municipal Health Center Plannina Area 3.1 located in the city of Rio de Janeiro. This is an exploratory study that used the qualitative methodoly as its approach. Individual semi-structured interviews were conducted with health professional (community health agentes and other professional) in order to understand how health care actions were performed with pregnant women participating in the Bolsa Familia Program. Content Analysis (CA) was the technique employed adapted by discursive practices proposed by Mary Jane Spink (2013). The results showed that prenatal follow-up health conditionality did not allow differentiaded health care practices for pregnant women participating in the BFP since the actions are the same as those already performed by the FHS. We evidenced that the misrepresantation caused by the Descentralized Management Index, redirects the professionals health care practices. In the other words, “doing” health condionality aroused greater servisse demand for CHAs who guided their actions in meeting the goals set by the BPF. Still, we realized that the actions related to oral health were diferente to the participants of the program, differently from what is recommended by health conditionalities. This study aimed to contribute to the reflection on the ways of evaluating the health conditionalities of the program as a way to raise autonomy in the health care of participants and to question the requirement of health conditionality in the desing of the BPF.

Keywords: conditional cash transfer program, health conditionality, primary health care, Family health strategy, health care practices, community health agents, oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **14**

2. REVISÃO DE LITERATURA **18**

2.1 O Programa Bolsa Família **18**

2.1.1 Programas de Transferência Condicionada de Renda e a origem do Programa Bolsa Família **18**

2.1.2 A consolidação do Programa Bolsa Família **23**

2.1.3 Interlocução do Programa Bolsa Família com a Estratégia de Saúde da Família **30**

2.2 As condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família **33**

2.2.1 A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família **33**

2.2.2 Argumentos na literatura em torno da condicionalidade de saúde **35**

3. OBJETIVO **39**

3.1 Objetivo Geral **39**

3.2 Objetivos Específicos **39**

4. PERCURSO METODOLÓGICO **40**

4.1 Abordagem teórico metodológica **40**

4,2 Local de pesquisa **41**

4.3 O caminhar no campo de pesquisa **42**

4.4 Sobre os entrevistados **43**

4.5 Análise das entrevistas **43**

4.6 Aspectos éticos **45**

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO **47**

5.1 Manuscrito 1 – Condicionalidade do Programa Bolsa Família nas práticas de cuidado de gestantes por Agentes Comunitários de Saúde **47**

5.2 Manuscrito 2 – Saúde bucal, uma prioridade para os beneficiários do Programa Bolsa Família? 70

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

7. REFERÊNCIAS 84

8. ANEXOS 93

Anexo A - Carta de Anuência da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 94

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética/Plataforma Brasil 100

9. APÊNDICE 102

Apêndice A – Roteiro de entrevistas para os profissionais de saúde 102

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 104

Apêndice C - Características dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entrevistados no CMS no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019. 105

Apêndice D - Características dos demais profissionais de saúde entrevistados no CMS entre maio e junho de 2019. 106

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese as mulheres cientistas que também são mães, professoras, esposas e filhas.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é poder reconhecer que o outro fez parte do nosso processo de crescimento e amadurecimento. É reconhecer que, no caminho, apesar de parecer que estamos sozinhos, a participação de algumas pessoas se tornaram essenciais para que a escrita deste trabalho pudesse ser realizada.

Não há como negar que o doutoramento é um processo de amadurecimento, não só profissional, mas também pessoal. São dois caminhos que se entrecruzam. No meu caso, de busca por uma trajetória profissional que tende a se alinhar com a busca do que planejo para o meu futuro em termos de vida pessoal. Tornar-me mãe, neste percurso, fez acender em mim sentimentos e busca por novas conquistas que antes não eram pensadas e que, muitas vezes, me fizeram questionar e duvidar se o caminho da academia ainda estaria presente nesse planejamento.

Estar aqui escrevendo e defendendo esta tese representa para mim mais do que a defesa de um doutorado acadêmico, representa uma defesa respeitosa com minhas escolhas e que me faz aprender a cada dia que é possível, apesar de ser doloroso em alguns momentos.

Agradeço sempre a **Deus** e a **Nossa Senhora**, amigos acalentadores nos momentos mais íntimos e que por meio de pessoas imprescindíveis me auxiliaram na construção deste trabalho;

Desta maneira o meu primeiro reconhecimento e agradecimento vão para os meus Pais **Augusto Taborda** e **Josefa Taborda**, que mesmo com as barreiras e dificuldades que a vida impôs conseguiram, por meio de uma educação exemplar, me instruir para um ser humano que busca seus sonhos com ética e respeito ao próximo;

Agradeço à minha Orientadora **Rosana Salles Costa** pela paciência infinita, carinho, auxílio e respeito ao meu amadurecimento pessoal em consonância com o percurso do doutorado;

Agradeço ao meu Orientador **Ruben Araujo de Mattos**. Mais do que um Orientador, um Professor, que com sua pedagogia transformadora permitiu que eu pudesse descortinar obscuridades e trilhar, mesmo com alguns tropeços. Agradeço também pela sua disponibilidade indescritível em me ajudar a terminar esta pesquisa. Obrigada, de verdade, por não desistir de mim!

Aos professores e pesquisadores que aceitaram compor a banca avaliativa desta pesquisa: **Viviane Marinho da Costa**, **Aline Alves Ferreira**, **Luciene Burlandy**, **Luciana Castro** e **Eduardo Melo**;

Às Professoras **Marta Maria Antonieta de Souza Santos** e **Mirian Ribeiro Baião,** pelos sorrisos no corredor do instituto e que, de certa forma, me acalmavam e me mostravam que eu conseguiria seguir adiante. Obrigada por me possibilitar vivenciar o estágio docente permitindo que eu contemplasse uma parte do doutorado, que pra mim, trouxe a essencialidade na busca pela docência;

Agradeço à amiga **Juliana de Bem Lignani** por ter me aproximado de sentidos de vida tão importantes e por me ajudar no cumprimento diário de metas pequenas;

Agradeço à amiga **Marina Maria de Leite Antunes** por me ensinar a respeitar as minhas escolhas;

Agradeço à amiga **Ana Lúcia Augusto Pires** por me ensinar a não duvidar dos meus passos e da minha pesquisa e, ser essa pessoa tão humilde e imensa de coração sempre disposta a me ouvir;

Agradeço à amiga **Camilla Cristine Penha de Souza Cherol** pelas orações destinadas a mim e por ser minha parceira na responsabilização;

Agradeço à amiga **Poliana Palmeira** pelas palavras de conforto mesmo quando a distância se fez presente;

Agradeço às amigas **Talita Domingos e Alexia Rodrigues** por sempre me recepcionarem com sorrisos e pelos aprendizados compartilhados na sala do Gipepon;

Agradeço às amigas **Lívia Oliveira**, **Letícia Souza** e **Roberta Oliveira** por me ajudarem na transcrição dos meus dados. O meu muito obrigada!

À amiga **Bianca Gonçalves** por dividir as angústias do percurso do doutorado, quando também se é mãe, professora e esposa;

À amiga **Viviane Maresi** pela escuta atenta, pelo carinho e pelas conversas sobre pesquisa qualitativa em saúde;

À amiga **Kelly Poliany Alves** por dividir os anseios do ser pesquisadora na construção de uma nutrição que se paute, acima de tudo, nos princípios do direito humano à alimentação adequada;

Ao meu esposo e amigo **Douglas Spessoto** pelas palavras de incentivo, por dividir comigo as tarefas domésticas e por ter respeitado minhas escolhas em detrimento das suas próprias escolhas;

Ao meu filho, **Miguel**, este que traz um sentido especial por eu estar aqui neste momento escrevendo e defendendo esta tese;

Aos **profissionais de saúde** que se disponibilizaram a me conceder o seu tempo em um momento em que existia uma conjuntura politica para a desconstrução do SUS;

E à todos aqueles que de forma indireta contribuíram para a construção do meu conhecimento e que motivaram à escrita deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AP – Área de Planejamento
APS – Atenção Primária à Saúde
BF – Bolsa Família
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CADÚNICO – Cadastro Único para Programas Sociais
CAP – Coordenação Geral de Atenção Primária
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CMS – Centro Municipal de Saúde
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IAPB – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INJC – Instituto de Nutrição Josué de Castro
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODM – Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
ODS – Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
PBF – Programa Bolsa Família
PBM – Plano Brasil sem Miséria
PFZ – Programa Fome Zero
PGRM – Programa de Garantia de Renda Mínima
PNSB – Programa Nacional de Saúde Bucal
PPGN – Programa de Pós Graduação em Nutrição
PS – Profissional de Saúde
PSB – Profissional de Saúde Bucal
PTCR - Programas de Transferência Condicionada de Renda
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SICON – Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família
SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

1. INTRODUÇÃO

A pobreza e a miséria emergem como resultado da desigualdade social marcada pela precariedade nas condições de trabalho, distribuição desigual de renda, persistindo a exclusão e isolamento social. Com isso, novos desafios são colocados para a construção de intervenções públicas capazes de superar as formas tradicionais de privação e reduzir as situações de vulnerabilidade, face à multidimensionalidade característica da pobreza (SILVA, 2010). Uma das possibilidades se deu pela promulgação no contexto brasileiro do Programa Bolsa Família (PBF), em 2004, que trouxe a possibilidade de erradicação da pobreza e da extrema pobreza por meio de transferência direta de renda conjugada às medidas intersetoriais que combinam esforços na saúde, na educação e na assistência social.

O período de 2004 a 2014 revelou diminuição nos níveis de pobreza na população brasileira, com uma redução do Índice de Gini de 0,570 em 2004 para 0,515 em 2014. Destaca-se, também, que em 2014, a América Latina e o Caribe foram as regiões que tiveram os maiores sucessos na luta pelo combate a fome no mundo, tendo o Brasil atingido a meta do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio1 (ODM1) na erradicação da pobreza (*Food and Agriculture Organization of the United Nations* - FAO, 2014).

As explicações para o quadro favorável de redução da pobreza e fome no Brasil consistiu na agenda governamental centrada na ampliação dos direitos sociais, por meio do Programa Fome Zero (PFZ), da ampliação dos Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR), do Plano Brasil sem Miséria (PBM), da centralidade das ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na agenda das políticas públicas, da geração de emprego formal, do fortalecimento da agricultura familiar e da valorização do salário mínimo (IPEA, 2014; FAO, 2014).

Atualmente, no cenário mundial, a FAO estimou que a fome e a insegurança alimentar no mundo abrangem cerca de 820 milhões de pessoas. Estas convivem com a má nutrição, dos quais 5,5%, ou seja, 23.7 milhões de pessoas se encontram na América do Sul (FAO, 2019).

Mais recentemente, no Brasil, modificações nas inflexões das políticas governamentais transcorrem no sentido de deslocar o foco das ações voltadas à

erradicação da fome, ao aplicar políticas que agravam a exclusão social para os mais pobres, culminando no ressurgimento da pobreza, da miséria e da insegurança alimentar. Nessa conjuntura de retrocessos, corremos o risco de não alcançar parte das metas dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para Agenda 2030, definidos entre os países signatários em 2015. Destacamos dois ODS: (i) a erradicação da pobreza e da fome em todas as suas formas e em todos os lugares (ODS1) e (ii) na promoção da segurança alimentar e melhoria da nutrição e agricultura (ODS2).

Ao final dos anos 1990, ampliaram-se na América Latina os PTCR com o propósito de atenuar a situação de pobreza, e permitir às famílias participantes o maior acesso à saúde e educação. Os PTCR têm como premissa o alívio da pobreza mediante a transferência de renda, ao mesmo tempo em que exigem das famílias contempladas o cumprimento de condicionalidades (SILVA, 2006; SILVA *et* al, 2006).

No inicio do governo Lula, em 2003, a pauta de combate à fome assumiu centralidade na política, tanto através do PFZ, como pela proposta de integração dos diversos PTCR, originando o PBF, que alcança, atualmente, mais de 14 milhões de indivíduos em situação de extrema pobreza e pobreza. O PBF prioriza a família como unidade de intervenção, além de dar preferência à mulher pela titularidade do benefício. Como premissa, as condicionalidades do programa exigem das famílias participantes o cumprimento de compromissos na saúde e na educação (BRASIL, 2004a; MDS, 2019a).

No âmbito da saúde, as condicionalidades impostas às famílias do PBF estão relacionadas ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil de crianças menores de sete anos, do calendário de vacinação atualizado, além do acompanhamento de gestantes nas consultas de pré-natal (BRASIL, 2004a; MDS, 2019b). O objeto de estudo desta tese diz respeito à condicionalidade de saúde sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes. Cabe aqui destacar uma diferença frente às demais condicionalidades de saúde para as gestantes – para elas é concedido o benefício adicional de R$ 41,00 por mês produzindo um incentivo financeiro à realização do acompanhamento de saúde.

O PBF trouxe desde a sua implantação repercussões positivas relacionadas à diminuição da fome pela transferência direta de renda e pela possibilidade de acesso às famílias participantes aos serviços de saúde, atingindo alto grau de cobertura na

população pobre. A boa focalização e os consequentes impactos do programa sobre a desigualdade de renda constituem a base do seu reconhecimento internacional (FONSECA; VIANA, 2007; ROCHA, 2013). Contudo, questões controversas no que tange a agenda de compromissos exigidos, ou seja, as condicionalidades levantam questionamentos relacionados aos objetivos que se pretendem alcançar com o PBF, como a superação da pobreza entre as gerações e o desenvolvimento do capital humano, que serão vistos mais adiante.

Nesse sentido, a literatura é bem escassa no que diz respeito aos modos como a condicionalidade de saúde transcorre na prática, sobretudo quando da superposição de um programa de transferência de renda com estratégias que visam garantir, universalmente, os direitos à saúde. Cabe ressaltar que a criação do PBF se deu em um contexto de reconhecimento do direito de todos à saúde que já vinha sendo colocado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde meados da década de 1990, voltada a garantir esse direito para todos.

A escassez de estudos que se ocupam dos efeitos das condicionalidades em saúde sobre as práticas de cuidados em saúde para as gestantes contempladas pelo programa motivou a realização desta pesquisa. A investigação por meio da abordagem qualitativa com entrevistas se torna importante para analisar como as condicionalidades em saúde do PBF são compreendidas e como estão inseridas no contexto de práticas de cuidado à saúde da Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante do exposto, este trabalho se ocupa das práticas de cuidado realizadas com gestantes em entrelaçamento com a aplicação das condicionalidades do PBF, a partir de entrevistas com profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde (ACS) e demais profissionais da área) de uma unidade de atenção básica com a ESF, no caso, um Centro Municipal de Saúde localizado no município do Rio de Janeiro. Trata-se, portanto, de um estudo que toma uma localidade especifica para apreender os entrelaçamentos entre as práticas inerentes do PBF e aquelas direcionadas ao cuidado das gestantes pela ESF.

A hipótese assumida neste trabalho consiste no fato de que as condicionalidades em saúde planejadas e implementadas pelo PBF para as gestantes são organizadas no arranjo das ESF, de maneira que seus efeitos não são exatamente aqueles esperados, de modo a não configurar, isoladamente, mudança das práticas de cuidado às gestantes participantes do PBF.

Para isso, foram elencadas as seguintes questões norteadoras desta tese:

- Como o acompanhamento das condicionalidades em saúde do PBF se organiza no serviço da ESF?

- O acompanhamento da condicionalidade de saúde do PBF possibilita modificações nas práticas de cuidado à saúde das gestantes participantes do PBF?

A partir das entrevistas realizadas, esta tese teve a possibilidade de se organizar em dois artigos: (i) o primeiro diz respeito aos efeitos das condicionalidades de saúde do PBF nas práticas de cuidado realizadas por ACS e, (ii) o segundo trata sobre o resultado inesperado, por meio das entrevistas com os ACS, da priorização da saúde bucal para participantes do PBF.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Programa Bolsa Família

2.1.1 Programas de Transferência Condicionada de Renda e a origem do Programa Bolsa Família

O tema da fome e a pobreza surgem com força na agenda pública brasileira, a partir dos anos de 1990, principalmente, por meio de iniciativas da sociedade civil, que passa a considerar a pobreza como uma realidade inaceitável para o padrão civilizatório vigente (MONNERAT, 2009). O debate dos PTCR teve início a partir da interpretação de que a pobreza tinha na configuração brasileira um amplo conjunto de determinações sociais.

A discussão internacional a respeito dos Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) tem início na década de 1990 de maneira a atribuir renda às famílias de forma compensatória, por meio de medidas na educação e na saúde. O panorama histórico da construção dos PTCR no Brasil é dividido em cinco momentos importantes, sendo eles: (i) Programas de Renda Mínima (1991); (ii) articulação do debate sobre renda mínima e educação (1991); (iii) nascimento dos primeiros PTCR em municípios brasileiros (1995); (iv) desenvolvimento de programas de transferência de renda em nível federal (1996-2001); e (v) ampliação quantitativa e qualitativa dos PTCR a partir do ano de 2003, período do Governo Lula (SILVA, 2006; SILVA *et al*, 2006).

Em 1991, o debate sobre os PTCR entram na agenda pública federal, sendo apresentado no Senado Federal, o Projeto de Lei nº 80/1991, do senador Eduardo Suplicy, que propõe o Programa de Garantia da Renda Mínima (PGRM). A proposta era complementação de renda de todos os brasileiros com idade igual ou maior de 25 anos de idade, no intuito da garantia de uma renda mínima que correspondesse a aproximadamente a 2,25 salários mínimos. Este projeto de lei, apesar de não ter sido aprovado na câmara pelos deputados federais, desencadeou debates acadêmicos e políticos sobre a implantação de programas de transferência de renda no Brasil e, impulsionou discussões regionais que deram origem a inúmeros projetos de lei estaduais e municipais, vários deles sendo aprovados (OLIVEIRA; SOARES, 2007; SILVA, 2006; LAVINAS; VARSANO, 1997).

A proposta de renda monetária equivalente a um salário mínimo para toda família pobre que mantivesse seus filhos ou dependentes de sete a catorze anos na escola pública surgiram como necessidade de articular a questão da renda mínima ofertada condicionada ao setor da educação. Considerava-se que compensar financeiramente às famílias pobres para garantir à ida dos filhos à escola era uma forma de dificultar a incorporação do trabalho infantil na sustentação familiar, impedindo ou, ao menos, minimizando, a ocorrência do ciclo da pobreza entre gerações. Assim, foram elaboradas características importantes que acompanham os PTCR na atualidade: a permanência de crianças e adolescentes de famílias pobres na escola. Desta forma, originava-se a ideia da condicionalidade da educação existente atualmente no PBF (SILVA, 2006; SILVA *et al*, 2006).

A ocorrência de alguns fatos no início da década de 1990 corroborou para o delineamento de algumas ações para enfrentamento da fome e miséria no país. O *impeachment* do Presidente Collor, ainda em 1992, deixou como resultados sociais patamares elevados de fome, pobreza e miséria em virtude da instabilidade política que se instalou, com o confisco de poupança, altas taxas inflacionárias, desemprego, corrupção e descrença da população em relação ao governo (ROCHA, 2013). Durante esse processo, o movimento pela ética na política, identificou como uma das causas geradoras da fome e da miséria a corrupção. Foi lançado, então, o movimento "Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida", coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza (Betinho), visando enfrentar nacionalmente o problema da fome e da miséria por meio de redes de solidariedade.

Em 1993, de acordo com ROCHA (2013), o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), lançou a pesquisa "Mapa da Fome: subsídios para a formulação de uma política de Segurança Alimentar". A autora destaca que o principal objetivo do documento foi estimar a dimensão da indigência no país, desagregando-a por municípios, como forma de indicar territorialmente o problema. Na época, foi revelado que cerca de 32 milhões de brasileiros com renda familiar situavam-se abaixo da linha da pobreza. Atualmente, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura estima que 820 milhões de pessoas no mundo ainda sofrem com a fome. Dessas, 34,7% milhões estão presentes na América Latina (FAO, 2019). Na década de 1990, as informações referentes à quantidade de pessoas que passam fome no mundo,

estimularam a criação do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Este conselho foi resultado das propostas do Governo Paralelo do Partido dos Trabalhadores (PT), estruturado após a derrota do candidato Lula nas eleições de 1989 e, apresentadas ao presidente Itamar Franco em 1993, que assumiu após o *impeachment* do presidente Fernando Collor. Este órgão, de caráter consultivo vinculado à Presidência da República, teve o mérito de colocar na agenda pública a temática da pobreza e da fome. Nesse contexto, a questão do direito à alimentação e as relações entre saúde e nutrição passam a ganhar relevância.

