

Teles de Carvalho, Alice; Rodrigues de Almeida, Erika; Constante Jaime, Patrícia
Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de
profissionais da saúde

Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 1370-1382
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263656022>

Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde

**Health conditionalities in the Bolsa Família program – Brazil:
an analysis through health professionals**

Alice Teles de Carvalho

Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde.
Departamento de Nutrição.
E-mail: alicetel@terra.com.br

Erika Rodrigues de Almeida

Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição.
E-mail: erika.ralmeida@hotmail.com

Patrícia Constante Jaime

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição.
E-mail: patricia.jaime@saude.gov.br

Correspondência

Alice Teles de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde.
Departamento de Nutrição.
Campus Universitário I, s/n, CCS, 2º andar.
Castelo Branco III, CEP 58059-900, João Pessoa, PB, Brasil.

Resumo

Este estudo apresenta a percepção de profissionais de equipes de Saúde da Família de municípios do Nordeste do Brasil acerca das mudanças na vida das famílias participantes do programa Bolsa Família, da relação destas com os serviços de saúde e do impacto na dinâmica de trabalho dos profissionais, a partir do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas e encontros de grupo focal. Os profissionais acreditam que o programa ocasionou mudanças favoráveis na vida das famílias participantes, como a redução da pobreza, o aumento da frequência escolar das crianças e mudanças positivas na relação entre as famílias participantes e os serviços de saúde. No entanto, relataram dificuldades de caráter organizacional no acompanhamento das condicionalidades, sobretudo devido ao aumento da demanda de trabalho. É importante que as condicionalidades de saúde proporcionem oportunidades para a realização de ações que visem ao empoderamento e autonomia dos sujeitos quanto ao autocuidado e desenvolvimento da cidadania.

Palavras-chave: Programas Governamentais; Programa Bolsa Família; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This study presents the perception of professionals from Family Health teams in Brazilian Northeastern towns regarding changes in the life of families participating in the Bolsa Família program, their relation to health services, and the impact on the working dynamics of professionals, by monitoring the health conditionalities of the Bolsa Família program. Information was obtained by means of semi-structured interviews and focus group meetings. Professionals believe that the program brought up favorable changes to the life of participating families, such as reducing poverty, increasing children's school attendance, and positive changes in the relation between participating families and health services. However, they reported difficulties with an organizational nature in monitoring conditionalities, above all due to increased work demand. It is important that health conditionalities provide opportunities to carry out actions that aim at subject's empowerment and autonomy regarding self-care and citizenship development.

Keywords: Government Programs; Bolsa Família Program; Family Health Strategy; Primary Health Care.

Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF), instituído pela Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (Brasil, 2004), corresponde a um programa brasileiro de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O PBF integra o Plano Brasil sem Miséria, que tem como foco de atuação os 16,2 milhões de brasileiros com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 70,00 (o que corresponde a cerca de US\$ 35,00). O programa pauta-se na articulação de três dimensões: promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades; e coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, visando à superação da situação de vulnerabilidade e pobreza (Brasil, 2006).

A literatura tem sido polarizada no que se refere ao PBF. Alguns estudos têm destacado pontos positivos do programa, sobretudo quanto à redução da pobreza, ao aumento do acesso a alimentos (em decorrência do aumento do poder de compra) e ao aumento da frequência tanto nas escolas (pelos crianças) quanto nos serviços de saúde, em virtude das condicionalidades atribuídas às famílias (Castilheira e col., 2009; Oliveira e col., 2011; Silva, 2007; Burlandy, 2007; Magalhães, 2008; Pereira e col., 2008; Ibáñez, 2008; Rocha e col., 2011; Minujín e col., 2007). Em contraponto, alguns autores acreditam que a desigualdade não foi reduzida no Brasil, que o PBF ainda não conseguiu erradicar a pobreza (AFP, 2006; Silva, 2007) e que as condicionalidades exigidas às famílias beneficiárias ameaçam os princípios de cidadania (Lavinas e col., 2000).

No setor saúde, as condicionalidades que as famílias devem cumprir são o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, a vacinação para crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e pós-parto. É compromisso do Ministério da Saúde e atribuição compartilhada com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecer serviços que visem ao cumprimento dessas condicionalidades, tendo os profissionais da Estratégia

Saúde da Família (ESF) um papel primordial (Brasil, 2009b), visto que essas ações são desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde (APS).

Ao ser acompanhadas por uma equipe da ESF, as famílias participantes do PBF devem ser orientadas quanto ao fato de as condicionalidades representarem o exercício de direitos para que as famílias possam alcançar sua autonomia e a inclusão social sustentável (Silva, 2007).

A ESF configura-se como forma prioritária para a reorganização da APS no Brasil, e tem como premissa a mudança da prática assistencial, passando a enfocar a família em seu ambiente físico e social e, com isso, a oferecer serviços mais resolutivos, integrais e, sobretudo, humanizados (Temporão, 2009; Brasil, 2011b). Nos últimos anos, foram intensificados os investimentos para a expansão da ESF, particularmente nos municípios com maior população. Atualmente, mais de 93 milhões de brasileiros acessam o SUS por meio da ESF, e a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) aumenta a oferta da atenção centrada na família e na orientação comunitária (Brito e col., 2013).