Contudo, a partir de 1995, que se ampliam intensamente os debates sobre os PTCR, quando se destacaram municípios como Campinas (Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima), Ribeirão Preto (Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima), Santos (Programa Nossa Família) e Brasília (Programa Bolsa Escola) que passam a adotá-los como estratégia de combate à pobreza. Estes programas eram voltados às famílias pobres e as iniciativas também consideravam a meta de eliminar o trabalho infantil e elevar o grau de escolaridade das crianças e de adolescentes, com a adoção de contrapartidas nas áreas de educação e saúde (SILVA *et al.*, 2006).

Ainda em 1995, com o início do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), ocorreu realizações políticas em torno do tema sobre o combate à fome no Brasil. O Plano de Combate à Fome e à Miséria e o CONSEA, instituídos no Governo de Itamar Franco foram extintos, sendo substituídos pelo Programa Comunidade Solidária (PCS) e o Conselho da Comunidade Solidária. As ações do PCS eram focalizadas apenas nos municípios brasileiros que concentravam maiores índices de pobreza extrema (SILVA *et al.*, 2006; PASQUIM; SANTOS, 2007).

A criação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o início da implantação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), em 1996, resultaram de propostas iniciais do governo federal. O BPC consistia no repasse de um salário mínimo mensal destinado à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, que comprovem não possuir renda suficiente para o seu sustento. Apesar do benefício estar previsto na Constituição Federal desde 1988, o seu repasse só teve início em 1996 (SILVA, 2006; OLIVEIRA; SOARES, 2007; SILVA *et al.*, 2006).

Em 2001, no penúltimo ano do Governo de FHC, programas como “Bolsa Escola”, vinculado à Educação e o “Programa Bolsa Alimentação”, foram expandidos.

O vínculo das famílias a estes programas estava condicionado à frequência escolar mínima das crianças, assim como a participação de ações de saúde pública. A implementação do "Programa Bolsa Escola" neste período permitiu que vários municípios e estados começassem a desativar seus próprios PTCR, sendo substituídos por programas federais (SILVA *et al.*, 2006; ROCHA, 2013).

O "Programa Bolsa Escola" alcançava famílias com renda *per capita* menor do que meio salário mínimo, com crianças entre cinco e quinze anos e, transferia mensalmente uma renda de R$ 15,00 por criança (até o máximo de três crianças por família) condicionada à frequência escolar de 85%. "Programa Bolsa Alimentação", criado seis meses depois, tinha como proposta aprimorar as condições de saúde e de nutrição de gestantes, nutrizes e das crianças de seis meses até sete anos, transferindo mensalmente, para famílias com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, R$ 15,00 por beneficiário (gestante, nutriz ou criança), considerando também o limite de três pessoas, por domicílio, desde que fossem atendidas as seguintes condições: acompanhamento no pré-natal e no puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, além da manutenção/atualização do calendário vacinal. Também se previa que as mães participassem de atividades de educação nutricional. Destaca-se aqui que as ações de educação e saúde existiam anteriormente a criação do PBF, que se deu somente em 2004. Ou seja, o PBF trouxe para o seu escopo ações que já eram anteriormente realizadas.

Neste processo, outro programa que também se mostrou expressivo foi o "Auxílio Gás" em 2002. Neste, havia a regulamentação do benefício bimensal de R$ 7,50 para a compra de gás por famílias de baixa renda inscritas em programas como "Bolsa Escola" e/ou "Bolsa Alimentação".

Cabe destacar a criança do banco de dados do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) em 2001. O CadÚnico teve como objetivo a diminuição dos casos de famílias que não apresentavam os critérios de baixa renda necessários à participação dos programas sociais, como também identificar potenciais participantes dos programas, buscando melhor focalização, evitando sobreposição de recebimento do benefício na mesma família. Como havia dificuldades gerenciais em conhecer as famílias pertencentes aos PTCR, o CadÚnico, criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) permitiu acessar informações das

famílias mais vulneráveis do país, sendo utilizado, também para a inserção em programas sociais federais (IBASE, s/d; BRASIL, 2001; BRASIL, 2007; SILVA *et al.*, 2006, BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

O CadÚnico, em vigor na atualidade, se destina às famílias que possuem renda *per capita* de até 1/2 salário mínimo ou renda mensal total de até três salários mínimos. No entanto, na primeira fase de sua execução ocorreram várias irregularidades no processo de cadastramento e atualização dos dados que dificultaram o alcance de seus objetivos. Sua iniciativa foi relevante, sendo em 2003 sua execução em todo país (SILVA *et al.*, 2006). Para receber o benefício do programa, o município deve cadastrar as famílias por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) ou pela Secretaria de Assistência Social e o domicílio deve ser registrado no CadÚnico (MDS, 2019).

O percurso histórico do processo de implementação do PBF no país se torna importante na história da transferência de renda, trazendo inflexões no que diz respeito à centralidade do tema da pobreza. Em 2003, iniciou-se o primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, trazendo mudanças direcionadas à construção de uma Política Nacional de Transferência Condicionada de Renda. O governo priorizou o enfrentamento da fome e da pobreza no país, com a inauguração da Estratégia Fome Zero, retomando o CONSEA, extinto no governo FHC como um dos órgãos de assessoramento imediato ao Presidente da República (BRASIL, 2003).

Cabe pontuar que a Estratégia Fome Zero foi elaborada em 2001 pelo Instituto de Cidadania, com a participação de diversos atores e pesquisadores que atuavam no debate da temática de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no país, além de movimentos sociais e Organizações Não Governamentais (ONG). A Estratégia teve como objetivo propor uma política nacional participativa de SAN e o combate à fome e apresentava três eixos centrais: a construção participativa da Política de SAN, a implantação de políticas públicas e o mutirão contra a fome (BRASIL, 2010; SILVA *et al.*, 2006)

Uma das iniciativas do novo governo foi instituir o “Cartão Alimentação’ (BRASIL, 2003). O “Cartão Alimentação” integrou uma das ações especificas da Estratégia Fome Zero e teve como objetivo combater a fome e promover SAN, com o repasse de recurso financeiro, sendo destinado a famílias com renda *per capita* inferior a

meio salário mínimo. Não se tratava de transferência de renda condicionada a contrapartidas pelos participantes. Neste caso, o cartão só poderia ser utilizado para adquirir alimentos (SILVA *et al.*, 2006).

Contudo, a concepção presente no "Cartão Alimentação" foi abandonada. Ocorreu a unificação dos programas "Bolsa Escola", "Bolsa Alimentação", "Auxílio Gás" e "Cartão Alimentação" no Programa Bolsa Família (PBF), em 2004, no intuito de respeitar a autonomia dos participantes no gerenciamento da renda recebida. Se esta concepção prevaleceu, o PBF manteve as condicionalidades na saúde e na educação de programas anteriores (MONTEIRO, 2011). O PBF representa importante marco na história das políticas públicas do Brasil.

2.1.2 A consolidação do Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) criado em outubro de 2003, pela Medida Provisória nº 132/2003, convertida na Lei nº 10.836/2004 apresenta-se como o PTCR de maior cobertura na atualidade. O programa tem como objetivo colaborar para a inclusão social de famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza, onde se configura o baixo acesso a bens e serviços considerados como direitos sociais. Na sua formulação, pretendia-se contribuir, por meio da transferência monetária e dos compromissos sociais, a quebra do ciclo da pobreza entre gerações (BRASIL, 2004a).

A criação do PBF representou uma ruptura com o modelo dos PTCR existentes. A unificação em um único programa trouxe uma melhor possibilidade de gerenciamento, modificando a estrutura da gestão. A gestão e execução do programa são descentralizadas e realizadas de modo compartilhado entre as três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

O PBF se diferenciou também, pelo fato de focalizar o benefício na família, assumindo esta como unidade de intervenção, e não somente a grupos específicos (crianças, adolescentes e gestantes), ainda que esta ideia ainda seja difundida pelos participantes do programa e até mesmo por alguns profissionais de saúde. Apesar disso, o PBF centraliza na mulher a preferência para a titularidade do benefício, designando responsabilidades em torno do gerenciamento do dinheiro concedido e, por acreditar que por possuírem maior cuidado com os filhos e com a família, poderia refletir em

melhor acesso aos alimentos pelas famílias participantes (IBASE, 2008). Outro fator importante também leva em consideração a destinação do benefício do programa em forma de dinheiro, pois este possibilitaria o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no que concerne ao gerenciamento da renda.

Conforme o Decreto Nº 5.209/2004, os objetivos básicos do PBF são: (i) Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; (ii) Combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; (iii) Estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; (iv) Combater a pobreza; e (v) Promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004a).

Com a instauração do PBF em 2004, ocorreu o crescimento contínuo de recursos executados pelos PTCR a cargo do MDS, que passou a organizar a integração e articulação entre os diferentes programas assistenciais. Houve, com isso, uma expansão nacional dos direitos sociais, advindos pela instauração do PBF. A focalização do PBF nos mais pobres mostra a capacidade do mesmo de identificar famílias que vivem em situação de miséria e que apresentam os piores indicadores sociais. Com isso, deveriam permitir ações emancipatórias de educação, saúde e renda direcionadas a esse público no intuito de possibilitar que os mesmos superassem suas situações de pobreza e vulnerabilidades.

Outra noção que parece ter sido advinda do PBF foi a adoção de condicionalidades (OLIVEIRA, 2012). Contudo, o que se observa no processo histórico de criação dos PTCR é o fato de que as contrapartidas sociais já faziam parte dos programas sociais existentes e que as condicionalidades na educação e na saúde continuaram a existir quando o programa foi constituído (MONTEIRO, 2011).

Ao definir condicionalidades na educação e na saúde, o Programa tinha como argumento principal a ampliação do acesso das famílias participantes, ao Sistema Único de Saúde (SUS), a educação e a assistência social, com o intuito de promover a melhoria das condições de vida da população inscrita. Segundo os documentos oficiais do Programa, o cumprimento das condicionalidades permitiria a diminuição da pobreza entre gerações, partindo do princípio que saúde e educação são capazes de, em longo prazo, aumentar a renda dos indivíduos (BRASIL, 2004; IBASE, 2008; IPEA, 2010;

IPEA, 2014). Além disso, as condicionalidades também apresentariam a ideia da capacidade do poder público oferecer tais serviços (BRASIL, 2012).

Com relação às condicionalidades relacionadas à educação do PBF, temos a frequência escolar de 85% para as crianças de 6 a 15 anos e de 75% para os adolescentes de 16 a 17 anos. Quanto à saúde, as contrapartidas para os participantes do Programa são: para as crianças, o calendário de vacinação atualizado, a vigilância alimentar e nutricional e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de sete anos; para as mulheres de 10 a 69 anos, o acompanhamento do estado nutricional; para as gestantes, o acompanhamento do pré-natal e realização de consultas nas unidades de saúde; e para as nutrizes, o acompanhamento do puerpério; além da participação das famílias em atividades educativas promovidas pelo serviço de saúde e assistência social (Brasil, 2004a; MDS, 2019b).

Ademais, aos participantes do PBF, de acordo com as informações oficiais do governo federal (MDS, 2019b), também é ofertado à possibilidade das famílias participarem em programas complementares, tais como: geração de emprego e renda, cursos profissionalizantes, microcrédito, compra de produção agrícola, oficinas de empreendedorismo e apoio as iniciativas de economia solidária. A participação nesses programas considera a perspectiva de inclusão social do Bolsa Família (BF), para além das contrapartidas de educação e saúde. Contudo, na prática, como essas ações não se configuram em contrapartidas, há descaso na formulação das mesmas, ações tão importantes para configurar as portas de saída da situação de pobreza. Assim sendo, para que a família receba o benefício, a condicionante imposta é o cumprimento de uma agenda de compromissos na educação e na saúde, além da frequência dos adultos em atividades de capacitação profissional e educação nutricional (BRASIL, 2004).

Atualmente, os valores pagos pelo PBF variam de acordo com a composição familiar e com a renda mensal por pessoa da família e número de crianças e adolescentes até 17 anos. O BF é caracterizado respectivamente pela renda familiar mensal *per capita* de até R$ 89,00 (para famílias consideradas extremamente pobres) e de até R$ 178,00 (para famílias consideradas pobres) (MDS, 2019c).

O benefício básico, no valor mensal de R$ 89,00 reais, é destinado somente às famílias que estão em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda *per capita* abaixo de R$ 89,00 reais. Os benefícios variáveis são destinados tanto a famílias em

extrema pobreza, como as em situação de pobreza. Existem quatro benefícios variáveis, a saber, sendo destinados às famílias com crianças e adolescentes até 15 anos, famílias com gestantes e famílias com nutriz. O valor mensal deste benefício é de R$ 41,00 reais por participante. Para famílias com adolescentes entre dezesseis e dezessete anos, regularmente matriculados em estabelecimentos de ensino, o valor do benefício variável vinculado ao adolescente é de R$ 48,00 reais, não podendo exceder a dois benefícios por família, conforme demonstra o Quadro 1 (BRASIL, 2016).

Quadro 1. Valor monetário concedido às famílias participantes do Programa Bolsa Família, 2019.

Perfil da Família	**Benefício Básico**	**Benefício Variável** (Criança entre 0 a 15 anos, gestantes e nutriz)	**Beneficio Variável** (Adolescente entre 16 e 17 anos)
Família com renda per capita até R$ 89,00 reais por mês	R$ 89,00	R$41,00 (Máximo de 5 benefícios por família)	R$ 48,00 (Máximo de 2 adolescentes por família)
Família com renda per capita entre R$ 89,01 até R$ 178,00 por mês	-	R$41,00 (Máximo de 5 benefícios por família)	R$ 48,00 (Máximo de 2 adolescentes por família)

*Valores atualizados conforme o Decreto nº 8.794, de 29 de junho de 2016.

Caso a família contemplada ainda permaneça em situação de extrema pobreza, mesmo ao receber tanto o benefício básico como o variável, ela ainda terá direito ao benefício para superação da extrema pobreza, a ser calculado individualmente para cada família, até que a mesma atinja o valor de R$ 89,01 reais. Este benefício passou a compor o PBF em 2012, por meio do Plano Brasil Sem Miséria, com o objetivo de erradicar a extrema pobreza (BRASIL, 2014). Trouxe como objetivo garantir a renda mínima de R$89,00 por pessoa da família participante do programa.

É importante destacar que o Plano Brasil Sem Miséria ampliou o olhar do PBF para as famílias em situação de pobreza extrema, que viviam em alto grau de exclusão social, a ponto de não conseguirem acessar as políticas sociais. Uma das estratégias do Plano Brasil Sem Miséria era a busca ativa, na qual o Estado, por meio das três esferas

de governo (Federal, Municipal, Estadual), assumia a responsabilidade de encontrar as famílias mais pobres, dando a elas o direito de serem assistidas pelos programas sociais. No que se refere à garantia de renda, incluiu dois novos benefícios do PBF, o benefício para gestante e nutriz e o benefício para a superação da extrema pobreza (BRASIL, 2014).

O Plano Brasil sem Miséria deu continuidade aos projetos elencados de combate à fome e à miséria e definiu os seguintes objetivos: (i) Elevar a renda familiar *per capita* da população em situação de extrema pobreza; (ii) Ampliar o acesso da população em situação de extrema pobreza aos serviços públicos; (iii) Propiciar o acesso da população em situação de extrema pobreza a oportunidades de ocupação e renda, por meio de ações de inclusão produtiva.

De acordo com as informações do governo federal, o PBF gerou efeitos relevantes sobre os índices de pobreza e desigualdade no país. O grande destaque do programa, nos últimos anos, foi sua relevância em conseguir retirar da situação de pobreza e miséria mais de 10 milhões de indivíduos. Atualmente, atende mais 13,5 milhões de famílias e até outubro de 2017 foram repassados R$ 2,4 bilhões de reais a essas famílias, segundo dados do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS, 2019).

O PBF relaciona-se às ações de combate à fome e à pobreza e às possibilidades de garantia da SAN, por basear-se na ideia de que a redução da pobreza depende da junção de medidas de alívio imediato das condições de privação das famílias. A transferência de renda e o investimento nas capacidades dos membros das famílias, por meio do acesso à educação e saúde, se apresentam como as possibilidades de investir em capital humano.

A transferência de renda contribui significativamente para o combate à pobreza e a promoção da SAN em um país onde há persistência na desigualdade de distribuição dos rendimentos e onde a renda familiar *per capita* ainda é o meio mais utilizado para a mensuração da pobreza. Por essa perspectiva, o PBF define a renda como critério de elegibilidade ao programa, classificando os pobres como àqueles que conseguem garantir sua alimentação e outros itens básicos, como peças de vestuário, educação, transporte e saúde, ainda que de forma insuficiente; e aos extremamente pobres os que não conseguem garantir, minimamente, sua alimentação pela renda (BURLANDY, 2007; OLIVEIRA, 2012).

Contudo, cabe enfatizar que a pobreza possui múltiplas particularidades e não simplesmente a ausência de renda para adquirir bens de necessidades básicas (OLIVEIRA, 2012). Outras dimensões sociais estão relacionadas, como o acesso aos alimentos adequados e de qualidade, educação, moradia, acesso aos serviços de saúde, ao lazer, a terra e ao saneamento. Nesse conjunto de determinantes sociais de saúde, a pobreza resulta da desigualdade social, reflexo do processo contínuo de violação de direitos, dentre eles, o descumprimento ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

A garantia da SAN refere-se à forma como a sociedade e o Estado, por meio de políticas públicas, garante o DHAA aos seus cidadãos. O exercício do DHAA permite o alcance, de forma digna, da SAN e da liberdade para exigir outros direitos fundamentais (BRASIL, 2014). Com isso, ao empenhar-se em garantir o DHAA, o PBF colabora para assegurar a SAN das populações participantes do programa.

No Brasil, a SAN é considerada um direito humano que se realiza através da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), aprovada em 2006, compreendida como:

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

Com isso, às populações vulneráveis ou participantes do Bolsa Família (BF) devem ser compreendidos como sujeitos de direitos, pois senão é atribuído ao PBF o papel de política assistencialista, não sendo compreendido seu intento como meio de garantia dos direitos sociais (OLIVEIRA, 2012). No entanto, ainda observa-se pouca compreensão em torno da alimentação como direito e, consequentemente a dificuldade de compreender o PBF como uma política que tem o intento de promover o DHAA (RAMOS; CUERVO, 2012).

No âmbito da SAN, o PBF colabora para a garantia do acesso aos alimentos de forma permanente por meio da transferência de renda regular mensal, o que possibilitou o aumento da quantidade e qualidade dos alimentos (IBASE, 2008; LIGNANI *et al*, 2010). Estudos comprovam que famílias atendidas tendem a gastar uma proporção

importante do dinheiro do BF com a compra de alimentos, principalmente para as crianças (IBASE, 2008; PAES-SOUZA; SANTOS; MIAZAKI, 2011; TABORDA, 2015).

Reconhece-se, no âmbito dos participantes do programa, a compra de alimentos com maior densidade energética e baixo teor de nutrientes, contudo, segue a mesma tendência do padrão alimentar da população brasileira. Isso pode ter significados como o consumo de alimentos que saciam a fome ou pela ação da mídia influenciando o padrão de consumo salientando o valor de *status* social, que vem reforçar que a alimentação não está isolada dos contextos culturais, psicossociais e econômicos (CANESQUI; DIEZ-GARCIA; 2005; OLIVEIRA, 2012; TABORDA, 2015).

Complementarmente, reforçamos que a perspectiva de envolvimento da SAN não se restringe à dimensão biológica do alimento ao nível de sobrevivência. Ao alimento não é incorporado somente nutriente, mas também símbolos e significados partilhados e produzidos pela convivência social, constituindo elementos significativos para a identidade social (MACIEL, 2001; CANESQUI, DIEZ-GARCIA, 2005). Portanto, somente a superação da fome física não seria fator suficiente para dizer que houve a garantia da SAN.

O padrão de consumo inadequado, observado sobremaneira também nos participantes do PBF, contribui para a prevalência do excesso de peso e obesidade e, consequentemente para o desenvolvimento de certos tipos de câncer e outras enfermidades crônicas. Esses fatores se apresentam como a mais nova face da insegurança alimentar e nutricional (IAN) presente no Brasil, onde os participantes do PBF não ficam excluídos desta situação.

Estudos demonstram efeitos positivos do PBF no que concerne a diminuição do grau de insegurança alimentar das famílias (SUZART *et al*, 2017; MARTINS; MONTEIRO, 2016; LIGNANI *et al*, 2010), na redução da mortalidade infantil (SILVA; PAES, 2019; RASELLA *et al*, 2013) e no aumento na frequência escolar (SANTOS *et al*, 2019; SIMÕES; SABATES, 2014).

As estratégias do programa em destinar transferência monetária aos participantes ocasiona alívio imediato da pobreza e da fome, possibilitando maior acesso à compra de alimentos, medicamentos, roupas e acessórios, sem necessariamente proporcionar às famílias a superação do ciclo da pobreza. Já as estratégias de médio e longo prazo,

como as ações sócio-assistenciais, de geração de emprego e renda, por serem incipientes no contexto de vida das famílias, não tendem a auxiliá-los na superação da pobreza de forma estrutural.

Somado a esses fatores, as condicionalidades de saúde do PBF partem da premissa de promoção da autonomia das famílias sobre o autocuidado com a saúde. Contudo, ainda são pouco evidentes na literatura estudos que visam compreender como ocorre o seu acompanhamento nas UBS e as repercussões de sua inserção nas práticas de cuidado das famílias e, principalmente de gestantes do PBF.

2.1.3 Interlocução do Programa Bolsa Família com a Estratégia de Saúde da Família

As condicionalidades de saúde do PBF envolvem ações de saúde que são realizadas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O entendimento deste entrelaçamento se torna importante para compreender como ocorre a interlocução das atividades exigidas pelos participantes do PBF e pelos profissionais de saúde que trabalham no território. Cabe considerar que a entrada do PBF no setor saúde, por meio das condicionalidades de saúde, pode gerar tensões e conflitos de ordem prática, a começar pela maior demanda de serviços.

As condicionalidades do PBF na saúde devem ser realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que estão contempladas na Rede de Atenção à Saúde do SUS, como consta nos documentos do Ministério da Saúde. A agenda de saúde do PBF no SUS compreende o acompanhamento e monitoramento, nas UBS de referência, de crianças menores de sete anos, além da manutenção do calendário de vacinação atualizado. Para as mulheres, entre 14 e 44 anos, são avaliados o peso e a estatura para vigilância nutricional. E, para gestantes ou nutrizes, os serviços ofertados devem ser a realização do pré-natal, a assistência à saúde da mãe e do bebê e a participação de atividades educacionais sobre alimentação e nutrição, especialmente sobre a promoção do aleitamento materno (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2014).

As UBS são equipamentos públicos reconhecidos como a porta de entrada preferencial da APS do SUS e desempenham papel central na garantia da população ao acesso de atenção à saúde e, por isso estão geralmente, localizadas próximo de onde as

pessoas trabalham, estudam e residem, ou seja, onde a vida acontece. A APS do SUS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, autonomia das pessoas e nos seus determinantes e condicionantes de saúde. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas de cuidado e considera a dinâmica das necessidades de saúde existente no território em que vivem essas populações (PNAB, 2012).

De ordem empírica, as condicionalidades de saúde do PBF são acompanhadas e organizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais fazem parte da equipe mínima da ESF e possuem como atribuições o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos participantes do programa de suas equipes de saúde. De certa forma, a articulação do PBF e da ESF deveria permitir aos participantes do programa que potencializassem as maneiras de cuidarem de si.

O sobrepeso e a obesidade aparecem como a mais nova característica da insegurança alimentar e nutricional trazendo para o setor saúde questões relacionadas às práticas de cuidado em alimentação e nutrição (ALVES; JAIME, 2014). A garantia da SAN e da saúde são interdependentes e para que um alcance seu fim, é necessário que o outro seja atendido. O direito à saúde só pode ser respeitado com a realização do direito à alimentação adequada e vice-versa (LEÃO, 2013). Logo, práticas relacionadas ao cuidado com a saúde e, inclusive com a alimentação e nutrição corroboram para a melhor saúde da população e necessitam ser investigadas como acontecem no cotidiano.

No âmbito da pobreza e da miséria, essas questões parecem ficar restritas devido à capacidade dos indivíduos adquirirem o alimento adequado, por mais que a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) apresente como objetivo principal assegurar o DHAA, a todos os indivíduos sem distinção, sendo realizada por meio da integração entre políticas e programas setoriais de modo a promover a universalização dos direitos sociais. Nesse sentido, a garantia da SAN exige uma conjunção de políticas públicas, dentre as quais a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do SUS tem importante atribuição.

A PNAN traz na sua elaboração questões relacionadas à organização da atenção nutricional no SUS e em como o setor saúde pode colaborar para a agenda de SAN.

Assim, as condicionalidades em saúde do PBF se tornam importantes meios que tem a possibilidade de garantir a SAN à população contemplada.

Estudos realizados em Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, por meio de entrevistas semiestruturadas com titulares do PBF, reconheceram mudanças na vida dos sujeitos decorrentes da garantia da renda mensal proporcionado pelo programa (MARESI, 2017; TABORDA, 2015). As modificações na vida desses sujeitos podem ter sido em parte pela agenda de compromissos a serem cumpridos pelos participantes. Com isso, implica saber se as mudanças em suas vidas apresentam relação com as práticas de cuidado de saúde ocasionadas pelas condicionalidades em saúde do PBF.

A partir dessas considerações, percebe-se a necessidade em observar e analisar como ocorre o acompanhamento das condicionalidades de saúde d PBF no contexto da ESF. Estudos que se pautem na perspectiva dos profissionais de saúde, sobretudo, dos ACS se tornam importantes para compreender como as condicionalidades do PBF são inseridas no contexto das práticas de cuidado à saúde realizadas por esses profissionais. Assim, o empírico pode possibilitar a reformulação das ações do programa trazendo mais possibilidades para a superação da extrema pobreza, garantia da SAN nas famílias e o desenvolvimento do capital humano.

2.2. AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

2.2.1 A gestão das condicionalidades de saúde: o Índice de Gestão Descentralizada

A gestão das condicionalidades exigidas pelo PBF é realizada pelos três níveis de governo de forma descentralizada. Ou seja, permite que a União, estados, Distrito Federal e municípios pactuem entre si os processos de implementação do PBF, cooperando mutuamente para os processos de combate à pobreza e à exclusão social, tendo sido consagrado na Constituição Federal pelo Pacto Federativo (MDS, 2019d).

A transferência monetária do PBF é centralizada no governo federal, enquanto o monitoramento das condicionalidades é descentralizado aos municípios no que tange a oferta de serviços de saúde e de educação. Com o intuito de melhorar a gestão e apoiar os municípios nas ações do PBF, o Governo Federal regulamentou apoio financeiro transferido mensalmente baseado no desempenho da gestão municipal. A maneira de avaliar o desempenho se dá pelo Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do PBF, criado em 2006 pelo Governo Federal (BRASIL, 2018).

O IGD é um indicador criado pela Portaria GM/MDS n.º 148, de 2006, com o objetivo de apoiar financeiramente os municípios do PBF, com base na qualidade da gestão do programa que combina integridade, qualidade e atualização das informações constantes no CadÚnico e informações sobre o cumprimento das condicionalidades nas áreas de educação e saúde (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a criação do IGD teve como intuito monitorar o acompanhamento das condicionalidades de saúde pelos municípios e destinar benefício adicional apenas para os municípios que tenham alcançado índices mínimos nas taxas do cálculo do IGD-M, além de terem aderido à gestão do Sistema Único da Assistência Social e registrado a comprovação dos gastos e a aprovação da prestação de contas do ano anterior no sistema. A prestação de contas, nesse caso, deve ser realizada a nível local, ao Conselho Municipal de Assistência Social (BRASIL, 2018).

Contudo, apesar do reconhecimento como uma estratégia inovadora, o IGD representa um modelo vinculado à meta e indicadores e se configura como um instrumento de monitoramento que cobre certos aspectos do Bolsa Família, tais como o

registro e informações municipais sobre o acompanhamento das condicionalidades e não em avaliações de campo sobre a qualidade do programa.

A criação do IGD parece reforçar a ideia de que as condicionalidades do programa devem ser cumpridas pelo setor público e não necessariamente pelos participantes, ao cobrarem desses setores o cumprimento do acompanhamento das condicionalidades. Apesar da justificativa da condicionalidade do programa ser argumentada pela exigência do cumprimento aos participantes, o que se percebe na prática é que, pelo menos, a condicionalidade de saúde não repercute em sanções aos participantes do PBF, sendo referenciada pela condicionalidade da educação.

O monitoramento do cumprimento da condicionalidade, por meio do cálculo proveniente do IGD, possibilita a identificação de municípios que podem apresentar vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços públicos a que tem direito. Só avaliar e ver a baixa repercussão de acompanhamento também não parece suscitar uma busca mais efetiva de indivíduos vulneráveis. Veremos que o fazer a condicionalidade pelos profissionais de saúde, em especial, pelos ACS parte do pressuposto da burocratização do serviço, aumentando a demanda de trabalho. E que trouxe relatos de que próximo à vigência do acompanhamento da condicionalidade, os participantes que não foram acompanhados são deslocados do sistema da unidade que são adstritos, para unidades que não realizam o seu acompanhamento, somente com a ideia de que o perfil de acompanhamento da condicionalidade atinja o percentual de 100%.

Assim, embora atualmente o Bolsa Família possa ser considerado formalmente um programa estrutural, sua capacidade de superar o ciclo intergeracional de pobreza das famílias beneficiadas ainda é uma questão a ser enfrentada. Portanto, diante das deficiências de mensuração inerentes ao IGD, não há garantia de que efetivamente o programa tem sido bem-sucedido em seus principais objetivos.

2.2.2 Argumentos na literatura em torno da condicionalidade de saúde

Segundo consta na lei do PBF e no atual Ministério da Cidadania (MDS) ao descumprir a agenda de compromissos do programa existem efeitos aplicados nas famílias que podem causar suspensão no recebimento do benefício. Esses efeitos são gradativos e dependerão do histórico de descumprimento de condicionalidades da família registrados no Sistema de Condicionalidades (SICON) do PBF, que gera o público com perfil de acompanhamento das condicionalidades.

No SICON, o gestor municipal tem acesso a todos os descumprimentos e repercussões sobre o benefício de determinada família. A notificação para as famílias são recebidas em forma de carta ou por meio do extrato do pagamento. As mensagens indicam o integrante da família que descumpriu a condicionalidade na saúde e/ou educação e o efeito aplicado. A mensagem também tem o caráter de relembrar ao indivíduo quais são as condicionalidades que devem ser cumpridas para o recebimento do benefício do PBF (MDS, 2019b).

Os efeitos do descumprimento das condicionalidades seguem uma hierarquia. No primeiro registro ocorre a *advertência*, quando a família é comunicada de que algum integrante deixou de cumprir as condicionalidades na educação e na saúde, porém não deixa de receber o benefício; no segundo registro ocorre o *bloqueio*, quando o benefício fica bloqueado por um mês, mas pode ser sacado no mês seguinte com a nova parcela; no terceiro momento há *suspensão*, quando o benefício fica suspenso por dois meses e a família não poderá receber os valores referente a esse período, podendo ser reiterado por mais dois meses e, o *cancelamento* quando a família deixa de participar do programa.

Portanto, o caráter decisório do programa de não transferir a renda pelo não cumprimento da condicionalidade parece infringir o princípio constitucional da dignidade humana e na possibilidade de acessar alimentos. Visto que a saúde é direito constitucionalmente garantido e que a transferência de renda possibilita aos indivíduos participantes a compra de alimentos, quando deixam de receber o benefício, os mesmos podem deixar de acessar a unidade de saúde mais próxima e não conseguir comprar os insumos alimentares da família.

É pertinente considerar que as condicionalidades do PBF não devem ser compromissos assumidos somente pelas famílias participantes, mas também pelo poder

público nas áreas de saúde e educação ao fornecer serviços de qualidade para garantir direitos à população (BRASIL, 2004a). Importa destacar que as condicionalidades não podem ser exigidas se o serviço não é oferecido (Segundo o Decreto 5.209/2004). Este mesmo decreto reforça que o Governo Federal estende aos demais entes da federação (estado e municípios) a responsabilidade na oferta dos serviços educacionais e de saúde para que sejam viabilizados os cumprimentos das condicionalidades por parte das famílias selecionadas (BRASIL, 2004b).

Apesar das controversas existentes na literatura sobre o desenho das condicionalidades, não há como negar que o PBF consolidou-se como a maior política pública do Brasil. Os dados mais atuais do MDS datam de 2017 e revelam que no mês de outubro deste ano, mais de 13,5 milhões de famílias foram contempladas, o que correspondeu uma transferência do governo federal no valor de R$2,4 bilhões de reais no mês, revertido em benefícios às famílias do programa (MDS, 2019).

Importa relatar, que as condicionalidades em saúde do PBF, quando pensadas, atendiam propostas que se referiam a um contexto de elevada prevalência de desnutrição infantil e de mortalidade de menores de 1 ano, com centralidade nas doenças infecciosas. Contudo, o perfil de morbidade encontrado no Brasil passou a ser caracterizado pelo predomínio de afecções originárias do período perinatal e malformações congênitas entre os menores de 1 ano e o crescimento alarmante do sobrepeso e da obesidade.

Porém, as condicionalidades de saúde do PBF não atendem adequadamente a atual necessidade de saúde, quando exige como cumprimento o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a caderneta de vacinação e o acompanhamento do pré-natal. Atualmente, importa saber, se as gestantes estão (ou não) sendo acompanhados nas suas necessidades de saúde e, se os casos de sobrepeso ou de obesidade estão sendo acompanhados, ou seja, se as condicionalidades em saúde do PBF contribuem para melhorar as práticas de cuidado em saúde dos participantes no que tange a esses perfis de morbidade.

Sobre o tema, encontramos diferentes posicionamentos em relação às condicionalidades do PBF. Para o MDS, as condicionalidades oportunizam o acesso às políticas de saúde e educação para superar a pobreza e promover a inclusão social. Para o Governo Federal, a construção de uma sistemática rede de acompanhamento das

condicionalidades do PBF consiste numa responsabilidade compartilhada entre a família, que deve buscar o exercício de seus direitos de cidadania, e o poder público, que deve ofertar os serviços em quantidade e qualidade adequadas às necessidades da população (IBASE, s/d).

Zimmermann (2006) e Silva (2006a) salientaram que o cumprimento das condicionalidades do PBF para receber o benefício não está pautado na ótica do Direito Humano: "*a um direito não se deve impor contrapartidas, exigências ou condicionalidades, já que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos"*. Para que o PBF se torne efetivamente uma política de Direitos, Mariano e Carloto (2009) ressaltam que seria necessário que a gestão do programa criasse mecanismos de estímulo às famílias participantes a frequentar os serviços de saúde e educação, sem necessariamente tornar essas ações partes obrigatória para a concessão dos benefícios.

Monnerat *et al.* (2007) afirma que, no Brasil, a exigência do cumprimento das condicionalidades poderia se afirmar como uma tentativa de ruptura do ciclo da pobreza, visto que o país apresenta diversas fragilidades no processo de garantia de proteção social. Contudo, não julgaram adequado condicionar qualquer direito social a contrapartida dos participantes, vendo no descumprimento da condicionalidade restrição aos direitos. Para outros autores, as condicionalidades não implicam em imposição, visto que exigem das famílias o que já deveria ser realizado cotidianamente, como o acesso à escola e aos cuidados relativos à saúde.

Outra questão relacionada às condicionalidades diz respeito à desigualdade de gênero, quando o PBF prioriza a mulher para a titularidade do benefício. A participação no programa condiciona o recebimento do recurso ao cumprimento de condicionalidades, entendidas e construídas socialmente como tarefas obrigatórias das mulheres. Assim, ao programa pode reforçar a responsabilização da mulher nas atividades relacionadas ao sucesso ou fracasso na superação da pobreza (MARIANO; CARLOTO, 2009).

Justificativas apontadas por Lindert (2007) sobre as condicionalidades do PBF vão ao encontro com a perspectiva de que se o participante perde o benefício, estes demandariam mais serviços de saúde e de educação. A outra argumentação da condicionalidade do PBF seria a de servir como uma ou *"red flag"*. Os que adotam este

modo de justificar as condicionalidades defendem que o não cumprimento das mesmas deve ser tomado como um alerta sobre vulnerabilidade de certos grupos ou como insuficiências nas ações dos serviços de saúde e da escola.

Neste sentido, a condicionalidade da saúde ajudaria mais para ressaltar os esforços das equipes desses serviços no intuito de buscar mais ativamente aqueles que não a cumprem. Esta parece ser uma justificativa bastante aceita nos formuladores do PBF no Brasil. Documentos governamentais falam de uma grande melhoria na verificação das condicionalidades, mas ressalta que ela se deu em paralelo à construção de um modelo de gestão que afirma direitos sociais e se contrapõe à perspectiva punitiva.

É importante pontuar que entre 2006 e 2013, a proporção de crianças entre 6 e 15 anos com acompanhamento de frequência escolar passou de 62,8% para praticamente 95,0% e o número de famílias acompanhadas pela área de saúde, de 33,4% para 73,4%. Essa evolução ocorreu sob um mecanismo de acompanhamento que não objetivava retirar do PBF as famílias que descumpriam as condicionalidades, pois enxerga o “descumprimento” como um sério indicativo de vulnerabilidade social. Neste sentido, a punição passou a não ser vista como indutora de um melhor comportamento dos participantes, aumentando a responsabilidade do serviço de saúde com a execução das condicionalidades.

Outra justificativa menos admitida em documentos oficiais é de legitimidade política e de viabilidade de um programa de transferência de renda para população pobre. Este argumento parte da premissa de que há resistências às propostas de transferência de renda que não sejam acompanhadas de alguma condição por parte dos participantes. Daí, criar condicionalidades, ainda que não operem nem pela lógica da indução direta do comportamento dos beneficiários, nem a lógica dos maiores esforços institucionais, ela teria um papel quase ideológico de reduzir as resistências a tais programas de transferência de renda.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar a repercussão da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família sobre as práticas de cuidado à saúde para gestantes.

3.2 Objetivos específicos:

- Delinear o local de estudo quanto às práticas de saúde realizadas pelos profissionais da ESF;
- Analisar o acompanhamento da condicionalidade de saúde para gestantes participantes do PBF realizadas pelos ACS;
- Analisar as diferenças nas práticas de cuidado a saúde dos ACS para gestantes participantes e não participantes do PBF;
- Analisar as diferenças no tratamento de saúde para gestantes realizadas pelos demais profissionais de saúde da ESF e do CMS;
- Compreender o entrelaçamento da condicionalidade de saúde do PBF com as ações da ESF no território estudado.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem Teórico-Metodológica

Esta pesquisa se inseriu no contexto das práticas de saúde realizadas por profissionais de saúde às gestantes participantes do PBF. Ao entrar no campo de pesquisa e me configurar como pesquisadora no CMS foi necessário me despir da formação de profissional de saúde para que eu pudesse compreender estranhamentos que são naturalizados neste território pelos profissionais entrevistados. A partir desses estranhamentos, o presente estudo possibilitou configurar elementos importantes no que tangia às práticas de saúde relacionadas às condicionalidades do PBF.

Este estudo é do tipo exploratório e apresenta abordagem qualitativa com o uso de técnica de pesquisa de entrevistas semiestruturadas individuais e observação não participante. Faz parte de uma pesquisa maior intitulada "Programa Bolsa Família: as condicionalidades e as práticas na atenção básica", coordenado por docentes do Instituto de Nutrição Josué de Castro/UFRJ e de outras instituições de ensino superior. A pesquisa se ocupou das repercussões das práticas de cuidado à saúde da condicionalidade de saúde em gestantes participantes do PBF no contexto de uma ESF localizada em um CMS na cidade do Rio de Janeiro. Ela derivou da experiência em pesquisa do grupo de Pesquisas sobre Segurança Alimentar e Nutricional em Duque de Caxias (SANDUC) sobre pobreza, insegurança alimentar e o PBF.

Para o entendimento e compreensão dos discursos enunciados pelos sujeitos foi adotada a abordagem teórico metodológica de Mary Jane Spink (2013). Esta autora parte da premissa teórica de que nenhum vocabulário é dissociado de suas práticas. No caso deste estudo, se transfere a noção de que as práticas discursivas dos profissionais de saúde não são dissociadas de suas práticas sociais, ou seja, das suas práticas de saúde. Assim, ao perceber nos discursos vocabulários diferentes, procurou-se valorizá-los e compreendê-los no contexto de produção de fala e das práticas sociais desses sujeitos.

A abordagem utilizada por Spink (2013) parte da proposta de valorização de fragmentos de discurso que dizem muito sobre as singularidades dos sujeitos. Procurou-se, deste modo, se atentar especialmente para vocabulários nativos distintos do

vocabulário da analista, pois esses são vistos como integrantes das práticas discursivas dos agentes e falam das suas práticas sociais. Assim, os sentidos oriundos dos discursos emanam de forma diferenciada, pois os vocabulários adotados falam muito mais das práticas que desconhecemos.

4.2 Local da pesquisa

Para a realização do estudo foi selecionado um Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado na Área Programática (AP) 3.1 da cidade do Rio de Janeiro. A escolha deste local para a realização da pesquisa se deu pela possibilidade de inserção de um dos estágios do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2016.