A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (Abrasco, 2011) aponta diretrizes de aperfeiçoamento das ações e serviços voltados à população. Uma das diretrizes é a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, sendo uma das estratégias apontadas a articulação entre o PBF e a ESF, considerando parâmetros de elegibilidade por motivos de agravos e doenças e a necessidade de garantir, em curto prazo, acesso às ações de promoção e cuidados à saúde das famílias de menor renda.

Nesse contexto, é primordial que os profissionais de saúde acompanhem as famílias participantes do PBF no exercício das condicionalidades, com vistas a facilitar o acesso desses sujeitos às ações e serviços de saúde. Para tanto, é necessário que haja responsabilização compartilhada entre todos os atores sociais envolvidos.

A gestão federal do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é de responsabilidade da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde. A CGAN, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), desenvolveu uma pesquisa cujo objetivo foi analisar e fortalecer

programas de alimentação e nutrição comunitários. Um dos objetos do estudo foi a análise das condicionalidades de saúde do PBF com a participação de diferentes atores sociais envolvidos na operacionalização e gestão do programa (FAO, 2009).

Este estudo parte de um recorte da referida pesquisa, onde serão apresentados os resultados referentes à percepção de profissionais da equipe de Saúde da Família acerca das mudanças ocasionadas na vida das famílias participantes do PBF, da relação destas com os serviços de saúde e do impacto na dinâmica de trabalho dos profissionais, a partir do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.

A motivação deste estudo está na consideração de que os profissionais são atores-chave no acompanhamento das condicionalidades de saúde, visto que podem viabilizar a aproximação entre os participantes do PBF (usuários potenciais dos serviços de saúde) e os serviços de saúde, de modo a contribuir para a inclusão social, sob a perspectiva da exigibilidade de direito. E, ainda, têm um papel fundamental na qualificação da atenção à saúde, por meio da apropriação da importância dessas condicionalidades, com vistas à integralidade do cuidado.

Materiais e métodos

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, em municípios da região Nordeste do Brasil (Carvalho e col., 2013). Essa região foi selecionada por apresentar maiores proporções de indivíduos em situação de insegurança alimentar e nutricional (Brasil, 2009a). Foram selecionados dois municípios, um localizado no estado de Alagoas, devido à baixa cobertura do PBF no acompanhamento das condicionalidades de saúde (52,21% de cobertura na primeira vigência de 2008), e o outro no estado do Rio Grande do Norte, onde há a maior cobertura de acompanhamento do PBF pelo setor saúde (72,96% de cobertura na primeira vigência de 2008) (Brasil, 2008).

Os dois municípios deveriam, ainda, atender aos critérios de proximidade com a capital (por facilidade logística), de adesão dos secretários de saúde à proposta de avaliação do PBF e de existência de unidades de saúde dentro da proposta da ESF. Dessa

forma, foram selecionados os municípios de Tibau do Sul-RN, e Barra de São Miguel-AL.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, em setembro e outubro de 2008. A primeira compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem inseridos nas equipes de Saúde da Família dos municípios. A segunda etapa foi a abordagem aos agentes comunitários de saúde, por meio de encontros de grupo focal. Foram elegíveis a participar da pesquisa todos os profissionais das equipes de Saúde da Família que atuavam nos municípios estudados no período de coleta de dados.

Os focais são grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receber estímulos apropriados para o debate. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, principalmente pelo processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados. Caracteriza-se por ser uma técnica capaz de verificar as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados, estratégia utilizada para complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação às suas crenças, atitudes e percepções (Kitzinger e Barbour, 1999; Minayo, 2008).

Os encontros de grupo focal ocorreram em equipamentos sociais dos municípios participantes da pesquisa, e tiveram duração média de duas horas (cada encontro). Os espaços disponibilizados eram amplos, de fácil acesso, silenciosos, privativos e apresentavam boa iluminação e conforto. As sessões foram mediadas por um facilitador, que conduziu os encontros, e um relator, que anotava toda a discussão, descrevendo as diferentes expressões gestuais dos participantes. Antes das sessões eram esclarecidos aos participantes os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos.

Os instrumentos (FAO, 2009) utilizados na coleta dos dados foram elaborados com base nos documentos oficiais que normatizam o programa (Brasil, 2004, 2006, 2009b), na literatura científica da área (Castiñeira e col., 2009; Oliveira e col., 2011; Burlandy, 2007; Pereira e col., 2008; Ibase, 2008; Lavinas e col., 2000; Monnerat e col., 2007; Shimizu e Reis, 2011) e nas discussões com representantes da CGAN.

As entrevistas e os encontros de grupos focais foram registrados por meio de gravador digital. O

material foi transscrito na íntegra e, em seguida, procedeu-se à análise de conteúdo. A opção pela análise de conteúdo foi norteada por ser um método que visa a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos depoimentos, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção desses depoimentos (Bardin, 2009). As deduções lógicas ou inferências, que foram obtidas a partir das categorias produzidas neste estudo, possibilitaram identificar as questões relevantes contidas nos depoimentos dos diversos participantes da pesquisa.