Atualmente, o CMS é uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), modelo de atenção B (mista) que são unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território. O CMS de estudo é composto por quatro equipes de saúde da família e uma equipe parametrizada. Em 2015, houve a inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no CMS, sendo as equipes formadas, no momento da pesquisa, por: assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga; cada profissional atendendo duas equipes de saúde. Este CMS também apresenta o título de “Unidade Básica Amiga da Amamentação”. Por questões éticas, maiores informações não podem ser descritas para evitar o reconhecimento do local e dos profissionais de saúde entrevistados.

4.3 O caminhar no campo de pesquisa

A entrada no campo pela pesquisadora se deu em março de 2018 por meio de conversa com a diretora da unidade. Ressaltamos que neste momento ainda não havia a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, a diretora se apresentou muito satisfeita e interessada na pesquisa, permitindo a entrada da pesquisadora na unidade sem nenhuma intercorrência.

A princípio houve a participação da pesquisadora no acompanhamento de consulta da nutrição realizado pelos estagiários e nutricionista; em reuniões de

colegiado gestor onde a pesquisadora foi apresentada pela diretora aos profissionais de saúde presentes; reuniões das equipes de saúde da família (com médico, enfermeiro, ACS, psicólogo, educador físico e assistente social) e observações na entrada da unidade onde acontecia o acolhimento. O conhecimento do território e a aproximação com os profissionais foram fundamentais para que não houvesse tantos estranhamentos quando do convite para as entrevistas, embora alguns tivessem apresentado resistência à concessão das mesmas.

Após a realização das primeiras observações de campo, ocorreram modificações na gestão do CMS. O projeto foi novamente apresentado para a nova gestão da unidade, e as entrevistas foram realizadas como previsto no projeto.

Após a aprovação no CEP, antes de dar início a qualquer entrevista, a pesquisadora realizava observações ao chegar na unidade e, posteriormente perguntava aos profissionais de saúde sobre a possibilidade de entrevistá-los. Alguns prontamente se prontificaram. Outros profissionais não se sentiram à vontade para serem entrevistados ressaltando sobre o não retorno de pesquisas anteriores que utilizaram a mesma metodologia do presente trabalho. Outros profissionais de saúde não se mostraram disponíveis alegando grande demanda de serviço. Apesar da resistência inicial, foram realizadas 15 entrevistas (nove com ACS e 6 com profissionais de saúde).

Originalmente o projeto previa a entrevistas de gestantes da unidade, porém a dinâmica do campo impossibilitou a realização das entrevistas (o número reduzido de dias de atendimentos para as gestantes e as dificuldades de reconhecer aquelas que participavam do PBF).

Dos convidados a participar da pesquisa, sete profissionais de saúde se recusaram a participar do estudo. Um dos profissionais de saúde entrevistado concedeu a entrevista, mas não permitiu a gravação das entrevistas apesar de ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As anotações geradas na conversa nesta entrevista não foram utilizadas na análise.

4.4 Sobre os entrevistados

As entrevistas apresentaram um roteiro mínimo a depender da interação do sujeito com o CMS (se era ACS e demais profissionais de saúde).

O roteiro para os profissionais de saúde levaram em consideração suas trajetórias profissionais na unidade, o que eles compreendiam sobre o PBF, quais eram as ações que realizavam para as gestantes do PBF e se haviam ações diferenciadas ao público gestante participante do PBF. As entrevistas realizadas foram semiestruturadas, individualizadas, combinando um roteiro com questões formuladas previamente (Apêndice A) e outras perguntas feitas de modo a permitir a narrativa livre do entrevistado. Em alguns casos, na aplicação da entrevista, foram feitas perguntas adicionais não previstas no roteiro original, no sentido de melhor esclarecer/detalhar conteúdos enunciados pelos entrevistados.

As entrevistas com os ACS ocorreram no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019. Os ACS entrevistados abrangiam as cinco equipes de saúde existentes no território, com o intuito de observar similaridades, mas também singularidades e particularidades nos seus discursos no que tangia às práticas de cuidado à saúde. A escolha de entrevistar primeiros os ACS se deu (i) pelas ações destes profissionais no território de abrangência das equipes (ações essas fundamentais no acompanhamento dos usuários) e (ii) com o intuito de que não houvesse interferência nas percepções e nos achados das entrevistas por parte da pesquisadora.

Foram realizadas ao todo 14 entrevistas (nove ACS, cinco demais profissionais de saúde (PS)) entre os meses de dezembro de 2018 a junho de 2019. Todas estas entrevistas foram conduzidas pela autora e registradas em gravador digital. O “diário de campo”, realizado na forma de áudio, também foi instrumento utilizado que permitiu a pesquisadora o retorno ao *setting* da pesquisa, auxiliando em reflexão sobre a postura adotada dos entrevistados e da pesquisadora como fluidez da conversa, interrupções no momento da entrevista e ao que passou despercebido.

4.6 Análise das entrevistas

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas pela autora em documento word com uso do programa VLC Media Player. As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando particularidades na linguagem de cada sujeito, inclusive vícios de linguagem, repetições e erros de concordância, pois assim se permitiu a melhor compreensão das realidades vivenciadas pelos sujeitos. Foram sinalizados os silêncios,

as interjeições, palavras ou expressões retratadas com ênfase, assim como os trechos não compreendidos.

Para a fase de interpretação dos dados coletados foi utilizado o método adaptado de análise de conteúdo (AC) do tipo temática proposto por Bardin (2011) e conjugado a abordagem teórico metodológica de Spink (2013). Ao realizar a análise temática podemos buscar os significados das falas onde o importante é a presença de determinados temas que denotam relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou ocultos no discurso (MINAYO, 2007).

O método conjugado de Spink (2013) propôs especial atenção ao reconhecimento dos vocabulários nativos - distintos do vocabulário da analista -, pois estes são vistos como integrantes das práticas discursivas dos agentes e indicam as suas práticas sociais.

A análise temática foi realizada em três etapas:

(i) *fase de pré-análise*: nesta etapa ocorreu a organização do material que consistiu na leitura das entrevistas transcritas para que houvesse a impregnação dos conteúdos e fossem sistematizadas as ideias iniciais. Nesta etapa também ocorreu a leitura do material das entrevistas transcritas (onde se começou a ter o contato com o texto) para que pudesse haver a impregnação dos conteúdos pela pesquisadora e da escuta do material produzido no campo. Houve também a escolha das narrativas com a demarcação do que seria utilizado;

(ii) *fase de exploração do material*: este momento objetivou a categorização temática dos conteúdos, com a formação de categorias que consistiu na redução do texto às palavras e expressões significativas com vista à formação *do corpus* de análise. Essa etapa possibilitou a interpretações e inferências por meio da descrição analítica.

Neste momento, houve o processo de categorização ao selecionar trechos de fala e foram selecionados marcadores de reconhecimento de quem as proferiu. Houve aqui uma adaptação da análise formal dos conteúdos. Enquanto na AC há um agrupamento das falas dos sujeitos, que não salienta as particularidades do contexto de produção de fala, a conjugação com o método de Spink (2013) permitiu observar as singularidades

no contexto de produção do discurso, conectado com as práticas sociais dos sujeitos entrevistados. Especial atenção foi dada a busca pelo reconhecimento de vocabulários nativos, capazes de serem percebidos nos resultados.

(iii) *tratamento dos dados obtidos e interpretaçã*o: esta fase implicou na definição dos temas e na construção dos significados e sentidos conjuntamente com o diálogo em literatura existente. Nesta fase houve a condensação e o destaque das informações para a análise onde houve o momento da análise reflexiva.

Ressaltamos aqui que a conjugação dessas análises permitiu a observação detalhada de termos utilizados por esses profissionais que só apresentam sentido no contexto de suas práticas. Após a análise das categorias temáticas dos profissionais de saúde, escolhemos apresenta-los em formato de dois artigos, que trouxeram os elementos mais surpreendentes no contexto de práticas de profissionais de saúde no contexto do PBF.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido em maio de 2018 ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ) e da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e, aprovado em setembro de 2018 (Parecer 2.901.653). Cabe destacar que foram atendidos os princípios éticos de pesquisa contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e que qualquer informação obtida no estudo será confidencial. As perguntas que possam aparecer nas entrevistas não identificaram risco aos profissionais de saúde e às gestantes envolvidas, havendo total anonimato em relação às informações individuais fornecidas.

Os profissionais de saúde foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e posteriormente convidados a participar da pesquisa. A partir da permissão autorizada e assinadas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizadas entrevistas gravadas no CMS estudado. Neste, consta informações pertinentes ao anonimato dos entrevistados, o contato das pesquisadoras para possíveis dúvidas e no caso de haver desistência da pesquisa.

As informações obtidas nas entrevistas serão inutilizadas após a elaboração do relatório final da pesquisa, visando preservar a privacidade das participantes. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para esta pesquisa e serão divulgados em eventos e revistas científicas, de forma sigilosa e anônima sem a identificação das participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Manuscrito 1 - Condicionalidade do Programa Bolsa Família nas práticas de cuidado de gestantes por Agentes Comunitários de Saúde

Revista à submissão: Ciência e Saúde Coletiva

Resumo:

A condicionalidade em saúde do Programa Bolsa Família (PBF) é compromisso realizado pela população gestante no que tange ao acompanhamento do pré-natal. O objetivo deste estudo foi compreender o entrelaçamento nos cuidados à saúde realizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população gestante voltado ao cumprimento da condicionalidade do PBF. Este estudo é do tipo exploratório com o uso da abordagem metodológica qualitativa, onde se configurou a realização de entrevistas individuais semiestruturadas com nove agentes comunitários de saúde (ACS) de um Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado na cidade do Rio de Janeiro. A Análise de Conteúdo (AC) foi a técnica empregada adaptada pelas práticas discursivas. Os resultados demonstraram que a condicionalidade de saúde de acompanhamento do pré-natal não possibilitou práticas de cuidado à saúde diferenciada às gestantes participantes do PBF, visto que as ações são as mesmas já realizadas pela ESF. Os ACS apesar de se reconhecerem como "ponte" de informações entre o serviço de saúde e a comunidade, não possuem o entendimento do PBF como direito. Evidenciamos que o "fazer" a condicionalidade de saúde suscitou maior demanda de serviço para os ACS que pautam suas ações em preenchimento de metas estabelecidas pelo PBF e, com isso suas ações não repercutiram em acompanhamento de saúde para as gestantes. Esse estudo pretende contribuir para a reflexão teórica sobre a exigência da condicionalidade de saúde no desenho do PBF.

Palavras chave: Programa de transferência de renda, Atenção Primária à Saúde, gestante e cuidado à saúde.

Introdução

Este trabalho pretende contribuir para a compreensão dos entrelaçamentos entre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas práticas de cuidado à saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como foco o acompanhamento do pré-natal de gestantes participantes do programa.

Tendo como premissa de que a Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde e a educação como direitos sociais, o texto constitucional reconhece que o Estado tem o dever de garantir o acesso às ações e serviços de saúde à população (1). Ao longo da década de 1990, e como parte do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolveu-se a ESF, como uma forma de expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS).

É importante ressaltar que as equipes de saúde da família, inseridas na ESF, assumem a responsabilidade no acompanhamento da saúde dos residentes em seu território de atuação, tanto no sentido de promover a saúde, como de dar resposta as necessidades assistenciais. As equipes da ESF atuam não apenas nas unidades de saúde, mas desenvolvem ações no território, que incluem visitas domiciliares aos moradores cadastrados, além de esforços ativos para assegurar o acompanhamento daqueles que apresentam necessidades diferenciadas (2). No contexto das ações realizadas na ESF, cabe destacar que os ACS são os profissionais que se encarregam de muitas dessas ações territoriais, dentre elas o acompanhamento das condicionalidades de saúde de gestantes participantes do PBF (3).

O PBF consiste em um programa de transferência condicionada de renda (PTCR) adotado pelo Brasil para a superação da fome no inicio deste século. Porém, desde o final dos anos 1990, os PTCR ampliaram-se na América Latina com o propósito de atenuar a situação de pobreza, e permitir às famílias participantes o maior acesso à saúde e educação. Os PTCR têm como premissa o alívio da pobreza mediante a transferência direta de renda, ao mesmo tempo em que exige das famílias contempladas o cumprimento de condicionalidades incentivando-as a realizarem investimentos em capital humano (4,5,6).

Em 2004, o governo brasileiro adotou o PBF como resultado da unificação de programas de transferência de renda existentes anteriormente no país (7). O PBF se configura como um dos maiores PTCR da América Latina destinado à superação da extrema pobreza, e apresenta três eixos estruturantes: (i) o complemento da renda com o objetivo de alívio imediato da fome; (ii) a articulação com ações socioeducativas, contribuindo para que a família supere a situação de vulnerabilidade; (iii) e o acesso aos direitos por meio das condicionalidades exigidas na área da educação e da saúde (8). Para serem inseridas no programa, as famílias são classificadas de acordo com a renda mensal *per capita* para o recebimento do benefício. Famílias em situação de pobreza recebem somente o benefício variável a depender da composição de crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes; enquanto, famílias extremamente pobres recebem, além dos benefícios variáveis, o benefício básico no valor fixo de R$89,00 (8).

Quanto às condicionalidades de saúde, o programa considera que os participantes devem cumprir as seguintes metas: manter o calendário de vacinação atualizado, realizar a vigilância alimentar e nutricional e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (para crianças menores de sete anos); mulheres de 10 a 69 anos deverão manter o acompanhamento do estado nutricional; para as nutrizes e gestantes, o acompanhamento do puerpério e do pré-natal, respectivamente (9,8). Este trabalho se ocupa, apenas, das condicionalidades direcionadas às gestantes.

Estudos indicam o êxito do PBF tanto em termos de redução da insegurança alimentar (10, 11,12) como no que se refere ao impacto sobre a redução da mortalidade infantil (13, 14). No que diz respeito às contribuições das condicionalidades para a população participante, há controvérsias na literatura até o momento. Alguns autores assumem que as condicionalidades, ainda que não funcionem em termos de elevação do capital humano, exercem um papel de legitimação do programa de transferência de renda, uma vez que há resistências nas transferências monetárias sem a exigência de obrigações por parte dos participantes (6). Outros autores cogitam que as condicionalidades funcionam como um alerta para as instituições públicas das áreas de educação e da saúde. Nesta acepção, o não cumprimento das condicionalidades indicaria uma alta vulnerabilidade das famílias e, com isso demandaria maior esforço por parte dos agentes públicos (15). Esta parece ser a posição predominante do PBF, e seria coerente com o reconhecimento de que o acesso à saúde e a educação seriam

fundamentalmente direitos de todos, e a situação da superposição do PBF com políticas de saúde e educação de alcance universal.

Corrobora com esse entendimento o desenvolvimento do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), indicador criado em 2006, tendo como foco avaliar a cobertura do programa e desempenho do acompanhamento das condicionalidades pelos governos municipais e estaduais (16). Um volume de recursos é repassado pelo governo federal para o governo municipal em função do seu desempenho. Incentiva-se assim, a participação ativa do governo no acompanhamento das condicionalidades, inclusive nas famílias cuja vulnerabilidade dificulta o cumprimento das condicionalidades.

Nesse contexto, estudos referentes às condicionalidades de saúde ainda são poucos documentados e consideram somente a avaliação dos efeitos e dos impactos na saúde (17, 18, 19). Até o momento, existem lacunas sobre as formas de produção de cuidado à saúde para os participantes do PBF (20), visto que existem indícios na literatura de que a condicionalidade por si só não permite o acesso das famílias a um contexto mais integral de saúde (21). Este trabalho toma como objeto a intercessão das condicionalidades de saúde do PBF no contexto das práticas de cuidado efetuadas pelos ACS na ESF, direcionadas às gestantes.

Métodos

Este artigo apresenta como método a pesquisa qualitativa do tipo exploratória. A unidade de saúde pesquisada foi um Centro Municipal de Saúde (CMS) situado na cidade do Rio de Janeiro. Ela é considerada um CMS por coexistir em seu território a ESF e o modelo tradicional de assistência à saúde, pautada em ambulatórios e clínicas especializadas. A unidade possuía quatro equipes de saúde da família, com quatro a seis ACS cada e uma equipe parametrizada. No momento da pesquisa as equipes de saúde da família possuíam cobertura de 97% de usuários acompanhados pela condicionalidade de saúde do PBF. Esse desempenho corroborou na escolha da unidade, além do fato dela ser referência em atendimentos prestados ao público materno infantil e ser reconhecida como uma unidade amiga da amamentação. Com isso, acreditou-se que a unidade possuía formas peculiares no atendimento deste público, justificando o olhar sobre as diferentes dimensões dos cuidados prestados à população gestante.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais que combinaram roteiro com questões formuladas previamente (Como foi sua trajetória profissional nesta unidade?; Como são as ações de saúde que você realiza no CMS?; O que você compreende pelo PBF?; Como são as ações de saúde que você realiza para as gestantes participantes do PBF?) com outras que aconteceram durante a conversa, o que permitiu que o pesquisador realizasse indagações sobre o que se pretendia saber sobre o campo. Ao mesmo tempo, possibilitou que o entrevistado tivesse uma reflexão livre e espontânea sobre os assuntos abordados (22).

Nessa perspectiva, os entrevistados puderam discursar sobre a rotina de trabalho, as percepções sobre famílias em situação de vulnerabilidade, a compreensão do PBF e as condicionalidades de saúde implementadas no território, especialmente, aquelas direcionadas ao público gestante.

A seleção dos entrevistados foi realizada de modo a permitir que o estudo contemplasse as cinco equipes de saúde existentes no território permitindo observar tanto as similaridades, como as singularidades e particularidades no que tangia às práticas de cuidado à saúde. Desta forma, o critério de saturação dos dados foi utilizado como proposto por Minayo (2017) (23), sendo entrevistados oito ACS, que apresentaram como características: um profissional do sexo masculino; o tempo de serviço variando de 3 a 9 anos; todos tinham o ensino médio completo, sendo que um cursava o ensino técnico em enfermagem e outro cursava o ensino superior em enfermagem.

Primeiramente, o material empírico foi transcrito na íntegra e organizado de modo a procurar nos discursos elementos mais recorrentes, semelhantes e discrepantes. A Análise de Conteúdo (AC) foi utilizada, porém foi percebido no decorrer da análise sutilezas inerente ao discurso dos sujeitos. Desta maneira, privilegiou-se a conjugação por meio da abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas de Spink (2007) onde especial atenção foi dada ao reconhecimento dos vocabulários nativos - distintos do vocabulário da analista -, pois estes são vistos como integrantes das práticas discursivas dos agentes e indicam as suas práticas sociais.

Assim, os resultados apresentados destacam os seguintes núcleos temáticos: (i) como os ACS descreviam suas práticas de cuidado à saúde; (ii) o ACS como “ponte”; e (iii) o “fazer” a condicionalidade de saúde do PBF. A última fase consistiu na

interpretação dos resultados e na inferência com a literatura para produzir significado e validades dos achados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em setembro de 2018 (Parecer 2.901.653). Os ACS foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e posteriormente convidados a participar da pesquisa. A partir da permissão autorizada e assinada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram realizadas entrevistas gravadas no CMS estudado. As entrevistas ocorreram no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019.

Resultados

Como os ACS descrevem suas práticas de cuidado à saúde?

As visitas domiciliares (VD), a busca ativa e o acolhimento aos usuários na unidade de saúde foram elementos referenciados por estes profissionais como mecanismos que estruturavam a organização das suas práticas. A organização das VD, realizada individualmente e sistematizada de acordo com o perfil de morbidade encontrado no microterritório apresentou-se como norteadora no estabelecimento de suas programações.

> *"eu já separo as casas que eu vou, dos hipertensos, dos diabéticos, das gestantes." (ACS2)*

> *"tem gestante de alto risco, tem que ver toda semana e não uma vez por mês. Uma criança que está com déficit e que não tá conseguindo pegar peso, a gente tem que acompanhar direitinho. (...) É tudo orquestrado." (ACS1)*

> *"Até porque você tem aquele pessoal da linha de cuidado, né? Gestante, hipertenso, diabético, paciente que você tem que ver diariamente." (ACS4)*

O acompanhamento dos usuários pareceu ser direcionado, prioritariamente, pelo estabelecido pela linha de cuidado determinado pela ESF, com foco importante para o grupo gestante. Percebeu-se que o que ficou instituído, enquanto organizador de suas visitas e práticas se baseava no perfil de doença da população do território. A organização foi sistematizada pelas necessidades de saúde, sendo "orquestradas" antecipadamente ao que pudesse ser encontrado no território. As visitas às gestantes, portanto, ocorriam mensalmente, e no caso daquelas com alto risco, as visitas aconteciam em maior periodicidade. Possível mencionar a observação de que as visitas foram organizadas pela condição de gestante e não pelo possível acompanhamento da condicionalidade de saúde exigido pela gestante participante do PBF.

> *"Gestante você faz visita todo santo mês. Ela querendo ou não querendo ver o meu rostinho lá ela vai ver." (ACS3)*

A busca ativa apareceu como outro elemento fundamental na organização do serviço dos ACS. Eles reforçaram que a busca ativa remetia a um cuidado pontual, de caráter emergencial quando da ausência do usuário ao serviço de saúde.

> *"A visita domiciliar é algo constante. A busca ativa é algo pontual. É como se fosse um alarmezinho para você ir atrás." (ACS3*).

O "alarmezinho" evidenciado nesta fala demonstrou que a busca ativa se manifestou como elemento importante de prática de cuidado à saúde da ESF, especialmente, aos direcionados às gestantes, apesar de ainda parecer cerceado este

entendimento pelo ACS, que descreve a ação como algo pontual. Com isso, se depreendeu que existiam mecanismos na ESF capazes de perceber quando uma usuária não comparecia a unidade de saúde, possivelmente por alguma situação de vulnerabilidade. Ou seja, o ACS, por ser aquele profissional que está mais próximo à comunidade, procurava a usuária na tentativa de compreender os motivos da ausência no serviço.

> *"Hoje mesmo eu agendei duas gestantes, cheguei lá na porta e elas estavam dormindo. Ai, fiquei sentada, esperando...elas são um pouco preguiçosas, então tem que estar bem no pé mesmo assim." (ACS2)*

O termo "preguiçosas" atribuído às gestantes nesta fala não se referiu a um significado pejorativo da expressão, mas revelou um sentimento de cuidado à saúde que compreendeu a visita do profissional como algo que vai além da obrigação. O contexto de enunciação desta fala foi revestido de carinho, do reconhecimento de que a gestação provoca sonolência às gestantes, então se aguarda para conseguir falar com ela. Ou seja, o cuidado vigilante praticado pelo ACS às gestantes não se limitou ao fato da mesma ser participante do PBF, mas pela mulher que, presente no seu território, demandou no contexto da saúde uma atenção diferenciada pela sua condição. Salientamos que este fato ocorreu independentemente da gestante ser participante do PBF ou mesmo pela determinação da condicionalidade.

> *"Por ser gestante pra mim já é o suficiente. Precisa ser do bolsa família não." (ACS3)*

O acolhimento, outro elemento citado como organizador estruturante do serviço dos agentes foi compreendido como uma espécie de lugar que tinha dia e horário para acontecer na unidade de saúde e não como o trabalho realizado por eles ao caminhar pelo território ou realizar as VD. O entendimento do conceito de acolhimento deveria

sugerir mais do que uma recepção aos usuários ao serviço de saúde, mas a todo serviço prestado por este profissional. Contudo, na linguagem dos ACS, o acolhimento foi percebido como um momento restrito que acontecia em lugar determinado, somente na baia de atendimento. Inclusive, quando não se tinha muito que fazer, ocorria também o preenchimento das VD no sistema informatizado da unidade. Assim, as visitas foram "lançadas" para que o serviço pudesse ser adiantado e as metas alcançadas.

> *"E tem meu horário de jogar visita também, até mesmo quando eu tô no acolhimento também, eu vou jogando, deixo tudo anotadinho e já vou lançando as visitas, né? Que temos uma meta de 144 visitas mensais." (ACS2)*

No entanto, nas ações práticas de cuidado à saúde, o caminhar pelo território pareceu ser elemento fundamental na observação das realidades da comunidade e que permitiu que as necessidades fossem compreendidas no encontro com as pessoas.

> *"Quando eu vou na área, a gente tem prioridades. Eu vou visitar fulano. Mas eu vi a porta aberta, a porta que eu achar aberta, eu páro. Eu não quero saber!" (ACS1)*

> *"eu gosto de estar no meio dos idosos, são bem carentes. Tem uns de 80 anos que vivem sozinhos, de 90 que não tem família. Ai você fica lá umas duas horas, tira aquele momento só pra ele. Tá só conversando, mas só conversar já é o suficiente para eles, entendeu?" (ACS2)*

O ACS é o profissional de saúde que vivencia as singularidades e particularidades do território por residir na comunidade ao qual trabalha. O entendimento por eles de que uma conversa com um idoso e a possibilidade de perceber

a “porta aberta” e se permitir conversar com os usuários para o entendimento de suas demandas de saúde evidenciaram que os ACS buscaram compreender as necessidades de saúde dos indivíduos do território, para além do que fica estipulado pelas linhas de cuidado da ESF. Deste modo, fortaleceu o acesso desses indivíduos a unidade de saúde e proporcionou a compreensão de que podem ser considerados como a “ponte” entre o território e a unidade de saúde.

O ACS como “ponte”

> *“O agente comunitário de saúde é uma ponte entre a comunidade e a própria unidade de saúde.” (ACS1).*

O elemento presente primariamente nas narrativas dos agentes entrevistados foi a compreensão sobre suas atividades representarem a “ponte” para os cuidados relacionados à saúde. Podemos entender a ponte como algo que estabelece a comunicação entre dois pontos. No caso dos ACS, ao fazer inferência sobre “ser a ponte”, se reforçou a ideia deste enquanto mediador entre a unidade de saúde e o território. Com isso, para os ACS, sua função:

> “*visa aproximar a comunidade e despertar as pessoas dos direitos e dos deveres delas também para com a sua saúde” (ACS1).*

Assim, a fala remeteu que a população precisava buscar o conhecimento sobre os seus direitos e deveres em relação à saúde. O “despertar” assumiu o significado que os usuários não apresentavam conhecimentos sobre os direitos e que por isso necessitavam de um mediador que levaria as informações aos mesmos. Neste sentido, os ACS se reconheceram como membros que possibilitaram o acesso às informações para que a população tivesse conhecimentos sobre seus direitos, auxiliando no “fazer

saúde” do território. O desconhecimento percebido pelos ACS em relação aos usuários se estendeu, inclusive, sobre os direitos relacionados aos serviços específicos oferecidos na unidade de saúde.

> *“tem gente que é diabético e não sabe que ele sendo diabético insulino dependente, ele pode pegar o aparelho na unidade, as fitas, as coisinhas, eles sabem e acham que aqui não tem”. (ACS1)*

É interessante observar que, na visão dos ACS, a população não sabia como cuidar de si e desconhecia, até mesmo, a forma como chegar à unidade e a quem procurar no equipamento de saúde. Assim, os ACS também se reconheceram como elemento difusor do direito ao acesso do Sistema Único de Saúde (SUS). A compreensão e o entendimento de que o SUS é um direito e que, por isso, todos devem utilizá-lo foi recorrente nos discursos. Para alguns, a fala enfática foi carregada de sentimento de que se não for fortalecido e feito o seu uso, o mesmo pode acabar. Dessa maneira, os ACS reforçaram que o SUS é um direito e que deveria ser utilizado por todos independente da condição de ter plano de saúde.

> *“Independente de ter plano de saúde ou não, o SUS é nosso, nós já pagamos com nossos impostos”. (ACS1)*.

Percebeu-se também que, para os ACS, o cuidado à saúde não se restringiu apenas ao fato de levar o usuário à unidade de saúde ou o seu inverso. Além disso, foi compreendido pelo discurso a possibilidade dos indivíduos adquirirem conhecimentos sobre o autocuidado, estimulando a responsabilização do sujeito com a sua saúde.

> *“É muito mais do que trazer a pessoa para a unidade, (...) é empoderar, é dar a ela o poder que ela tem e também a*

responsabilidade que ela tem enquanto na saúde dela" (ACS1)

A noção do acompanhamento compreendida por uma ACS, em particular, demonstrou que o sentido vai além de uma VD. Ele, muitas vezes, assume o papel do "pegar na mão que eu te levo lá", de dar as indicações primordiais para que as orientações de saúde extrapolem os cuidados relativos às doenças, e que levam em consideração todos os fatores que implicam na saúde do indivíduo a nível territorial. Como por exemplo, o de possibilitar uma orientação sobre inscrição de um filho na escola permitindo que uma mãe possa trabalhar com tranquilidade.

"A gente fica naquela ponte, acompanhar a pessoa mesmo para fazer um exame, acompanhar para dar entrada em um documento, orientar como fazer a inscrição de um filho para conseguir uma vaga em uma creche para poder ir trabalhar com paz, com calma, então é um trabalho que é uma ponte mesmo" (ACS1).

Na qualidade de ser a "ponte" e de possibilitar que a população do território tenha acesso a direitos, não se identificou, com clareza, nos discursos dos ACS sobre a possibilidade das gestantes participantes do PBF receberem benefício adicional vinculado à gestação, ao quais as mesmas possuem o direito. Ou seja, apesar de se referirem como a "ponte para os direitos", ainda foi pouco percebido no entendimento dos ACS o PBF como um direito; embora, apenas um ACS tenha demonstrado esta compreensão.

"Então, quando você vê que a pessoa está fazendo bom uso desse dinheirinho que até então ela não sabia que ela tinha direito, é bom, poxa, quantos ai pegam dinheiro, não

é seu direito, gasta (...) então quando ela consegue isso, porque afinal de contas, é direito da pessoa. (...)" (ACS1).

O "fazer" a condicionalidade de saúde pelos ACS

Quando questionados sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, os ACS relataram as informações sobre pesagem e medição das crianças, não fazendo alusão sobre o acompanhamento do pré-natal de gestantes. As falas abaixo parecem não evidenciar formas diferenciadas no cuidado à saúde de gestantes participante do programa, ao pontuarem as ações que tem que ser realizadas.

"Pesar e medir. E a saúde que é a consulta do bebê, a vacina estar em dia, da gestante, botar o DUM. E idosas normais." (ACS2)

"O que eu noto, normalmente, é que os usuários do bolsa eles tem que comparecer a unidade para fazer a pesagem das crianças, pra constar né, que eles que a criança está ativa." (ACS5)

Uma situação particular percebida na unidade de saúde pesquisada foi a designação de um ACS para atender as demandas originárias do acompanhamento das condicionalidades do PBF. Assim, foi verificada a responsabilidade centralizada em um único agente para lembrar os outros profissionais de saúde sobre o acompanhamento da condicionalidade e o cadastro dessas famílias no sistema operacional da SUBPAV (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde).

"Tem um ACS específico para fazer esse controle. Gente, vocês estão mandando o usuário de vocês que tem bolsa

> *vir? Vocês estão de olho? Viu isso, viu aquilo? Cada um faz o seu, mas tem um que fica de olho, mas cada equipe tem isso." (ACS1)*

> *"Eu que faço a condicionalidade do bolsa família no SUBPAV. Eu que controlo da equipe quem tá, quem não tá, quem que fez a condicionalidade para chegar aquela meta de 100%. (...)Eu tenho esse controle porque eu tenho que chegar em dezembro e tá com 100% no SUBPAV." (ACS2)*

O "ficar de olho" enunciado na fala do ACS evidencia a atenção dada para o preenchimento dos dados do acompanhamento da condicionalidade de saúde no SUBPAV, para que a meta do programa seja, essencialmente, alcançada. O uso comum na linguagem dos ACS do verbo "fazer" denota a realização da atividade de acompanhamento da condicionalidade por estes profissionais e não pelos participantes do PBF, como esperado. Ao registrar os dados de peso, altura e consultas pré-natais no sistema, o acompanhamento da condicionalidade de saúde parece, por fim, ser realizado.

Ainda sobre o acompanhamento da condicionalidade de saúde, atribuição dos ACS no PBF, este pareceu não suscitar maneiras diferenciadas no atendimento à saúde das famílias e gestantes participantes do programa. A noção de acompanhamento pareceu acontecer quando o usuário vai à unidade para realizar as consultas eventuais, e não para realizar a condicionalidade de saúde, compreendida como pesar e medir e, realizar anotações na caderneta da criança ou no cartão da gestante.

> *"A condicionalidade agente vê o cartão de vacina, encaminha para vacina, vê se tá tudo ok. (...) nós, mandamos para a pesagem, pedimos para medir e pesar, e depois a pessoa volta, a gente anota esses dados. Porque*

> *geralmente a pessoa já faz o acompanhamento, né, já faz o pré-natal aqui e só faz mesmo essa condicionalidade para complementar" (ACS9)*

O enunciado por esta ACS demonstra que o pré-natal, acompanhamento de saúde realizado pela ESF, já se configura no arranjo de cuidados à saúde da unidade prestados às gestantes. Assim, o pré-natal para as gestantes participantes do PBF parece ocorrer do mesmo modo para gestantes que não são participantes do programa.

> *"A gestante, a consulta é mensal, mas para fazer a condicionalidade tem esse prazo de seis em seis meses, entendeu, para fazer" (ACS2)*

Discussão

Discutir as condicionalidades em saúde do PBF não foi uma tarefa fácil dado a escassez de estudos sobre o tema na literatura acadêmica. Nesse estudo, os resultados encontrados com base nas entrevistas realizadas com os ACS, apontaram que as práticas de cuidado à saúde direcionadas as gestantes, moradoras do território circunscrito na área do CMS em questão, não se modificaram em função da existência da condicionalidade de saúde do PBF.

Como o encontrado por esta pesquisa, o trabalho dos ACS ainda é realizado majoritariamente por mulheres que procuram a proximidade com a residência, proporcionando conciliar o trabalho com as atividades domésticas (24). O motivo para o ingresso no trabalho se deu pela busca de emprego, identificando que nenhum dos entrevistados havia trabalhado no setor saúde anteriormente. O nível de escolaridade ainda é baixo, contudo demonstra a possibilidade da categoria profissional alcançar o nível superior, principalmente, na área da saúde (25).

Os ACS fazem parte da equipe mínima que estrutura a ESF em conjunto com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Porém, esses profissionais permitem

o maior estabelecimento de vínculo entre a comunidade e o serviço, uma vez que estão em contato imediato com a população, residindo, muitas vezes, no mesmo território onde trabalham (3, 26). Portanto, são profissionais de saúde que permitem influenciar sobremaneira nos modos de cuidado à saúde dos usuários em âmbito territorial.

A realização de VD e a busca ativa foram retratadas como as atividades rotineiras dos ACS. Contudo, notou-se que a organização de suas agendas não considerou, de forma implícita, o acompanhamento das condicionalidades de saúde às gestantes do PBF. As VD foram planejadas de acordo com o perfil epidemiológico de morbidade organizado pelas linhas de cuidado, que são componentes das Redes de Atenção à Saúde do SUS (27). De certa forma, pareceu que programar o cuidado em saúde considerando a doença como norteadora das ações não considerou as diversas dimensões de vulnerabilidades aos quais os indivíduos estão sujeitos, podendo ignorar demandas de saúde que possam vir a surgir.

Contudo, o caminhar pelo território e se permitir parar em uma residência ao observar a “porta aberta” e ter uma postura “vigilante” ao aguardar uma gestante na porta de casa, remeteu ao entendimento de que o cuidado não foi pautado somente ao que fica estabelecido pela linha de cuidado. Esta situação permitiu compreender que o ACS tem a capacidade de estreitar laços, fortalecer a saúde da família, modificar a vida das pessoas e oportunizou que a saúde fosse abordada de forma abrangente e diferenciada.

Com isso, foi observado que suas ações reforçaram o entendimento de que o cuidado vai além do preenchimento de protocolos de atendimento e evidenciaram um jeito de cuidar que possibilitou observar o indivíduo na sua integralidade (25, 28). Apesar das gestantes serem uma das prioridades no acompanhamento de saúde, muito pautado pelos cuidados à saúde do bebê, se observou que o atendimento prestado pelos ACS não foi diferenciado para gestantes participantes do PBF e para as não participantes do PBF, causando estranheza a esses profissionais quando este questionamento foi realizado.

Uma circunstância importante de ressaltar foi a constatação do “alarmezinho” evidenciado no discurso do ACS, que despertou nesse a busca ativa pela gestante. Essa dinâmica foi determinada pelo arranjo estabelecido pela ESF e não pela exigência da condicionalidade. Desse modo, existem possibilidades de crítica referente à justificativa

assumida pelo programa e por alguns autores sobre a exigência da condicionalidade. Importa destacar que para a gestão do PBF, o monitoramento do descumprimento da condicionalidade de saúde deveria funcionar como um alerta para o serviço, possibilitando a identificação das vulnerabilidades sociais que afetam famílias e gestantes (MDS, 2019b). Assim como Lindert (2007), que também evidencia sobre as condicionalidades do PBF servirem como *"red flag"* para o acompanhamento de saúde nos serviços.

Contudo, o fato da organização da APS no Brasil se estruturar nos moldes da ESF, desde 1994, demonstra que ações de saúde como o acompanhamento do pré-natal para as gestantes já são realizadas (14), independente da exigência definida pela condicionalidade de saúde do PBF. Ou seja, não é a obrigatoriedade da condicionalidade de saúde que suscita nas gestantes o comparecimento à unidade de saúde (21), mas um arranjo de saúde estabelecido anteriormente pela ESF, configurado no acompanhamento de saúde realizado pelo ACS.

O trabalho realizado pelos ACS foi compreendido como o elo entre a comunidade e o equipamento de saúde. O vínculo do profissional com a comunidade fez com que o sentido de ser "a ponte" de informações sobre direitos e deveres para os usuários fosse manifestado. Embora se expressassem enquanto promulgadores das informações, não foi percebido nos discursos dos ACS o entendimento do PBF como direito. Assim não se configuraram como atores que pudessem propagar informações às gestantes para o recebimento do benefício adicional vinculado a gestação.

Para a gestão do PBF, o benefício adicional vinculado à gestante permitiria mais rapidamente o reconhecimento dessas mulheres pelo serviço de saúde. Contudo, quando escutadas mulheres participantes do PBF, que já haviam sido mães, sobre o recebimento do benefício adicional no momento da gestação, as mesmas responderam que desconheciam esta informação.

A compreensão do PBF como política pública de direito que repercute em acesso aos alimentos com o propósito de garantir alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional se mostrou incipiente nos discursos dos ACS. Como esta categoria profissional se reconhece como a "ponte" que indicaria aos usuários informações sobre o serviço de saúde, cabe refletir maneiras de capacitar esses

profissionais para que possam compreender o PBF como direito às famílias em situações adversas de vulnerabilidade social (31).

Os ACS são os profissionais de saúde que no contexto da ESF se tornaram os responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde dos participantes do PBF (3). Os conhecimentos sobre as condicionalidades de saúde foram entendidos pelos profissionais como a aferição do peso, estatura, seguido da consulta do bebê, da vacinação das crianças e do pré-natal da gestante. Pelos discursos, percebeu-se que o "fazer" a condicionalidade remetia a um entendimento de que estas funcionaram mais como mecanismo de protocolizar os dados referentes às condições de saúde dos participantes do PBF do que por um acompanhamento restrito das situações de famílias e gestante participantes do PBF. Ademais, o discurso enunciado também suscita a responsabilidade do "fazer" a condicionalidade para os profissionais de saúde, divergindo da ideia estabelecida de que quem faz a condicionalidade é o participante do PBF.

Assim, não existiu diferença em ações práticas relativas ao cuidado de saúde realizado pelos ACS, na unidade de saúde pesquisada, direcionada as gestantes do PBF. A diferença foi configurada como elemento adicional burocrático do serviço, como o preenchimento de dados das condições de saúde das famílias e gestantes do PBF. Desta maneira, o tempo despendido dos ACS para a realização dessa atividade, muitas vezes, impossibilitou formas de cuidados que poderiam ser realizados por esses profissionais no contexto da ESF e para as gestantes do PBF. A compreensão deste fenômeno provoca problematizações sobre o acompanhamento da condicionalidade de saúde do PBF enquanto mecanismo obrigatório para o recebimento do benefício pela gestante, visto que as ações exigidas são as mesmas já realizadas pela ESF.

Acrescenta-se ainda, no contexto brasileiro, que a promulgação do IGD em 2006 trouxe para o serviço a tentativa de impulsionar melhorias no gerenciamento do acompanhamento das condicionalidades, ao transferir renda aos municípios que apresentassem os melhores perfis de cobertura de acompanhamento (32). Desta forma, o serviço se tornou responsável, reforçando o compromisso do setor saúde pela identificação das famílias em descumprimento das condicionalidades.