Buscou-se atender às etapas propostas por Bardin (2009): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A fase de pré-análise compreendeu a organização do material e uma “leitura flutuante” das informações coletadas, sendo formada a “constituição do *corpus*” para cada entrevista realizada, considerando sua validade qualitativa, como a exaustividade; a representatividade, com a participação dos diferentes profissionais da equipe de Saúde da Família; a homogeneidade, tendo assegurada a mesma técnica de coleta; e a pertinência, onde o material da entrevista foi considerado adequado para responder aos objetivos do estudo (Minayo, 2008; Bardin, 2009).

Após essa etapa, foram definidas as unidades de registro ou núcleos de sentido (palavras-chave ou frase) e as unidades de contexto (parágrafo da entrevista onde estava localizado o núcleo de sentido). Em seguida, foi realizada a exploração do material, onde se buscou alcançar o núcleo de compreensão do texto e definir as categorias temáticas. Por fim, realizou-se a interpretação dos depoimentos, por meio da distribuição das categorias temáticas encontradas, interpretação e discussão dos resultados (Minayo, 2008; Bardin, 2009).

As categorias produzidas a partir das entrevistas e grupos focais foram: a) mudanças ocasionadas na vida das famílias participantes do PBF; b) mudanças na relação das famílias participantes do PBF com os serviços de saúde; e c) impacto na dinâmica de trabalho dos profissionais, a partir do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Por questões didáticas, neste artigo, essas categorias foram agrupadas em dois grandes eixos: O PBF e a situação de

vida das famílias participantes; Acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF: avanços, desafios e possibilidades de aperfeiçoamento.

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o Protocolo n. 450/08.

Resultados e discussão

A análise dos depoimentos dos sujeitos participantes da pesquisa considerou a representação que estes possuem acerca de temáticas relacionadas ao PBF (redução da pobreza, situação de vida das famílias e organização dos serviços de saúde para a operacionalização do PBF). Dessa forma, entende-se que os depoimentos analisados neste estudo não devem ser percebidos como realidade objetiva, mas, sim, como representação da realidade, construída a partir das experiências e vivências desses profissionais junto às famílias participantes do PBF e da atuação deles no âmbito da ESF.

Perfil dos participantes do estudo

Participaram do estudo 53 profissionais, sendo 24 em Barra de São Miguel (3 médicos, 3 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 15 ACS) e 29 em Tibau do Sul (4 médicos, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 17 ACS). A maioria dos profissionais participantes do estudo era do sexo feminino ($n = 45$), na faixa etária de 21 a 30 anos ($n = 25$) e possuía mais de um ano de atuação no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF ($n = 43$).

O Programa Bolsa Família e a situação de vida das famílias participantes

Segundo os participantes deste estudo, o PBF ocasionou mudanças favoráveis na vida das famílias vinculadas ao programa. Essas mudanças englobam aspectos como a redução da pobreza, o aumento da frequência escolar das crianças e mudanças na relação das famílias beneficiárias com os serviços de saúde, incluindo uma maior frequência delas nas unidades de Saúde da Família (USF):

Nessa área da educação e saúde. Elas tão mais educadas, tão se prevenindo mais, tão procurando mais a unidade de saúde. Nessa parte também da autoestima, de ter mais recurso, uma possibilidade,

uma esperança de uma melhora da vida delas. A gente também não pode deixar de lado o financeiro, que pesa numa família (Enfermeira - entrevista).

No tocante à redução da pobreza, os profissionais atribuem o aumento do poder de compra das famílias participantes do PBF ao recebimento do repasse financeiro, como ilustrado no trecho que segue:

O dinheiro. Porque, pra quem não tem nada, ter dez reais, tá rico! E, hoje, eu sinto assim, que tá diferente, e a diferença foi esse dinheirinho que chega pro povo. Eu acho que mudou nesse sentido, de ganhar um pouco de poder aquisitivo, mínimo, mas ganhou um poder aquisitivo (Médico - entrevista).

A melhoria da situação financeira das famílias facilitou, sobretudo, o acesso à alimentação:

Eu acho que melhorou a situação. Eu conheço uma família que passava muita necessidade, mas, quando ela passou a receber o benefício, eu mesma presenciei, hoje a criança toma um iogurte, que antes não sabia nem o que era, come uma fruta, coisa que não era comum. Hoje tem pão, tem iogurte, tem tudo (ACS - grupo focal).

Os achados deste estudo são compatíveis com os encontrados em outros trabalhos divulgados na literatura (Cotta e Machado, 2013; Silva, 2007; Castiñeira e col., 2009; Burlandy, 2007; Magalhães, 2008; Pereira e col., 2008; Ibase, 2008), tendo em vista o destaque do aumento da renda das famílias beneficiárias como contribuição do PBF, o qual possibilitou um maior acesso à alimentação. O Brasil é um dos países com maior desigualdade social do mundo, porém, nos últimos anos, houve um amplo crescimento econômico, que incluiu um aumento de renda da parcela mais pobre da população, fato este que proporcionou uma redução importante no índice de Gini (Ipea, 2008). Nesse contexto, o PBF destacou-se como uma das estratégias governamentais mais bem-sucedidas no combate à pobreza (Castiñeira e col., 2009; Oliveira e col., 2011).

No entanto, alguns estudos afirmam que, no Brasil, a desigualdade não foi reduzida, visto que 10% da população brasileira com maior poder aquisitivo é responsável pela captação de 45,1% da renda nacional, enquanto metade dos pobres não recolhe mais de 14,1% (AFP, 2006).

Silva (2007) apontou o descrédito na capacidade do programa em ir além da manutenção de certo nível de pobreza, podendo servir, inclusive, para controlar e regular os níveis de indigência e pobreza determinados pelos critérios de acesso ao PBF. Segundo o autor, uma estratégia plausível para a redução do quadro de pobreza seria a redistribuição da renda entre a população brasileira, de modo a modificar a concentração de riqueza socialmente produzida. Rios e colaboradores (2011) reforçaram o pressuposto de que o PBF prioriza a transferência de renda, não possibilitando a saída da pobreza e da exclusão social, que só podem ser enfrentadas mediante medidas articuladas de geração de renda, capacitação e formação profissional.

Nessa mesma linha encontra-se o posicionamento de Minujín e colaboradores (2007), os quais defendem que programas de transferência condicionada de renda, como o PBF, podem contribuir para minimizar a fome e a pobreza de populações mais vulneráveis caso sejam implementadas simultaneamente soluções de longo prazo para criar sociedades sustentáveis e igualitárias, como a criação de empregos e oportunidades produtivas que possibilitem às pessoas aumentar sua renda por meio do trabalho.

No tocante à educação, os profissionais destacaram que o PBF contribuiu com o aumento da frequência das crianças nas escolas, impactando a retirada delas da condição de rua:

O ponto positivo é a capacidade da erradicação do trabalho infantil e a diminuição da evasão escolar. Melhorou nessa área da educação (Enfermeira - entrevista).

Resultados semelhantes foram encontrados por Rocha e colaboradores (2011). Já Cacciamali e colaboradores (2010) confirmam a eficiência do PBF em elevar a frequência escolar das crianças, contudo, revelam que ser beneficiário do programa eleva as chances de incidência de trabalho infantil. Esses autores ressaltam que o combate ao trabalho infantil não constitui meta do programa, apesar de tratar-se de um fenômeno intrínseco à baixa renda das famílias. Brito e colaboradores (2013), ao analisar o suplemento especial do PBF da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2006, indicam que a porcentagem de crianças entre 10 e 15 anos

cobertas pelo PBF e que exerceu algum trabalho na semana de referência da pesquisa é significativamente maior quando comparada com crianças da mesma idade não cobertas pelo benefício.

Pires (2013), ao refletir sobre estratégias de enfrentamento da pobreza a partir da exigência de frequência escolar mínima presente no desenho do PBF, concluiu que o ingresso na escola e a permanência nela não oferecem, por si, possibilidades de maior mobilidade social se não for levada em conta a qualidade do ensino oferecido.

No que concerne à saúde, os profissionais destacaram que o PBF provocou o aumento no acesso das famílias às USF, com consequente intensificação do acompanhamento delas por parte das equipes, bem como favoreceu uma maior preocupação com o cuidado à saúde:

Eu acredito que mudou na saúde mesmo. A presença das mães com as crianças no posto. Elas trazem as crianças com mais frequência. As gestantes não faltam às consultas. Estão cumprindo melhor com as obrigações, vamos dizer assim (Enfermeira - entrevista).

Um dos maiores ganhos, a saúde. Hoje em dia, todas as crianças são vacinadas, porque, além de ter o Programa de Saúde da Família, a mãe procura vacinar, senão ela não tem o Bolsa Família (Médica - entrevista).

As mudanças no setor da saúde observadas neste trabalho foram atribuídas pelos profissionais à contrapartida financeira recebida pelas famílias, ou seja, o comportamento das famílias com os serviços de saúde mudou após o PBF devido à preocupação dessas famílias em manter o benefício financeiro. Os beneficiários têm tido mais atenção com a saúde, em especial com a saúde das crianças, seja com a vacinação ou com o monitoramento do estado nutricional:

Antigamente tinha mães que não vacinavam as crianças, vacinavam atrasada, não levavam as crianças para o acompanhamento. Hoje, devido ao Bolsa, porque tem essa regra que tem que ter o acompanhamento, a vacina, aí, eles não fazem mais isso (ACS - focal).

Em relação ao peso também. Eles se preocupam mais (ACS - grupo focal).

Mudou porque ela [referindo-se à família participante do PBF] aprendeu a ter responsabilidade pra que não perca a Bolsa Família (ACS - grupo focal).

Rocha e colaboradores (2011) identificaram que o ingresso no PBF proporcionou maior frequência de acesso aos sistemas de saúde e de educação pelo cumprimento das condicionalidades, em função do risco de suspensão ou cancelamento do benefício. A ideia de maior frequência nos serviços de saúde, em consequência de receio quanto à perda do benefício, coincide com os resultados obtidos neste estudo.