A proposta do indicador poderia proporcionar melhoria na qualidade dos serviços aos participantes do PBF, contudo, os modos de fazer acontecer o cumprimento

das metas elencadas pelo IGD geraram no serviço o preenchimento dos dados no sistema de forma inconsistente. Foi relatado por um dos ACS, o deslocamento de famílias participantes do PBF de uma área de abrangência para outra, próximo ao momento de vigência dos dados, evidenciando, que na prática ocorreram maneiras de deturpar o acompanhamento da condicionalidade, com o objetivo que se alcançasse o percentual de cobertura exigido.

Além do fato do acompanhamento do pré-natal ser parte das ações de saúde organizadas pela ESF, o seu descumprimento não aparentou, diretamente, em prejuízos que resultaram em aplicação dos efeitos das condicionalidades às gestantes. Importa destacar que os períodos para o registro de acompanhamento na saúde ocorrem semestralmente e, que a aplicação de efeitos pelo descumprimento das condicionalidades que resultariam em cortes do benefício ocorre quando há registros em períodos menores do que seis meses (MDS, 2019). Ou seja, ao menos para o pré-natal, que acontece durante os nove meses gestacionais, o descumprimento da condicionalidade não se configurou em punição como o corte do benefício.

Além disso, a compreensão do “fazer” a condicionalidade como responsabilidade para o ACS traz para si a noção de que não é a gestante que, sozinha, deve procurar o serviço de saúde. Mas a atuação do profissional da ESF que tem como premissa buscar e proporcionar as essas mulheres o cuidado integral de sua saúde.

Não se intenta com esse argumento justificar a existência da condicionalidade de saúde do programa, mas refletir sobre as considerações de que essas, pela maneira aos quais são realizadas na prática, não possibilitam os cortes do benefício. Assim, reforça-se a ideia de que as condicionalidades de saúde, no contexto brasileiro, assumem, de forma velada, mais o caráter de legitimação política do que como forma de punição dos participantes pelo seu descumprimento. O posicionamento sobre as condicionalidades de saúde do PBF violar o direito humano à saúde (35), não se configurou na prática, pois as ações se tornaram amparadas pelas atividades da ESF que organizam o modelo da APS centrada nas necessidades de saúde dos sujeitos.

Considerações Finais

Este estudo apresentou como limitação a realização das entrevistas em uma única unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro. Contudo, estudos desse tipo na saúde se tornam importantes para compreender, no microterritório, fenômenos sociais complexos. Embora não possibilite a generalização dos resultados, auxilia na reflexão de formulações teóricas.

Os achados deste estudo sugerem que, no contexto brasileiro, as condicionalidades de saúde apresentam mais o caráter de legitimação política do que como forma de punição dos participantes pelo seu descumprimento, parecendo existir no setor saúde somente como burocracia do serviço. Assim, os ACS acabam por não realizarem práticas de cuidado à saúde mais direcionada a essa população, pois o serviço tende a se organizar em preenchimento de metas e indicadores.

Dessa maneira, se contrapõe posicionamento na literatura internacional de que as condicionalidades nos programas de transferência de renda funcionariam como um alerta para o serviço quando do seu descumprimento. Não é a condicionalidade de saúde que impulsiona aos ACS buscar os indivíduos, mas a dinâmica de acompanhamento que acontece pela própria ESF.

Não se critica neste trabalho a existência do PBF. Pelo contrário, se reconhece os avanços que o mesmo proporcionou à população pobre e extremamente pobre na promoção da segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano a alimentação adequada, entre outros. O que se pretende é fomentar a discussão sobre a exigência das condicionalidades de saúde do PBF, como instrumento de promoção a autonomia dos participantes no que concerne a sua saúde.

Assim, há necessidade de formulação de novos estudos que compreendam empiricamente a dinâmica de acompanhamento da condicionalidade de saúde do PBF na ESF em outras regiões do Brasil. Desse modo, a discussão sobre a exigência da condicionalidade de saúde pode ser aguçada, observando as diferentes dimensões de produção de cuidado tanto para as gestantes como para as famílias participantes do PBF.

Referências

1 - Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. [Acesso em 25 de set 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. DF: Brasília, 2010. [Acesso em 01 de out de 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf

3 – Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: setembro de 2019.

4 - Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde Debate* 2017; 41(3):129-143.

5 - Roque DM, Ferreira MAM. O que realmente importa em programas de transferência de renda? Abordagem em diferentes países. *Saúde Sociedade* 2015; 24(4):1193-1207.

6 - Medeiros M, Brito T, Soares F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estudos* 2007: 5-21.

7 - Silva MOS. Os programas de transferência de renda na política social brasileira. *Revista de Políticas Públicas* 2004; 8(2):1-19. [Acesso em 10 set 2019]. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3762/1832

8 - Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Benefícios do Programa Bolsa Família. [Acesso em 09 out 2019]. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios

9 - Brasil. Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004. Cria o Bolsa Família. *Diário Oficial da União* 2004; 12 jan. [Acesso em: 10 de set de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm

10 - Suzart AS, Ferreira AP, Oliveira MHB, Lemos GCSM, Correa GTB, Bonffati RJ. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional: um estudo de caso. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2017; 41(3):699-715.

11 - Martins APB, Monteiro CA. Impactofthe Bolsa Família program on food availability of low-income Brazil families: a quasi experimental study.*BMC Public Health* 2016; 16:827.

12 - Lignani JB, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in foodconsumptionamongthe Programa Bolsa Família participantfamilies in Brazil. *Public Health Nutrition* 2011; 14:785-792.

13 - Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do semiárido brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24(2):623-630.

14 - Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effectof a conditional cash transferprogrammeonchildhoodmortality: a nationwideanalysisof a Brazilianmunicipalities. *The lancet* 2013; 382(6): 57-64.

15 - Lindert K, Linder A, Hobbs J, Brière, B. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. Washington: World Bank, 2007.

16 - Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno do IGD-M: informativo sobre o Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família. DF: Brasília, 2012.

17 - Santos LMP, Pasquim EM, Santos SMC. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1821-1834.

18 – Siddiqi A, Rajaram A, Miller SP. Do cash transfer programmes yield better health in the first year of life? A systematic review linking low income/middle-income and high-income contexts. Global Child Health 2018; 103:920–926.

19 - Moraes VD, Pithan RG, Machado CV. Programas de Transferência de Renda com Condicionalidades: Brasil e México em perspectiva comparada. *Saúde Debate* 2018; 42: 364-381.

20 - Trevisani JJD, Jaime PC. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no município do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, em 2008. *Epidemiologia Serviço e Saúde* 2012; 21(3): 375-384.

21 - Fonseca AMM, Viana AL. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1505-1512.

22 – Minayo MCS; Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação* 2018. 40: 139-153.

23 - Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consenso e controvérsias. *Revista de Pesquisa Qualitativa*. 2017. 5(7):01-12.

24 - Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMS, Borstein VJ. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Interface* 2012, 16:751-778.

25 - Morosini MVGC; Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate* 2018, 42 (1); 261-274.

26 – Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2011. 21(3); 899-915.

27 – Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: agosto de 2019.

28 – Melo, E; Mattos R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Fiocruz: 2018. p. 95-116.

29 - Nogueira, ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde e Sociedade* 2019, 28(3); 309-323.

30 – Simoes AA, Sabates R. The contribution of Bolsa Familia to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil. International Journal Of Educational Development 2014, 39; 151-166.

31 - Morosini, MVGC. A política de atenção básica e a qualificação profissional dos ACS na Saúde da Família. In: Morosini MVGC, organizadora. *Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EOSLV/Fiocruz: 2010. p. 31-44.

32 - Araujo FR, Araujo MAD, Souza FJV, Santos DF, Santana MB. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. Revista de Administração Pública 2015, 49(3); 367-393.

33 – Lavinas L. 21st Century Welfare. London: *New Left Review*, 2013. Disponível em: https://newleftreview.org/II/84/lena-lavinas-21st-century-welfare. Acesso em: setembro de 2019.

34 – Monnerat GL, Senna, MCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Ciência & Saúde Coletiva, 12(6):1453-1462, 2007.

5.2 Manuscrito 2 – Saúde bucal, uma prioridade para os beneficiários do Programa Bolsa Família?

Resumo:

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda com condicionalidades. No âmbito da saúde, os compromissos assumidos pela população participante são o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a caderneta de vacinação atualizada e o acompanhamento do pré-natal pelas gestantes. O objetivo deste artigo foi mostrar as possíveis diferenças nas práticas de cuidado para o grupo gestante assistido em um CMS na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo é do tipo exploratório com o uso da abordagem metodológica qualitativa, e resgata entrevistas realizadas com ACS e profissional de saúde bucal e analisa a categoria temática decorrente da saúde bucal para os participantes do PBF de um Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado na cidade do Rio de Janeiro. A Análise de Conteúdo (AC) foi a técnica empregada adaptada pelas práticas discursivas. Este artigo mostra que, pelo menos no campo estudado, existe grande diferenciação no acesso dos beneficiários ao PBF no que diz respeito à saúde bucal, tanto nas ações preventivas como nas assistenciais. Esta diferenciação não deriva das condicionalidades, que efetivamente não incluem a saúde bucal, não sendo decorrentes de qualquer contrapartida exigida pelo PBF.

Palavras-chave: programa de transferência de renda, saúde bucal e cuidado à saúde.

Introdução

Este artigo parte do desenvolvimento de um estudo maior que surgiu a partir da investigação sobre o entrelaçamento dos cuidados à saúde realizados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em consonância com as ações das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) voltados ao grupo de gestantes. Em artigo anterior, também derivado deste trabalho, foram analisadas entrevistas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que indicaram não haver diferenças nas práticas de cuidado de gestantes participantes do PBF e não participantes do PBF. Entretanto,

algumas entrevistas feitas por agentes comunitários sugeriram que havia diferenças nas práticas de cuidado de saúde bucal, que não é uma das condicionalidades de saúde do PBF. Este artigo examina exatamente essa questão: existem diferenças nas práticas de saúde bucal entre beneficiários do bolsa família e não beneficiários?

O PBF, instituído no Brasil em 2003, parte da premissa da transferência de renda à população que vive em situação de pobreza e extrema pobreza condicionada a compromissos na saúde e na educação que devem ser realizadas pelas famílias participantes do programa bem como pelas secretarias municipais e estaduais na oferta desses serviços. As condicionalidades a serem cumpridas pelos participantes do PBF na saúde assumidas pelo governo federal são (i) a atualização da caderneta de vacinação, (ii) a vigilância alimentar e nutricional de crianças e (iii) o acompanhamento do pré-natal de gestantes (Brasil, 2004).

O acompanhamento da condicionalidade de saúde do PBF acontece no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem ou não a ESF. A ESF compõe um conjunto de serviços que visam o atendimento dos princípios da saúde como direito universal. Dentre os profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da ESF estão presentes os profissionais de saúde bucal e o técnico de saúde bucal formando a equipe de saúde bucal (ESB) (Brasil, 2001).

Peres e colaboradores (2012) descreveram que o acesso e a utilização de serviços de saúde bucal estão relacionados às iniquidades socioeconômicas de modo que, uma proporção elevada de pessoas em situação de pobreza que nunca foram atendidos por serviços odontológicos ainda persiste (Peres *et al*, 2012). Neste sentido, alguns autores reforçam que a condição de saúde bucal impacta na qualidade de vida das pessoas, sendo considerada como um marcador socioeconômico (Thomson, 2012; WHO, 2013). É importante lembrar que, no âmbito da saúde bucal, a partir de 2004 houve destaque para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também denominada “Brasil Sorridente” (PNSB, 2004). Esta que se caracteriza por construir uma rede, criando centros de especialidades odontológicas (CEO) e, por assumir uma perspectiva de cuidado integral, que abrange prevenção das cáries até as próteses. Contudo, a relevância da saúde bucal na ESF se deu anteriormente a promulgação da PNSB.

As informações sobre a saúde bucal entre gestantes participantes do PBF ainda são escassas até então, o que remete a importância deste artigo que tem o objetivo de mostrar as possíveis diferenças nas práticas de cuidado para esse grupo assistido em um CMS na cidade do Rio de Janeiro.

Métodos

Este artigo é parte dos resultados derivados de uma pesquisa de doutorado que apresentou como objeto de estudo as repercussões do acompanhamento da condicionalidade de saúde como o pré-natal de gestantes participantes do PBF em entrelaçamento com as ações de saúde realizadas pela ESF em um CSM localizado na cidade do Rio de Janeiro.

A metodologia utilizada foi do tipo exploratório e pautou-se na realização de entrevistas semiestruturadas individuais com profissionais de saúde que trabalhavam em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro. A unidade de saúde pesquisada é considerada um CMS por coexistir em seu território a ESF e o modelo tradicional de assistência à saúde, pautada em ambulatórios e clínicas especializadas.

As questões norteadoras da pesquisa envolviam indagações a respeito da implicação das condicionalidades de saúde do PBF direcionadas as gestantes no serviço de saúde. Teve como intuito observar se as práticas de saúde dos profissionais implicavam em mudanças no cuidado à saúde por serem participantes de um programa de transferência condicionada de renda. No percurso de análise do primeiro artigo, atentamos para um diferencial relativo aos cuidados de saúde direcionada aos participantes do PBF. A origem deste artigo se pautou no achado sobre a prioridade de acesso à saúde bucal para os participantes do PBF no CMS estudado.

Primeiramente, os profissionais de saúde foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a participar das entrevistas. Nessa perspectiva, os entrevistados puderam discursar sobre a rotina e dificuldades no processo de trabalho, percepções sobre necessidades de famílias em situação de vulnerabilidade, a compreensão do PBF e as implicações do acompanhamento de saúde para o cumprimento das condicionalidades de saúde. Este artigo analisa entrevistas dos ACS e do profissional de saúde bucal, tendo como recorte analítico a categoria que trata sobre a temática da saúde bucal.

O material empírico foi transcrito na íntegra e organizado de modo a procurar nos discursos elementos mais recorrentes, semelhantes e discrepantes. A Análise de Conteúdo (AC) foi utilizada, porém foi percebido no decorrer da análise das entrevistas sutilezas inerente ao discurso dos sujeitos. Desta maneira, privilegiou-se a conjugação por meio da abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas de Spink (2013) onde especial atenção foi dada ao reconhecimento dos vocabulários nativos - distintos do vocabulário da analista -, pois estes são vistos como integrantes das práticas discursivas dos agentes e indicam as suas práticas sociais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em setembro de 2018 (Parecer 2.901.653). Os ACS e os profissionais de saúde bucal foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e posteriormente convidados a participar da pesquisa. A partir da permissão autorizada e assinada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram realizadas entrevistas gravadas no CMS estudado. As entrevistas com os ACS ocorreram no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019 e com a profissional de saúde bucal em maio de 2019.

Resultados e Discussão

A unidade de saúde pesquisada apresentava quatro equipes de saúde da família e duas ESB. Cada ESB apresentava um profissional de saúde bucal responsável por duas equipes de saúde da família. As entrevistas foram com os agentes comunitários das ESF e com um dos profissionais da saúde bucal. O profissional entrevistado trabalhava na unidade há quatro anos, sendo dois vivenciados no momento de especialização em residência de saúde da família, o que possibilitou o seu conhecimento, de forma singular, das realidades e das necessidades do território.

As atividades da saúde bucal na atenção básica incluem tanto ações preventivas como assistenciais. Estas últimas se iniciam com o diagnóstico da situação clínica do paciente seguido da resolução de todos os problemas de saúde bucal que apresentem em consultas subsequentes, até o tratamento ser completado, tendo o usuário alta.

No contexto do CMS estudado, uma das atividades preventivas consistia na distribuição de um kit de saúde bucal, que contava com pasta de dente, escova e fio-

dental. Preconiza-se a sua distribuição de três em três meses. A ideia parecia promover o hábito da escovação, como o relatado pelo ACS a seguir, facilitando, com isso o acesso aos insumos. Os agentes comunitários entrevistados, contudo, indicam dificuldades nesta distribuição, como a falta de kits.

> *"uma boa (...) que você começa a falar pra eles a importância da escovação também que você aprende com a odonto, né, eles vão passando algumas coisas pra gente que tem que ser falado, (...) para fazer a visita do pessoal que ganhou aquele kit. Isso é legal, quando o trabalho tava funcionando, né?" (ACS8).*

> *"Agora mesmo a gente não tem kit para distribuir, mas quando tem é para os bolsa família" (ACS5)*

Com a entrega do kit havia a possibilidade de identificação dos participantes do PBF, inclusive das gestantes. A identificação ocorria no território pelos ACS por meio das visitas domiciliares (VD).

> *"Quando tem o kit de higiene bucal, tiro o dia todo, para pegar esse kit porque* (são) *os beneficiários do bolsa família que ganham esses kits de higiene bucal, então eu vou fazendo essa listagem e entregando na casa, né?"(ACS8).*

Ademais, um dos agentes entrevistados relatou que quando tem o kit da saúde bucal, este reserva o dia para sua distribuição. O ACS, com a lista dos participantes do PBF, distribui os mesmos e aproveita para realizar ação educativa sobre saúde bucal: a explicação da escovação. Este procedimento de visitar todos os participantes do PBF no mesmo dia para a distribuição do kit parece facilitar que eles guardem "de cor" quem são os usuários que recebem o bolsa família.

> *"Porque são aquelas pessoas que eu te falei* [participantes do PBF], *da vulnerabilidade, e que você entrega o kit". (ACS8)*

Observamos que nesta fala o agente expressa o entendimento que a distribuição do kit deve priorizar os beneficiários do bolsa família. Esta opinião é partilhada pelo profissional da saúde bucal.

> *"Se é para entregar os kits, é porque eles são vulneráveis de alguma forma". (PSB)*

De fato, a compreensão tanto dos ACS quanto pela profissional de saúde bucal era de que as pessoas que recebiam o "kit de higiene bucal" eram mais vulneráveis e, por isso, necessitavam de maiores cuidados em respeito à sua saúde. Ou seja, há um reconhecimento da vulnerabilidade por esses profissionais que permite diferenças no tratamento em virtude da maior necessidade para os indivíduos que participavam do programa. De fato, a entrega do "kit", inclusive, era visto pela unidade como um indicador de acesso dos indivíduos aos serviços de atendimento de saúde bucal.

> *"a gente tinha um dos indicadores, ele indicava como vulnerabilidade social só as pessoas do bolsa família para receberem kit durante de 3 em 3 meses, né? Então, um dos indicadores era esse: recebia kit de 3 em 3 meses?"(PSB).*

A prioridade dada aos beneficiários do PBF na distribuição do kit se estende quando se trata do atendimento clínico na saúde bucal.

A prioridade dada aos beneficiários do PBF na distribuição do kit se estende quando se trata do atendimento clínico na saúde bucal.

> *"Tendo o kit de higiene bucal, eles que tem que receber primeiro. Tipo, a família que tem bolsa família ela é mais a prioritária de ter atendimento odontológico". (ACS5)*

A profissional de saúde bucal nos disse:

> *"A gente estabeleceu alguns grupos prioridades que já eram prioritários porque já eram contabilizados naquelas metas e tudo mais (...) e mais alguns outros que a gente acreditava que pela própria demanda da população seriam grupos prioritários, era o grupo do bolsa família que tinha prioridade de acesso pelo risco social." (PSB)*

A decisão de priorizar os usuários do PBF não foi, contudo, decisão apenas do próprio profissional, mas seguia diretriz estabelecida pela coordenação da área programática de saúde (CAP) do município que abarcava aquela unidade, entre tantas outras.

> *"Isso foi uma demanda da própria cap que entendeu essa condição de ter o bolsa família como uma condição de risco social, de vulnerabilidade social (...) e a cap resolveu estabelecer isso como um critério de prioridade (...) e cada unidade trabalharia da melhor forma para poder priorizar esse grupo" (PS5).*

A profissional de saúde bucal relatou que esa ação foi um movimento realizado por ela, de acordo com a coordenação da saúde bucal na CAP, caracterizando o serviço de atendimento bucal da unidade com ações direcionadas aos participantes do PBF. Assim, a equipe de saúde bucal, elaborava duas listas de espera , sendo uma composta por participantes do PBF e outra composta por não participantes do PBF. Neste sentido, "as duas filas andavam em paralelo" (profissional de saúde bucal), havendo uma divisão na agenda.

> *"A família toda, um membro por vez, conforme a gente fosse dando alta, a gente chamava o próximo membro e a gente trataria uma família por ACS de bolsa família. Então, a gente*

> *teoricamente tinha 12 famílias em tratamento de bolsa família. Eram 12 vagas ocupadas na agenda." (PS5).*

O profissional de saúde bucal afirmou que os pacientes que eram beneficiários do PBF tinham mais problemas em sua saúde bucal, o que corroborava a ideia de sua maior vulnerabilidade.