As condicionalidades foram idealizadas para ser facilitadoras de cidadania, visto que estão relacionadas à ampliação do exercício do direito à saúde e educação (Monnerat e col., 2007). No entanto, a obrigatoriedade do cumprimento das condicionalidades tem dividido opiniões no meio científico, que tem reportado muitas polêmicas. Uma delas surge na percepção de que essas condicionalidades são potenciais tensionadoras da relação entre os usuários e os serviços, podendo tanto provocar mudanças positivas (Oliveira e col., 2011) como apenas condicionar o acesso ao direito social ao cumprimento de obrigatoriedades, podendo, assim, ameaçar os princípios de cidadania (Lavinas e col., 2000).

Percebeu-se que os profissionais participantes deste estudo conseguem visualizar a contribuição do PBF na vida das famílias beneficiárias e, ainda, na forma como elas passaram a se relacionar com os serviços de saúde a partir do cumprimento das condicionalidades. Houve aproximação dos usuários com os serviços de saúde, o que pode favorecer a criação e/ou fortalecimento de vínculo entre os diversos atores sociais envolvidos, com vistas à corresponsabilização do cuidado. A proximidade dos trabalhadores com as famílias tem sido considerada a prática mais inovadora proporcionada pela ESF, visto que favorece a formação de vínculo entre trabalhador e família (Shimizu e Reis, 2011).

Apesar de as mudanças positivas terem sido reconhecidas pelos profissionais, destaca-se uma fala de descrédito quanto ao funcionamento do programa de uma maneira geral:

Porque eu acho que a quantidade de recurso, além de não ser suficiente pra manter aquela criança com o que ela precisa, muitas vezes estimula as mães a cada vez se prevenirem menos (Enfermeira - entrevista).

Esse depoimento mostra-se relevante, pois revela duas percepções que requerem atenção por parte da gestão da saúde na APS e da equipe de Saúde da Família, visto que são responsáveis pela coordenação e operacionalização das condicionalidades da saúde do PBF: a) a ideia do PBF como um programa assistencialista, que não contribui para mudanças estruturais nem na saúde nem na educação; b) a imagem construída pelo senso comum de que o PBF estimula múltiplas gestações, tendo, inclusive, contribuído para o aumento da taxa de fecundidade.

Entende-se que a forma de gestão e de operacionalização do acompanhamento dessas condicionalidades é que podem contribuir ou não para que haja um impacto favorável e sustentável na saúde das famílias participantes. A informação e corresponsabilização são dois aliados desse processo.

No que tange ao senso comum de que o PBF tem contribuído para a elevação das taxas de fecundidade, os estudos têm reportado exatamente o oposto. A taxa de fecundidade total (TFT) no Brasil vem reduzindo gradativamente desde a década de 1970. Os últimos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reportaram uma redução de 2,9 filhos por mulher em 2000 para 1,9 filho por mulher em 2010. Essa redução vem sendo observada em todos os estratos econômicos da população brasileira. O segmento social composto pelos 20% mais pobres, público-alvo do PBF, apresentava fecundidade de 5 filhos por mulher em 1992 e apresentou TFT de 3,4 filhos por mulher em 2009 (Rocha, 2009).

Rocha (2009) investigou a relação entre fecundidade e programas condicionais de transferência de renda e concluiu que o PBF não tem provocado o aumento da fecundidade da população pobre no Brasil. Outros pesquisadores (Alves e Cavenaghi, 2009; Signorini e Queiroz, 2011; Simões e Soares, 2012) também não observaram efeitos pró-natalistas no PBF.

Acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF: avanços, desafios e possibilidades de aperfeiçoamento

Os profissionais referiram enfrentar dificuldades no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Essas dificuldades extrapolavam as ações

específicas do programa, englobando outras ações inerentes ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. As limitações destacadas foram, em geral, de caráter organizacional.

Destacou-se como limitação o aumento da demanda de trabalho, com consequente descaracterização da ESF, considerando a sobrecarga de atividades clínicas e curativas, que dificultam a intensificação de atividades de promoção à saúde:

A dificuldade maior é que a gente fica concentrado muito em consulta, tanto por uma imposição do gestor, como, também, por uma imposição da própria comunidade. Quando a gente chega querendo ensinar a ter saúde, aí, encontra dificuldade. Eu acho que a gente podia se deter mais a essas atividades (referindo-se às atividades de educação em saúde). A gente leva o pessoal pra um passeio na lagoa e faz uma dinâmica, e ainda acha que a gente não tá trabalhando, mas num é assim. Aquilo também é o trabalho da gente (Médico - entrevista).

Porque a gente trabalha em cima daqueles cronogramas (referindo-se às ações programáticas), e a gente tem que cumprir aqueles cronogramas, e a gente não tem um cronograma voltado pra isso (referindo-se a ações educativas, palestras e orientações em grupos) (Médica - entrevista).

Os profissionais afirmaram que o aumento da demanda é um desafio para que as famílias consigam ter acesso às condicionalidades de saúde do PBF:

Às vezes, a demanda na unidade é um pouco elevada, e muitas vezes ela (referindo-se à mãe beneficiária do PBF) também trabalha o dia todo e não tem disponibilidade de vir nos horários em que a unidade está aberta (Enfermeira - entrevista).

São poucas pessoas que vão ser atendidas durante um dia. Às vezes, eles deixam de ir por isso também. Porque não gostam, acham que não tem que ficar esperando, que tem que ser atendido logo. E fica sobrecarregado! Muitos ficam esperando e muitos não gostam de esperar. Vão embora (ACS - grupo focal).

Rocha (2011), em contraponto às percepções citadas, afirma que o atendimento às condicionalidades do PBF não representou uma demanda adicional desafiadora sobre as áreas de saúde e educação, visto que, desde o início dos anos 2000, 96,5% das

crianças entre 7 e 14 anos já frequentavam a escola e a cobertura vacinal já era reconhecidamente excelente.

Outra dificuldade referida é o deslocamento dos profissionais para o desenvolvimento de atividades extramuros da USF, bem como de acessibilidade das famílias:

Dificuldade de transporte. Tanto pra gente ir até as famílias, tanto pras famílias virem até o médico fazer um exame (ACS - grupo focal).

A resistência das famílias em aderir às condicionalidades de saúde também foi um desafio relatado pelos profissionais, com a justificativa de falta de informação:

A dificuldade maior mesmo vem da população. Da pobreza de educação. Eles não procuram o posto, só procura quando tá doente mesmo. A dificuldade vem mais deles. Da falta de informação deles (Médico - entrevista).

No entanto, o impacto das condicionalidades nas condições de saúde das famílias depende, em grande medida, da oferta dos serviços de saúde em cada localidade, da qualidade da atenção e de fatores relacionados ao acesso das famílias aos serviços, como custos no deslocamento e desgaste físico em consequência da locomoção e tempo de espera (Burlandy, 2007). Dessa forma, a percepção dos profissionais acerca da resistência das famílias em aderir às condicionalidades pode estar influenciada por alguns limites na organização da rede de atenção à saúde.

Silva (2007) e Monnerat e colaboradores (2007) já tinham apontado o dilema da capacidade de os serviços de saúde absorver adequadamente o aumento de demanda resultante da implementação do PBF. Silva (2007) reconhece que, a partir da insuficiência dos serviços em atender à população qualitativamente, as condicionalidades não deveriam ser impostas às famílias, mas, sim, ao Estado, visto que implicam e demandam a expansão e a democratização de serviços sociais básicos de boa qualidade, que, uma vez disponíveis, seriam utilizados por todos, sem necessidade de imposição e obrigatoriedade.

Quanto às potencialidades, os entrevistados avaliaram que as ações relacionadas às condicionalidades de saúde (vacinação, acompanhamento pré-

-natal e puericultura) são ofertadas rotineiramente às famílias beneficiárias do PBF:

Eu acredito que em termos de puericultura, de vacina, o posto realmente oferta isso muito bem (Enfermeira - entrevista).

O serviço de saúde, com falhas ou sem falhas, quando se procura, tem. Vacinação, nutrição, tudo que for avaliado em saúde eles tem acompanhamento (ACS - grupo focal).

Outro ponto positivo destacado refere-se à facilidade de localizar as famílias beneficiárias do PBF, residentes nas áreas de abrangência das USF, por parte dos ACS, considerados pelos demais profissionais da equipe fortes aliados:

A gente fala o nome da família e os ACS já sabem de quem é a área, a gente já vai lá, a gente não tem dificuldade de encontrar (Enfermeira - entrevista).

Não tenho dificuldades porque tudo que eu quero com as famílias, como eu não conheço a área bem, é com os agentes de saúde (Enfermeira - entrevista).

Os entrevistados destacaram que, na prática profissional na USF, não há preocupação em diferenciar quem é ou não do PBF, sendo o atendimento igualitário. Essa questão merece a seguinte reflexão: é indiscutível que não deve haver discriminação por parte da USF no atendimento à saúde da população e que todos devem ser atendidos com acolhimento e resolutividade. No entanto, é importante que os profissionais identifiquem quais famílias atendidas são participantes do PBF, pois, como elas se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, precisam ser acompanhadas com maior regularidade, respeitando, inclusive, o princípio de equidade do SUS.

Diante das limitações e potencialidades percebidas pelos profissionais, estes, ao serem questionados sobre as possibilidades de aperfeiçoamento das ações referentes às condicionalidades de saúde, apontaram a importância da realização de espaços de formação e capacitação acerca do PBF, em especial no tocante às condicionalidades de saúde, tanto direcionadas a eles quanto aos beneficiários.

Os profissionais reconheceram a ausência de familiaridade com as normas do PBF e até com o próprio funcionamento do programa, o que dificulta sua atuação junto às famílias beneficiárias:

Eu acho que dificulta muito porque têm algumas perguntas que as famílias fazem e a gente não está preparada pra responder. Porque se a gente tivesse tido um treinamento, alguma coisa, a gente iria saber responder a pergunta (ACS - grupo focal).