> *"as pessoas do bolsa família eram sim mais vulneráveis e precisavam muito mais com tratamentos longos e extensos com 7 a 8 consultas para poder resolver o problema." (PS5)*

Portanto, na prática descrita pelos profissionais no campo do estudo, havia uma priorização dos beneficiários do PBF tanto na obtenção do kit de saúde bucal como na assistência da saúde bucal. Entretanto, as ações de saúde bucal não estão incluídas nas condicionalidades de saúde do PBF.

Como apresentado anteriormente, as condicionalidades de saúde exigidas pelo PBF são destinadas as crianças e às gestantes de famílias participantes do programa porém, nenhuma das ações tratam do acompanhamento da saúde bucal, como descrito na legislação do PBF (BRASIL, 2004). Logo, a informação sobre a prioridade dada aos participantes do PBF à saúde bucal apareceu como elemento diferenciador no que tange as práticas de cuidado à saúde prestado a esses indivíduos.

Ou seja, as práticas de cuidado à saúde incorporadas pela profissional de saúde bucal do CMS estudado permite questionar a incorporação da condicionalidade de saúde bucal aos participantes do programa com o objetivo de promover melhor acesso à saúde como o defendido por Petrola *et al* (2016). Fica claro, no contexto de práticas de saúde que não é a exigência da condicionalidade de saúde estabelecida pelo programa de transferência de renda que repercute no acesso ao serviço de saúde e o desenvolvimento do autocuidado nos participantes. A conjugação de fatores como a qualidade dos serviços oferecidos pelo APS se torna importante para facilitar o acesso dos usuários e que são reflexos do envolvimento dos profissionais, como o entendimento das demandas de saúde dos participantes do PBF e a articulação do trabalho em equipe, especialmente com os ACS.

Em sua prática profissional, o profissional de saúde bucal ressaltou a importância de olhar o usuário como um todo e não somente questões da cavidade oral. Para ele, o entendimento das necessidades de saúde dos usuários só pôde ser percebido a partir do momento em que compreendeu seu papel enquanto profissional de saúde.

> *"A gente não é só o profissional dentista. É muito mais do que isso, é profissional de saúde, você precisa olhar o indivíduo de forma integral, do que necessita, quais as principais questões (...) você tem que conseguir enxergar o sujeito como um todo, sabe? Não vejo só como uma boca."(PS5)*

> *"O meu olhar hoje de profissional de saúde não é só voltado para a cavidade oral, para as doenças orais, que também são muito importantes, mas que acabam sendo consequência de todo processo" (PS5).*

Se os profissionais de saúde entrevistados falaram bastante das vulnerabilidades e das prioridades da saúde bucal para os beneficiários do PBF, notamos um completo silêncio quanto ao cuidado de saúde bucal da gestante. Silêncio que parece ser significativo, pois, nas normas da atenção básica e da saúde bucal na atenção básica, preconiza-se a oferta prioritária de atendimentos de saúde bucal para as gestantes (independentemente de sua vulnerabilidade) pelo entendimento de suas necessidades específicas neste momento da vida (MS, 2008).

As orientações normativas nos documentos da política de saúde bucal, ademais, reiteram a importância de se oferecer as gestantes o atendimento de saúde bucal, sem torná-lo de modo algum compulsório. Segundo a norma, o acompanhamento de qualquer gestante, e, portanto, também das gestantes deveria incorporar a oferta dos serviços assistenciais da saúde bucal. Apesar dessa clara orientação, nenhum dos entrevistados mencionou tal priorização, nem mesmo entre os beneficiários do PBF. Isto não parece ser vigente no campo estudado. Certamente haverá casos de gestantes beneficiárias do PBF atendidas na saúde bucal, mas isto parece decorrer de serem beneficiárias do PBF e não por serem gestantes beneficiárias do PBF.

Considerações Finais

Se indagamos de que forma o PBF pode melhorar a saúde, para além das mediações resultantes diretamente da elevação (embora modesta) da renda, muitos há que sustentam a hipótese de que as condicionalidades de saúde obrigam esses beneficiários a buscar os serviços de saúde, pelo menos para crianças e gestantes. Os que assim cogitam, imaginam que as condicionalidades em saúde produzam diferenças concretas nas práticas de cuidado dos beneficiários. A pesquisa, do qual deriva este artigo, buscou apreender exatamente tais diferenças em um serviço de atenção básica concreto, a partir de entrevistas de seus profissionais de saúde.

Este artigo mostra que, pelo menos no campo estudado, existe sim grande diferenciação no acesso dos beneficiários ao PBF no que diz respeito à saúde bucal, tanto nas ações preventivas como nas assistenciais. Esta diferenciação não deriva das condicionalidades, que efetivamente não incluem a saúde bucal, não sendo decorrentes de qualquer contrapartida exigida pelo PBF. Ela reflete, isso sim, um agudo senso da vulnerabilidade daquelas famílias pelos profissionais que, buscam com suas ações prioritárias exatamente ir ao encontro das maiores necessidades de saúde daquelas famílias.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2004. **Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm. Acesso em: novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. DF: Brasília, 2010. [Acesso em 01 de out de 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.p.64-66. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 17).

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde**

Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: outubro de 2019.

PETROLA, K.A.F.; BEZERRA, I.T.; MENEZES, E.A.V.; CALVASINA, P.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA-MEYER, A.P. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is This a Reality? **PLoS ONE**. 11(8): e0161244. doi:10.1371/journal.pone.0161244.

PERES, K.G.; PERES, M.A.; BOING, A.F. BERTOL, A.D.; BASTOS, J.L.; BARROS, A.J.D. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.2, 2012. 2012.

SPINK, M.; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentido. IN: SPINK, J. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi analisar a repercussão da condicionalidade de saúde do PBF em entrelaçamento com as ações de cuidado à saúde realizada pela ESF em um CMS localizado na cidade do Rio de Janeiro. O estudo partiu da premissa de que a exigência da condicionalidade de saúde no PBF ocasionaria dinâmicas diferenciadas no acompanhamento do pré-natal de gestantes participantes, visto que a justificativa para tal parte do pressuposto de que as condicionalidades teriam a capacidade de desenvolver nos indivíduos o autocuidado com a saúde, além do fato de permitirem o acesso ao direito social básico de saúde.

Esta tese tem o potencial de questionar formas na qual o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF tem sido avaliadas. Ao contrário do retratado pela literatura, que trata em sua maioria sobre os impactos do acompanhamento das condicionalidades de saúde baseado em indicadores, este estudo teve como proposta avaliar as repercussões das práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de saúde influenciadas pelas condicionalidades de saúde do PBF. Ao perceber que as formas de avaliação das condicionalidades pouco exploram qualitativamente sobre as perspectivas de cuidados para os participantes do programa, buscou-se por meio de estudo qualitativo do tipo exploratório, entrevistar individualmente profissionais de saúde (ACS e demais profissionais de saúde) para que se conhecessem empiricamente as práticas realizadas por eles.

Apresenta como limitação o fato de ter sido realizado somente em único CMS e não ter apresentado as análises referentes aos outros profissionais de saúde. Contudo, optamos por apresentar os achados mais relevantes no que tange aos cuidados realizados advindos das condicionalidades. Em suma, os outros profissionais entrevistados trouxeram em seus discursos elementos que mostram que suas ações não sofreram interferências pelas condicionalidades de saúde no que se relaciona às práticas de cuidado. As condicionalidades aparecem, somente, como elemento adicional e burocrático do serviço. Nesse sentido, optamos por destacar os resultados que nos foram mais surpreendentes.

Assim, percebemos pelas narrativas dos profissionais, especialmente dos ACS, que as ações direcionadas as gestantes participantes do PBF não se modificam quando

comparadas com gestantes que não são participantes do PBF. Ou seja, ser gestante por si só é capaz de envolver a ESF nos cuidados relacionados à sua saúde, como o acompanhamento do pré-natal. Para tanto, ainda na análise dessas entrevistas, foi interessante observar nos discursos os cuidados à saúde bucal direcionado prioritariamente aos participantes do PBF.

Enquanto o primeiro estudo (manuscrito 1) demostrou que não há diferença entre ser gestante participante ou não ser gestante participante do PBF; o segundo estudo (manuscrito 2) evidenciou que ser participante do PBF representava uma excepcionalidade para os cuidados de saúde bucal, independente de ser gestante. Ou seja, a única diferença encontrada sobre as práticas de cuidados à saúde aos participantes do PBF, no local estudado, se relacionou à saúde bucal. Para a ESF, o que importa é ser gestante, independente de ser do PBF; enquanto no contexto da ESB o que importa é ser participante do PBF, denotando, com isso, a priorização do atendimento bucal para esses indivíduos. O olhar atento da profissional de saúde bucal em conjunto com o dos ACS, possibilitaram que as ações de cuidado à saúde pudessem ser implementadas para os participantes do PBF, independentemente de serem gestantes. Este segundo estudo apresenta o resultado mais surpreendente e inesperado, por isso a escolha em focar no desenvolvimento do artigo, nesta tese.

Os resultados expressos nos dois artigos apresentam a confluência de que, no contexto da ESF, as ações exigidas pelas condicionalidades de saúde do PBF atendem a todas as gestantes, independente de uma caraterização que identifica os indivíduos participantes do PBF. Por outro lado, os participantes do PBF são priorizados no atendimento de saúde bucal. Intenta com isso, fomentar trabalhos que levem em consideração o entendimento das práticas realizadas pelos profissionais de saúde como mecanismo para compreender o real funcionamento da condicionalidade e se a mesma, do jeito que tem sido estruturada atualmente, tem a possibilidade de promover a geração da autonomia em sujeitos altamente vulneráveis.

Esta tese tem o potencial de questionar formas na qual o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF tem sido avaliadas. Fica aqui o questionamento sobre a avaliação do acompanhamento das condicionalidades somente ao que é quantificável. Por meio deste estudo, observamos que a deturpação ocasionada pelo IGD no serviço, modifica as práticas de cuidado em saúde dos profissionais, que deixam

de realizar suas atribuições de acompanhamento, para se voltar para o preenchimento de protocolos e burocracias oriundas do programa.

Este estudo corroborou, ainda, para o entendimento de que, talvez, possam ser necessários atendimentos diferenciados, no sentido de priorizar, à população participante do PBF por seus contextos de vulnerabilidades e necessidades. Não por uma exigência da condicionalidade de saúde do PBF, mas por ações que atendessem às condições de saúde, de acordo com o contexto de vida, aos quais estão inseridos os participantes do PBF. Essas ações não se limitam somente aos cuidados de saúde bucal, mas a outros cuidados de saúde, como alimentação e nutrição, higiene, promoção do aleitamento materno e até onde as ações da ESF permitirem alcançar para melhorar a saúde dos participantes do programa.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, K.P.; JAIME, P. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.19, n.11, p. 4331-4340, 2014.

ARAUJO, F.R.; ARAUJO, M.A.D.; SOUZA, F.J.V.; SANTOS, D.F.; SANTANA, M.B. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública, v.49, n. 3, p.** 367-393, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. (Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro). São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.

BARBOSA, R.H.S.; MENEZES, C.A.F.; DAVID, H.M.S.; BORSTEIN, V.J. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Interface**, v. 16, p. 751-778, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 de setembro de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 1991. **Projeto de Lei da Câmara nº 2561 de 1992 (PLS nº 80 de 1991)**. Institui o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM) e dá outras providências. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senadores/Senador/esuplicy/Programa/projeto_lei.asp. Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2001**. Decreto nº 3.877 de 24 de julho de 2001**. Institui o Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3877.htm. Acesso em: janeiro de 2017.

BRASIL. O Programa Fome Zero e a Seguridade Social no Brasil – contribuições iniciais do conjunto CFESS/CRESS. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/carta_fomezero2003.pdf. Acesso em: dezembro de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2004a. **Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm. Acesso em: novembro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2004b. **Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso em: novembro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a. **Lei nº 10689, de 13 de junho de 2003**. Cria o Programa Nacional de Acesso à Alimentação. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10689-13-junho-2003-496957-norma-pl.html. Acesso: novembro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2006b. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN - com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso: novembro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2007. **Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.** Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/legislacao-1/decretos/2007/Decreto%20n%206135%20de%2026.06.2007.pdf. Acesso em: junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.p.64-66. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** DF: Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. [Acesso em 01 de out de 2019].

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2010. **Decreto nº 7.332 de 19 de outubro de 2010**. Dá nova redação e acresce artigos ao Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7332.htm#art1. Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Manual de Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal**. 1º edição. Brasília: Distrito Federal, 2012a.

BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. Brasília: MS; 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. Brasília, 2014**. Decreto nº 8232, de 30 de abril de 2014**. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil sem Miséria. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8232.htm#art1. Acesso em: junho de 2017.

BRASIL. **Decreto nº 8.794, de 29 de junho de 2016**. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setem-bro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria, e dá outras providências. Presidência da república. Diário oficial da união. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/de-creto/D8794.htm Acesso em: novembro de 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Departamento de Operação. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Caderno do IGD-M. Manual do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único (municípios e Distrito Federal). Brasilia: Distrito Federal, 2018.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1441-1451, Dezembro, 2007.

BURLANDY, L.; COSTA, R.S. Segurança Alimentar e Nutricional: concepções e desenhos de investigação. IN: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. (Org.). **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 485-501.

CANESQUI, A.M. GARCIA, W.D. **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Editora: Fiocruz, 2005, 306p.

FAO. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. O estado da insegurança alimentar no mundo, 2014. Fortalecimento de um ambiente favorável para a segurança alimentar e nutricional. Roma, FAO, 2014.

FAO. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. El estado de la seguridade alimentaria y la nutricion em el mundo, 2018. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridade alimentaria y la nutricion. Roma, 2018.

FAO. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. The state of food security and nutrition in the world. Safeguarding against economic slowdown and downturns. Roma, 2019.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n.3, p.** 899-915, 2011.

FBSSAN. FÓRUM BRASILEIRO DE SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Relatório Oficina de Trabalho – Programa Bolsa Família. Brasília: Centro Cultural de Brasília, Julho, 2010. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/plenarias/documentos/2010/relatorio-

sobre-a-oficina-de-trabalho-sobre-o-programa-bolsa-familia-07.2010. Acesso em: outubro de 2017.

FONSECA, A. M. M.; VIANA, A. L. A.. Direito à saúde, atenção básica e transferências con-dicionadas de renda na América Latina. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1505-1512, Dez. 2007.

IBASE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Da "Estratégia Fome Zero" ao "Plano Brasil Sem Miséria": elementos da seguridade social no Brasil**. Disponível em: http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2013/02/proj-fomezero.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2014. Rio de Janeiro: IBASE, s/d.

IBASE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas**. Relatório técnico, preliminar. Rio de janeiro, 2008. Disponível em: http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf. Acesso em: janeiro de 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios. Org: Júlia Abrahão de Castro e Lúcia Modesto. Brasília: IPEA, 2010. 344p.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Org: Tereza Campello e Marcelo Cortês Neri. Brasília: IPEA, 2014. 87p.

LAVINAS, L.; VERSANO, R. Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza. Rio de Janeiro: IPEA. Texto para discussão no 534, 1997. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0534.pdf. Acesso em: setembro de 2017.

LAVINAS L. 21st Century Welfare. London: *New Left Review*, 2013. Disponível em: https://newleftreview.org/II/84/lena-lavinas-21st-century-welfare. Acesso em: setembro de 2019.

LEÃO M.M. O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: ABRANDH; 2013. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em: outubro de 2017.

LINDERT, K.; LINDER, A.; HOBBS, J.; BRIÈRE, B. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. Washington: World Bank, 2007.

LIGNANI, J.B.; SICHIERI, R.; BURLANDY, L.; SALLES-COSTA, R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutrition,** v. 14, p. 785-792, 2011.

MACIEL, M.E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de koshima com brillat-savarin? Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 7, n. 16, p. 145-156, 2001.

MARIANO, S.A.; CARLOTO, C.M. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. **Rev. Estud. Fem.,** vol.17, n.3, pp.901-908, 2009.

MARESI, V.A. A relação entre a titularidade do programa bolsa família e as práticas alimentares de famílias beneficiárias residentes no município de Duque de Caxias – RJ. 118f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.

MARTINS, A.P.B.; MONTEIRO, C.A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazil families: a quasi experimental study. **BMC Public Health**, v. 16, n.827, 2016.

MDS. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario-PC/Downloads/Legisla%C3%A7%C3%A3o_Portaria%20MDS%20148.2006.pdf. Acesso em: outubro de 2019.

MDS. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Bolsa Família, 2019a. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e. Acesso em: outubro de 2019.

MDS. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Bolsa Família, 2019b. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/acesso-a-educacao-e-saude. Acesso em: outubro de 2019.

MDS. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Bolsa Família, 2019c. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficiosAcesso em: outubro de 2019.

MDS. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Bolsa Família, 2019d. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/igd/igd-m. Acesso em: setembro de 2019.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para debate. Brasília, DF: IPEA, 2007.

MEDEIROS, M.; BRITO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. **Novos Estudos**, v. 5, n.21**,** 2007.

MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? IN: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Fiocruz: 2018. p. 95-116.

MINAYO, M.C.S; COSTA, A.P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação,** v.40, p. 139-153, 2018.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consenso e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MONNERAT, G.; SENNA, M.C.M.; SCHOTTZ,V.; MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L., Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.6, p. 1453-1462. 2007.

MONNERAT. G.L. Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade: lições do Programa Bolsa Família. 2009. 282f. (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

MONTEIRO, I. Integração de políticas sociais: um estudo de caso sobre o Programa Bolsa Família. 128f. (Dissertação de Mestrado). Fundação Getúlio Vargas. 2011. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8379/DissertaC3%A7%C3%A3o%20vers%C3%A3o%20%2013%20de%20mar%202011.pdf. Acesso em: outubro de 2017.

MORAES, V.D, MACHADO, C.V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde Debate**, v. 41, n. 3, p. 129-143, 2017.

MORAES, V.D.; PITHAN, R.G.; MACHADO, C.V. Programas de Transferência de Renda com Condicionalidades: Brasil e México em perspectiva comparada. **Saúde Debate**, v. 42, p. 364-381, 2018.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, v.42, n. 1, p. 261-274, 2018.

MOROSINI, M.V.G.C. A política de atenção básica e a qualificação profissional dos ACS na Saúde da Família. In: Morosini MVGC, organizadora. **Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EOSLV/Fiocruz: 2010. p. 31-44

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: outubro de 2019.

NOGUEIRA, M.L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade, v.28, n.3, p.** 309-323, 2019.

OLIVEIRA, R.P.; SOARES, M.L. O debate sobre a renda mínima: uma forma de enfrentamento às desigualdades sociais? IN: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2007. São Luís, MA. *Anais...* São Luís, MA. 2007, p.1-7.

OLIVEIRA, V.B**. Transferência de renda e Segurança Alimentar e Nutricional: Um olhar sobre o Programa Bolsa Família**. IN: SCHNEIDER, O.F. (Org.) Segurança Alimentar e Nutricional: tecendo a rede de saberes. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012, p. 101- 120.

PASQUIM, E.M.; SANTOS, L.M.P. Análise de programas de transferência de renda no Bra-sil sob a ótica e prática de atores federais e estaduais. **Saúde soc**., São Paulo, v. 16, n. 3, p.52-68, dez. 2007.

PAES-SOUZA, R.; SANTOS, L.M.P.; MIAZAKI, É.S. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. **Bull World Health Organ,** v. 89, n.7. p. 496-503, 2011.

PETROLA, K.A.F.; BEZERRA, I.T.; MENEZES, E.A.V.; CALVASINA, P.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA-MEYER, A.P. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is This a Reality? **PLoS ONE**. 11(8): e0161244. doi:10.1371/journal.pone.0161244.

PERES, K.G.; PERES, M.A.; BOING, A.F. BERTOL, A.D.; BASTOS, J.L.; BARROS, A.J.D. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.2, 2012. 2012.

SILVA, E.S.A.; PAES, N.A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do semiárido brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.24, n.2, p. 623-630, 2019.

PNAN. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. Brasília: MS; 2013.

RAMOS, C.I.; CUERVO, M.R.M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p. 2159-216, 2012.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C.A.T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of a Brazilian municipalities. **The Lancet,** v.382, n.6, p. 57-64**,** 2013.

ROCHA, B.M. **Política de Segurança Alimentar e Nutricional e sua inserção ao Sistema Único de Assistência Social**. São Paulo, 2011. Paco Editorial. 161p.

ROCHA, S. **Transferências de renda: o fim da pobreza**. Rio de Janeiro: Campus, 2013. 216p.

ROQUE, D.M.; FERREIRA, M.A.M. O que realmente importa em programas de transferência de renda? Abordagem em diferentes países. **Saúde Sociedade,** v. 14, n. 4, p. 1193-1207, 2015.