Além disso, manifestaram surpresa por terem sido convidados a participar do estudo:

Eu queria saber, exatamente, por que é que vocês estão fazendo essa pesquisa. Porque caiu de paraquedas. Eu pensei "o que é que eu tenho a ver com o Bolsa Família?". Pra você ver como a gente é desinformado! Nunca pensei nessa preocupação, não. Eu fiquei pensando assim: ou elas vão trazer informação pra gente ou, então, elas vão ver que a gente é totalmente desinformado (Médica - entrevista).

Os profissionais acreditam que ações de qualificação e capacitação possibilitariam a eles ter mais segurança no repasse de informações às famílias, que, por sua vez, cientes de seus direitos e deveres em relação ao PBF, seriam corresponsáveis no cumprimento das condicionalidades de saúde:

Questões de esclarecimento mesmo. Os profissionais do PSF deviam ser informados um pouco mais sobre o Bolsa Família, porque só assim a gente vai poder ajudar de alguma forma. Porque a gente não tem muitas informações, então, a partir do momento que a gente tem a informação, a gente busca um meio de trabalhar junto (Enfermeira - entrevista).

Esses resultados coincidem com os obtidos por Magalhães (2008), ao avaliar a operacionalização do PBF em município do estado de Minas Gerais, tendo em vista o destaque para a necessidade de investimento em educação em saúde e acesso à informação sobre o PBF, tanto por parte das famílias como dos profissionais envolvidos com o programa.

Nesse contexto, a capacitação dos trabalhadores é de fundamental importância, visto que promove oportunidades para o desenvolvimento de habilidades e competências complexas e diversificadas exigidas pelo processo de trabalho (Shimizu e Reis, 2011). No entanto, como enfatizado por Merhy (2005) ao se posicionar sobre a educação permanente em saúde, a promoção de cursos compensatórios com o objetivo de sanar a falta de competência dos trabalhadores e, consequentemente, obter maior eficácia das ações de saúde, não produz o efeito desejado na atenção à

saúde. Assim, ressalta-se a necessidade de repensar as estratégias de educação permanente no contexto da ESF, com a adoção de ações baseadas em recursos pedagógicos que contemplam o profissional como agente importante de transformação da situação de saúde de uma localidade (Alves, 2011).

Desse modo, é importante introduzir questões relativas à atuação junto ao PBF já nos cursos de graduação, com vistas a oportunizar o acesso a ferramentas que possam instrumentalizar o processo de trabalho dos futuros profissionais de saúde, de forma que sejam capazes de conectar a realidade social em que as famílias beneficiárias estão inseridas com os objetivos do programa (Ramos e Cuervo, 2012).

No caso dos ACS, considerando que não possuem uma formação acadêmica que os habilite à atuação na ESF, devem ser pensados e criados espaços de formação com atividades que possam instrumentalizá-los para operacionalização das questões do PBF, de modo que tenham um processo de trabalho qualificado e, ainda, sintam-se partícipes e corresponsáveis no cuidado às famílias participantes do programa.

Ainda é importante refletir sobre a necessidade de todos os trabalhadores se apropriarem de um amplo leque de informações relacionadas às diversas políticas, programas, ações e estratégias desenvolvidas no âmbito do SUS, inseridas no contexto da garantia dos direitos humanos, da equidade e da intersetorialidade. Essas informações devem contemplar estratégias que promovam mudanças de prática no cuidado em saúde, com vistas à integralidade da atenção, de modo que as condicionalidades de saúde sejam uma oportunidade para que o usuário accesse os diversos serviços dos quais necessita (Brasil, 2011a).

Considerações finais

Os depoimentos dos profissionais refletem que uma mudança ocasionada pelas condicionalidades de saúde do PBF foi o aumento da demanda na USF. Esses profissionais consideram esse aumento uma dificuldade trazida pelo programa e percebem esse fato como algo negativo. No entanto, considerando que as condicionalidades de saúde (vacinação, acompanhamento do estado nutricional, pré-natal) são ações inerentes ao desenho da ESF (inclusive

anteriores à criação do PBF) e ao processo de trabalho desses profissionais, podem ser percebidas como oportunidades para aproximação dos usuários com os serviços de saúde. Adicionalmente, as condicionalidades de saúde sinalizam necessidades de articulação intra e intersetorial, de forma que consiga contribuir para a reorganização do processo de trabalho da ESF e que esta responda às necessidades de cuidado à saúde da população.

Os serviços de saúde precisam estar preparados para ofertar adequadamente as condições para a adesão dos participantes do PBF às condicionalidades de saúde e, sobretudo, aproveitar esses momentos para desenvolver ações que visem ao empoderamento e autonomia dos sujeitos quanto ao autocuidado e desenvolvimento da cidadania.

Contribuição dos autores

Carvalho e Almeida participaram da concepção metodológica do projeto, coleta e análise dos dados, redação e revisão final do artigo. Jaime participou da análise dos dados, da redação e revisão final do artigo.