SANTOS, L.M.P.; PASQUIM, E.M.; SANTOS, S.M.C. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação**. Ciência & Saúde Coletiva,** v.16, n.3, p. 1821-1834, 2011.

SIDDIQI, A.; RAJARAM, A.; MILLER, S.P. Do cash transfer programmes yield better health in the first year of life? A systematic review linking low income/middle-income and high-income contexts. **Global Child Health**, v.103, p. 920-926, 2018.

SIMOES, A.A.; SABATES, R. The contribution of Bolsa Familia to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil. **International Journal Of Educational Development, n.39, p.** 151-166, 2014.

SILVA, M.O.S. Os programas de transferência de renda na política social brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, v.8, n. 2, p.1-19, 2004. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3762/1832. Acesso em :10 set 2019.

SILVA, M.O.S. A trajetória dos programas de transferência de renda e seus desafios atuais: articulação com políticas estruturantes e unificação. **Pensar BH/Política Social**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, n15, Abr.jun, 2006. p. 26-30. Disponível em: http://www.repositorio.ufma.br/xmlui/handle/1/162. Acesso em: julho de 2017.

SILVA, M.O.S.; YAZBEK, M.C.; GIOVANNI, G. Os programas nacionais de transferência de renda. IN: SILVA, M.O.S.; YAZBEK, M.C.; GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Editora Cortez, 2006. p.87-95.

SILVA, M.S.O. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katálysis**, v.13, n.2, Florianópolis, 2010.

SIMOES, A.A.; SABATES, R. The contribution of Bolsa Familia to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil. **International Journal Of Educational Development,** v. 39, p. 151-166. 2014.

SPINK, M.; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentido. IN: SPINK, J. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SUZART, A.S.; FERREIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.H.B.; LEMOS, G.C.S.M.; CORREA, G.T.B.; BONFFATI, R.J. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional: um estudo de caso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 699-715, 2017.

TABORDA, A. A. Sentidos e significados do benefício do Programa Bolsa Família para mulheres titulares residentes no município de Duque de Caxias. 2015. 114f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015.

TREVISANI, J.J.D.; JAIME, P.C. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no município do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, em 2008. **Epidemiologia Serviço e Saúde,** v.21, n.3, p. 375-384, 2012**.**

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. **Revista Internacional de Direitos Humanos,** v.3, n.4, p. 144-159, 2006.

8. ANEXOS

Anexo A. Carta de Anuência da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenação de Geral de Área Programática 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio ao projeto de pesquisa: **" Programa Bolsa Família: as condicionalidades e as práticas na Atenção Básica",** sob a responsabilidade da pesquisadora Rosana Salles da Costa.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como docente da Instituição Proponente, concedemos a anuência para realização na unidade de saúde da Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 3.1, Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o referido relato somente poderá ser divulgado em revistas e eventos científicos mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 13/04/2018.

Solange da Silva Malfacini
Coordenador Geral
S / SUBPAV / CAP-3.1
11/159.400-1

Anexo B. Parecer do Comitê de Ética/Plataforma Brasil.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa Bolsa Família: as condicionalidades e as práticas na atenção básica
Pesquisador: Rosana Salles da Costa
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 89530318.7.3001.5279
Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE
Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.901.653

Apresentação do Projeto:
Trata-se de projeto de pesquisas do GP sobre Segurança Alimentar e Nutricional em Duque de Caxias da UFRJ. O projeto foi aprovado após cumprimento integral de pendências pelo Parecer Consubstanciado da proponente 2.779.580 para o qual; recomendo acolhimento integral. Passemos aos termos do referido Parecer:
"Este projeto se ocupa das relações e dos efeitos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família (PBF) e as práticas de cuidados de saúde, com destaque para práticas relativas a alimentação e nutrição. Ele resulta da trajetória de pesquisas do grupo de Pesquisas sobre Segurança Alimentar e Nutricional em Duque de Caxias – SANDUC coordenado pela proponente dessa proposta, sobre pobreza, insegurança alimentar e o PBF. Reflete a experiência acumulada pelos integrantes do grupo em análises de políticas públicas e práticas de saúde (particularmente em práticas de cuidados de saúde). Profundas transformações nas dinâmicas econômica, social e política do país trouxeram novos desafios para a construção de intervenções públicas capazes de superar as formas tradicionais de privação no contexto rural e também reduzir as situações de vulnerabilidade social e segregação no espaço urbano. A chamada pobreza extrema emerge como a face mais dramática de processos contraditórios e heterogêneos marcados pela precariedade das condições de trabalho, da renda, da moradia, do acesso a bens e serviços e do isolamento social. Além disso, entre as famílias vivendo em pobreza extrema, ou seja, com rendimentos monetários abaixo de R$ 85 reais per capita, estariam as situações mais graves de insegurança alimentar.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** capsms@rio.rj.gov.br

A perspectiva desse projeto buscará apreender as características das práticas do cuidado das beneficiárias a partir de entrevistas semiestruturadas com elas. Já as práticas das equipes de saúde serão abordadas a partir de entrevistas com os profissionais de saúde.Especial atenção será dada as práticas ligadas a alimentação e nutrição. Tais práticas historicamente são mais fortemente marcadas pela pobreza em famílias de baixa renda no Brasil, ou seja, pela restrição da capacidade de adquirir o alimento adequado, e também são condicionadas pelos arranjos do sistema alimentar. Sofrem a influência direta de políticas de redistribuição de renda, como o PBF, assim como de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Analisar os efeitos da condicionalidade do PBF e de seu acompanhamento sobre as práticas de cuidados dos beneficiários e das equipes de atenção básica.

* Objetivos Secundários:

1. Caracterizar o processo de acompanhamento das condicionalidades no Município onde se localiza a unidade analisada;
2. Caracterizar as práticas de cuidados exercidas pela equipe de atenção básica a seus usuários;
3. Identificar eventuais modificações nas práticas de equipe da atenção básica em função do acompanhamento da condicionalidade de saúde do PBF;
4. Analisar a compreensão dos profissionais da equipe da atenção básica sobre os papeis da condicionalidade de saúde do PBF;
5. Analisar as percepções de gestantes participantes do PBF a respeito da condicionalidade de saúde;
6. Compreender o significado da condicionalidade de saúde e sua repercussão no cotidiano de vida das mulheres gestantes participantes do PBF;
7. Analisar a influência das condicionalidades em saúde do PBF nas práticas de cuidado em saúde das famílias participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- Por tratar-se de um estudo que conta com acesso à informação por meio de entrevistas com participantes gestantes do Programa Bolsa Família e com as equipes de atenção básica, acredita-se que a pesquisa traz riscos mínimos de caráter físico ou constrangimento social para os envolvidos.

Considera-se o mesmo de total viabilidade de execução e assim, de vantajoso custo-benefício.

* Benefícios:

- Espera-se elucidar as relações entre as condicionalidades em saúde do PBF e as práticas de cuidado relacionadas à alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica. Com isso, pretende-se contribuir para a discussão em torno da condicionalidade em saúde do PBF como estratégia para a erradicação da pobreza e garantia da SAN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

* Critério de Inclusão:

- Serão considerados para essa pesquisa profissionais da equipe de atenção básica que trabalham na Unidade Básica de Saúde Madre Teresa de Calcutá e gestantes participantes do Programa Bolsa Família que sejam acompanhadas nesta Unidade de Saúde. Somente serão incluídas na pesquisa os profissionais de saúde e gestantes que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, após a explicação do mesmo pela pesquisadora que realizará a entrevista.

* Critério de Exclusão:

- Serão excluídos da pesquisa usuários da Unidade Básica de Saúde Madre Teresa de Calcutá menores de 18 anos como crianças, adolescentes ou indivíduos legalmente incapazes, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Serão excluídos também profissionais de saúde que não queiram participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo à integridade do indivíduo.

(...) Metodologia Proposta:

Esta pesquisa apresenta como abordagem o uso do método qualitativo e se pautará na perspectiva analítica da sociologia compreensiva. O problema que deu origem a esta pesquisa refere-se ao pressuposto de compreender como ocorre a dinâmica do acompanhamento das condicionalidades em saúde do PBF na vida das gestantes e os efeitos da exigência do seu cumprimento no que tange às práticas de cuidados relativas à alimentação e nutrição. Desta maneira, o método qualitativo se apresenta como um recurso adequado, visto que tem por objetivo aprofundar os fenômenos e os processos que envolvem a vida dos sujeitos. Importante destacar que no delineamento da pesquisa qualitativa, o objeto de estudo se constrói progressivamente, na interação do pesquisador com o ambiente de pesquisa. A partir do contato com o meio pesquisado, os dados coletados interagem com a análise que dele é extraída, não somente por

meio da literatura sobre o assunto. Esta pode, a propósito, reforçar a dependência das teorias e resultados elaborados por outros pesquisadores, dificultando ao pesquisador social o olhar atento sobre as divergências e particularidades que o ambiente investigado pode trazer (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008). Nesse sentido, a revisão bibliográfica na pesquisa qualitativa não visa à estruturação dos conceitos para possibilitar o início da pesquisa, com a elaboração de uma hipótese a ser testada. Contudo, obviamente, é importante que o pesquisador tenha um conhecimento sobre seu tema, pois assim estará mais preparado para construir o objeto e definir a amostra pertinente. Partimos do pressuposto que o objeto de pesquisa é o efeito das práticas de cuidados relativas à alimentação e nutrição promovidas pelas condicionalidades em saúde no cotidiano de vida das gestantes participantes do PBF. Assim, as práticas de cuidado com a saúde serão consideradas em consonância com as práticas sociais determinadas pelo conjunto de manifestações que ocorrem no cotidiano. A interação entre os participantes do PBF, os profissionais de saúde e própria unidade de saúde fazem parte da experiência e vivência do cuidado.
No âmbito do Município do Rio de Janeiro será realizada na Unidade de Saúde Madre Tereza de Calcutá.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram atendidas todas pendências e apresentados todos os Termos obrigatórios, a pesquisa encontra-se de acordo com as Normas regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução CNS nº 466/12 e 510/16.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
A pesquisa encontra-se aprovada, no âmbito do Município do Rio de Janeiro, será realizada na Unidade de Saúde Madre Tereza de Calcutá.

Considerações Finais a critério do CEP:
Sr.(a) Pesquisador(a),
Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1183778.pdf	14/09/2018 11:06:22		Aceito
Outros	CartaRespostaSMS.doc	14/09/2018 11:04:12	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaSMS.PDF	14/09/2018 11:02:54	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	declaracadefinaciamentofinal.doc	14/09/2018 11:02:19	Rosana Salles da Costa	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

Continuação do Parecer: 2.901.653

Outros	folhaderostofinal2.pdf	27/06/2018 08:41:43	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	Folhaderostofinal11.pdf	27/06/2018 08:41:08	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	Endereco_lattes_pesquisadores.doc	27/06/2018 08:40:41	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_Final.doc	27/06/2018 08:39:50	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	CartaResposta.doc	18/06/2018 14:19:17	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	Carta_De_Apresentacao_pag2.jpg	14/06/2018 05:55:54	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	CartaRespostaaoCEP.doc	12/06/2018 13:11:39	Rosana Salles da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs_final_PBF.doc	11/06/2018 15:17:56	Rosana Salles da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_comalteracoes.doc	11/06/2018 15:00:53	Rosana Salles da Costa	Aceito
Outros	declaracaoresultados.doc	11/06/2018 14:59:46	Rosana Salles da Costa	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

9. APÊNDICES

Apêndice A. Roteiro de entrevistas para os profissionais de saúde.

Dados Pessoais:
Nome:
Ocupação:

Questão-chave 1 - Conte-me sua trajetória profissional até chegar à unidade de saúde:

- Como introduz o assunto?
- Relata há quanto tempo trabalha na unidade?
- Relata sobre trabalhos anteriores? No setor saúde?
- Quais os motivos que o levou a trabalhar na unidade?

Questão-chave 2: Conte-me quais são as atividades que você realiza na unidade:

- Como introduz o assunto?
- Relata sobre qual equipe atua?
- Relata especificidades sobre sua equipe de saúde?
- Relata sobre a organização da agenda e prioridades?
- Relata quantas famílias ou quantos usuários atende?
- Relata sobre visitas domiciliares e como se organiza para realiza-las?
- Relata sobre visitas domiciliares com gestantes e suas especificidades?

Questão-chave 3: Conte-me como é sua ação ao identificar alguma família com vulnerabilidade:

- Como introduz o assunto?
- Como identifica a vulnerabilidade?
- Cita o exemplo de alguma família que tenha acompanhado?
- Cita sobre os participantes do Programa Bolsa Família?
- Relata sobre gestantes?
- Relata sobre gestantes participantes do Programa Bolsa Família?

Questão-chave 4: Conte-me o que você compreende do Programa Bolsa Família:

- Como introduz o assunto?
- Define algum posicionamento sobre o programa?
- Relata sobre as condicionalidades? Relata sobre as condicionalidades de saúde?
- Relata diferença no acompanhamento de saúde de famílias participantes do programa para outras famílias que não são participantes?
- Cita o exemplo de alguma família que tenha auxiliado a ingressar no programa e que tenha percebido mudanças em suas vidas?

- Relata sobre como o programa poderia contribuir na vida das pessoas participantes?

Questão-chave 5: Conte-me sobre como você se sente na sua profissão:

- Como introduz o assunto?
- Relata sobre o que gosta e o que não gosta de realizar na sua prática profissional?
- Relata sobre conseguir contribuir de alguma maneira na vida das pessoas?
- Relata sobre o momento atual de desmonte do SUS?
-

Questão-chave 6: Você gostaria de relatar algo mais?

- Como introduz o assunto?
- Sobre qual tema relatou?

Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Nutrição Josué de Castro

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Programa Bolsa Família: as condicionalidades e as práticas na atenção básica

Este documento fornecerá informações e solicitará seu consentimento para participar do estudo *"Programa Bolsa Família: as condicionalidades e as práticas na atenção básica"*, do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolvida por um grupo de pesquisadores do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O estudo pretende avaliar as práticas de cuidado em saúde de profissionais da atenção básica que estejam envolvidos direta ou indiretamente com o acompanhamento da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família. A pesquisa será realizada através de entrevistas gravadas que terão perguntas sobre alimentação e saúde e o processo de acompanhamento da condicionalidade saúde no município do Rio de Janeiro, especificamente no bairro de Bancários, na Ilha do Governador.

A entrevista durará cerca de 90 minutos e será realizada em local de sua preferência, e serão gravadas para permitir o registro completo das informações fornecidas. Todas as atividades serão realizadas por pesquisadora treinada. Se você quiser, poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelo telefone que constam ao final desse documento, para obter maiores informações.

Você tem a liberdade de não querer participar do projeto de pesquisa. **Sua decisão de participar ou não será mantida em sigilo pela equipe de pesquisadoras, de modo a não interferir e não prejudicar de modo algum o seu trabalho na Unidade Básica de Saúde Madre Teresa de Calcutá.** Se você desejar, poderá também retirar o termo de consentimento a qualquer momento, no caso de ter aceitado participar do projeto, **sem prejuízo algum ao seu trabalho.**

Garantia de acesso às informações

Como o Conselho Nacional de Saúde garante na resolução 466/12, as pesquisas realizadas com seres humanos devem garantir a autonomia de participantes como você e as pessoas de sua família, como também sua privacidade. **Ou seja, você tem a liberdade de querer ou não querer participar de pesquisa como essa, com a garantia de sigilo de sua vida particular**. Com isso, garantimos que todas as informações obtidas na pesquisa são confidenciais, **ou seja, não serão acessadas por outras pessoas que não sejam pesquisadores ou alunos da pesquisa**! Somente essas pessoas que trabalham ou estudam em instituições de ensino envolvidas terão acesso aos seus dados, não sendo permitido, em qualquer hipótese, divulgar seus dados. Os resultados da pesquisa serão divulgados na impressa local do seu município, como também em reuniões no Ministério do Desenvolvimento Social, em congressos e em artigos publicados em revistas da área de saúde. Esses trabalhos não divulgam nomes das pessoas entrevistadas, apenas os resultados das informações coletadas nos questionário como um todo, ou seja, de todas as pessoas entrevistadas, ao mesmo tempo. E, em qualquer momento da pesquisa você poderá consultar os entrevistadores ou entrar em contato com as pesquisadoras abaixo relacionadas sobre resultados e andamento da pesquisa.

Para finalizar, gostaríamos de esclarecer que os questionários com suas informações serão **guardados** no Instituto de Nutrição Josué de Castro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em local seguro, cujas informações **que você respondeu** serão digitadas em computadores de pesquisa. Em todo esse processo o acesso é restrito aos pesquisadores e alunos de pesquisa.

Agradecemos sua colaboração!

Em qualquer etapa da pesquisa você poderá entrar em contato em caso de dúvida, com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho nos seguintes contatos:

Rosana Salles da Costa - Instituto de Nutrição Josué de Castro – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Av. Carlos Chagas Filho, 373. Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco J, 2º andar, Cidade Universitária, CEP: 21.941-902. Tel.(s): 21-2562-6432; e-mail: rosana@nutricao.ufrj.br

Ana Alice Taborda - Instituto de Nutrição Josué de Castro – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Av. Carlos Chagas Filho, 373. Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco J, subsolo, sala Gipepon, Cidade Universitária, CEP: 21.941-902. Tel.(s): 21-2562-6432; e-mail: anaalicetaborda@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – R. Prof.Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão, 7º andar, Ala E, horário das 8h às 16h e telefone 3938-2480. Dúvidas entre em contato com o CEP/HUCFF/FM/UFRJ de segunda a sexta-feira de 8h às 16h E-mail: cep@hucff.ufrj.br - Tel.: 3938-2480 e FAX: 3938-2481.

Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a entrevistadora _____ sobre a minha decisão em participar desse estudo, como também permiti que meus filhos menores de dezoito anos participem. Ficaram claras para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento ambulatorial caso necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos sem a perda de benefícios recebidos pelo Programa Bolsa Família no meu município. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com a pesquisadora responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar a última folha.

Nome e Assinatura do voluntário da pesquisa e do entrevistador responsável.

_____

Nome do participante

_____

Assinatura do participante

_____

Nome do entrevistador responsável

Para maiores informações consultar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para maiores informações consultar o Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa no link http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html

RIO DE JANEIRO, _____ de _____ 2018.

Apêndice C. Características dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entrevistados no CMS no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019.

Código do Entrevistado	Tempo de serviço como ACS	Equipe de Saúde	Trabalhou anteriormente na área da saúde	Motivo pelo qual optou ser ACS	Data e local da entrevista	Duração da entrevista
ACS1	3 anos	1	Não	Desempregada anteriormente	09/11/2018 na sala dos agentes comunitários de saúde	33m56s
ACS2	5 anos	1	Não	Admiração pelo trabalho de outra ACS	09/11/2018 na parte externa do CMS	25m30s
ACS3	9 anos	2	Não	Proximidade com o local de moradia	10/12/2018 na sala de espera do CMS	26m16s
ACS4	8 anos	3	Não	Não conhecia o trabalho do ACS. Desempregada anteriormente	18/12/2018 na sala de espera do CMS	19m14s
ACS5	3 anos	2	Não	Desempregada anteriormente.	18/12/2018 na parte externa do CMS	29m
ACS6	3 anos	4	Não	Desempregado anteriormente.	19/12/2018 na parte externa do CMS	49m49s
ACS7	3 anos	3	Não	Proximidade com o local de moradia.	19/12/2019 na sala dos ACS	25m16s
ACS8	8 anos	1	Não	Não conhecia o trabalho do ACS. Desempregado anteriormente	19/12/2019 na sala dos ACS	17m28s
ACS9	5 anos	5	Sim	Oportunidade	26/02/2019 na sala de espera do CMS	37m36s

As equipes de saúde foram numeradas para não haver a identificação do CMS estudado. Elas foram numeradas no sentido de mostrar ao leitor que os ACS entrevistados contemplaram as 5 equipes existentes no CMS.

Apêndice D. Características dos demais profissionais de saúde entrevistados no CMS entre maio e junho de 2019.

Código do Entrevistado	**Tempo de serviço no CMS**	**Atuação**	**Data e local da entrevista**	**Duração da entrevista**
PS1	7 anos	Técnica de Enfermagem	12/03/2019 na sala de espera do CMS	Não permitiu a gravação
PS2	7 anos	Educador Físico	25/03/2018 na sala atendimento	47m08s
PS3	17 anos	Nutricionista	01/04/2019 na sala de atendimento	1h52m19s
PS4	17anos	Enfermeira	10/04/2019 na sala da chefia de enfermagem	26m52s
PSB	4 anos	Profissional de Saúde Bucal	16/07/2019 na sala de atendimento	25m51s
PS 6	2 anos	Enfermeira da ESF	25/07/2019 na sala de atendimento	38m12s