Referências

- AFP - AGENCE FRANCE-PRESSE. *Brasil a segunda vuelta: la pobreza disminuyó pero Brasil aún es un campeón en desigualdad social*. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.nuevamayoria.com/afp/enprofundidad1/o61003003511.7cjfsv3w.html>>. Acesso em: 24 out. 2011.
- ALVES, J. E. D. *O Programa Bolsa Família incentiva a fecundidade no Brasil?* [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://www.brasil-economia-governo.org.br/wp-content/uploads/2011/11/o-programa-bolsa-familia-incentiva-a-fecundidade-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Dinâmica demográfica e políticas de transferência de renda: o caso do Programa Bolsa Família. *Revista Latinoamericana de Población*, Buenos Aires, v. 3, n. 4/5, p. 165-188, 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. *Programa Bolsa Família: guia do gestor*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Relatório consolidado do Bolsa Família: percentual de cobertura com base nas famílias totalmente acompanhadas: período 1ª vigência de 2008*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/consolidados/rel_regiao_cobertura_bfa.asp?gru=5&vigencia=15&desvig=0%201/1/2011%20a%2030/6/2011&uf=TD®ional=oo&cob=1>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006*. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pndscrianca_mulher.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde*. 3. ed. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <<http://www.ribeirao-preto.sp.gov.br/ssaude/programas/alimento/bfamilia/3-3-van-bf-bolsa-familia.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. *Matriz de interfaces: Programa Bolsa Família na Saúde*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/matriz_formato_2011.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 21 abr. 2012.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Agenda estratégica para a saúde no Brasil: SUS igual para todos*. [S.l.], 2011. Disponível em: <http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

BRITO, A. S.; MACHADO, D. C.; KERSTENETZKY, C. L. *A contribuição do salário mínimo para a redução recente da desigualdade na distribuição de renda no Brasil: uma aplicação do método RIF Regression*. Rio de Janeiro: CEDE, 2013. Disponível em: <<http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD87.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

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

CACCIAMALI, M. C.; TATEI, F.; BATISTA, N. F. Impactos do Programa Bolsa Família federal sobre o trabalho infantil e a frequência escolar. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 269-301, 2010.

CARVALHO, A. T. et al. Métodos de análise em programas de segurança alimentar e nutricional: uma experiência no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 309-321, 2013.

CASTIÑEIRA, B. R.; NUNES, L. C.; RUNGO, P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Família de Brasil. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v. 83, n. 1, p. 85-97, 2009.

- COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013.
- FAO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO; Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. *Relatório de pesquisa: análise do Programa Vitamina A Mais e do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em municípios do Nordeste do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorio_final_fao.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.
- IBASE - INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*: documento síntese. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *PNAD 2007: primeiras análises: pobreza e mudança social*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/09/Pnad_2007_AnalisesPobreza-1.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011.
- KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: _____. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage, 1999.
- LAVINAS, L. et al. *Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2285/1/TD_748.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2014.
- MAGALHÃES, K. A. *Programa Bolsa Família: operacionalização, integração e desafios à emancipação de famílias em situação de vulnerabilidade social*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2008.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINUJÍN, A.; DAVIDZIUK, A.; DELAMONICA, E. El boom de las transferencias de dinero sujetas a condiciones: ¿de qué manera estos programas sociales benefician a los niños y niñas latinoamericanos? *Salud colectiva*, Lanús, v. 3, n. 2, p. 121-31, 2007.
- MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1453-1462, 2007.
- OLIVEIRA, F. C. C. et al. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3307-3316, 2011.
- PEREIRA, L. L. et al. *Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH*. [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/33M.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2011.
- PIRES, A. Afinal, para que servem as condicionalidades em educação do Programa Bolsa Família? *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 80, p. 513-532, 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*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2159-2168, 2012.
- RIOS, D. F. F. et al. O Programa Bolsa-Família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí - MG. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, Viçosa, v. 22, n. 2, p. 150-170, 2011.

ROCHA, R. *Programas Condicionais de Transferência de Renda e Fecundidade: evidências do Bolsa Família*. Rio de Janeiro: PUC, 2009. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510700_09_cap_03.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

ROCHA, S. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 113-139, 2011.

ROCHA, S. F. et al. Análise da qualidade de vida dos beneficiários do Programa Bolsa Família na cidade de Porto Velho. *Revista Pesquisa & Criação*, Porto Velho, v. 10, n. 2, p. 59-73, 2011.

SHIMIZU, H. E.; REIS, L. S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3561-3468, 2011.

SIGNORINI, B. A.; QUEIROZ, B. L. *The impact of Bolsa Família Program in the beneficiary fertility*. Belo Horizonte: UFMG; Cedeplar, 2011. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20439.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

SILVA, M. O. S. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007.

SIMÕES, P.; SOARES, R. B. Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das beneficiárias. *Revista Brasileira de Economia*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 445-468, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71402012000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 out. 2014.

TEMPORÃO, J. G. Saúde da família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1322-1323, 2009. Suplemento 1.

Recebido: 16/04/2013
Reapresentado: 31/03/2014
Aprovado: 05/05/2014