

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

VALÉRIA FONSECA DE PAIVA

PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO
E DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE COM FAMÍLIAS DA CEILÂNDIA/DF.

Brasília-DF
2007

P149 Paiva, Valéria Fonseca de.
Programa Bolsa-Família: uma avaliação do perfil socioeconômico e das condicionalidades da saúde com famílias da Ceilândia-DF/ Valéria Fonseca de Paiva – 2007.
118 f. : il. : 30 cm.

Orientação: Denise Oliveira e Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Departamento de Nutrição, Curso de Mestrado em Nutrição Humana, 2007.

1. Programa Bolsa-Família. 2. Condicionalidades da saúde. 3. Pobreza. 4. Exclusão social. I. Oliveira e Silva, Denise. II. Universidade de Brasília. Departamento de Nutrição. III. Título.

VALÉRIA FONSECA DE PAIVA

PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO
E DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE COM FAMÍLIAS DA CEILÂNDIA/DF.

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Nutrição Humana do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Nutrição Humana.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Oliveira e Silva

Brasília-DF
2007

VALÉRIA FONSECA DE PAIVA

**PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO
E DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE COM FAMÍLIAS DA CEILÂNDIA/DF.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Nutrição Humana do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Nutrição Humana.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Oliveira e Silva

Brasília, 21 de Setembro de 2007.

Banca Examinadora

Dra. Amélia Cohn
Examinadora

Dra. Bethsáida de Abreu Soares Schmitz
Examinadora

Dra. Leonor Maria Pacheco Santos
Suplente

Aos meus pais, Roberto e Dalva, que
devotaram suas vidas para a constituição de
uma sólida família, inculcando nos filhos a
importância do estudo e do constante
aprimoramento, e ao filho que ainda pretendo
ter...

“O que o céu determinou que sucedesse, não há diligência nem sabedoria humana que possa prevenir.” CERVANTES (1547-1616)

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e aos gestores do Departamento Nacional de Auditoria do SUS que me permitiram realizar mais este sonho e à Fundação Oswaldo Cruz que viabilizou os recursos físicos e financeiros para a realização deste estudo.

Para minha incansável, paciente e amiga orientadora que me estimulou a obter este título acadêmico quando dizia que: “já estava na hora de eu fazer o mestrado...”. Foram 4 anos de aproximação e aprofundamento com o tema em questão desde sua primeira orientação à época para um curso de especialização. Incontáveis horas de análise, discussões e reflexões sobre um tema que sabíamos ser inédito e espinhoso sob a ótica da análise das políticas públicas, em especial para um programa deste porte. Papéis que muitas vezes foram difíceis de serem desempenhados, na medida em que nossa aproximação etária me fez muitas vezes ter atitudes pouco convencionais para um orientando...

Ao final, conseguimos vencer todas as adversidades de agenda, compromissos de trabalho, questões da vida cotidiana e finalizamos este trabalho tendo a certeza de que fizemos nosso melhor e que pretendemos que este estudo venha subsidiar ações governamentais para a melhoria das condições de vida dos beneficiários do Programa Bolsa-Família (PBF).

Para meus irmãos e sobrinhos: Ronaldo, Vera, Matheus e Maria Júlia que cada um, à sua maneira, contribuiu para que eu conseguisse finalizar este trabalho.

Para todas as famílias beneficiárias do PBF que abriram suas portas e receberam esta pesquisa permitindo que compartilhássemos de suas vidas e de seus lares...

À equipe do projeto que teve extrema dedicação e perseverança para a conclusão dos trabalhos no prazo: Mariana Helcias Côrtes, Júnia Cristina dos Santos, Sr. Santana, Luciana Santos, Anita Grazielle, Letícia Oliveira, Luciano Oliveira, Patrícia Bandeira de Castro e Vanessa Oliveira Reis.

Aos meus amigos que “aguentaram” minhas longas ausências e destemperos sempre me dando força e incentivo para não desistir, em particular: Patrícia Silva Santos de Albuquerque, Luiz Carlos Gonçalves, Ricardo José da Silva Ibarra, Anabela Paiva, Liliam da Silva Dutra, Christiane Brasileiro do Valle, Emilia Domingos, Márcia Rosa Tricarico, Ivone Vilhena e Maria Cristina Loyola.

Para o querido Leo que tem sido o meu “anjo da guarda” nestes últimos anos...

Para meu amigo Agnaldo Gonçalves Pimenta sempre disponível para me tirar dúvidas e me corrigir nos meus equívocos conceituais e semânticos.

Para Fábio Iglesias que, apesar dos percalços que tivemos que atravessar e superar contribuiu muito abrilhantando nosso trabalho.

Para meu querido amigo Antônio Carlos Rosa de Oliveira que sempre esteve disposto a me ajudar nas horas mais decisivas e difíceis do trabalho.

Para minha queridíssima revisora de texto Rita Ibarra que foi uma das melhores partes deste processo.

Para minha muito querida Prof.^a Wilma de Araújo que intitulo minha madrinha dentro da Pós-Graduação, pois com sua forma meiga e carinhosa, orientou-me muito no início do curso.

Para todos os meus colegas do Departamento Nacional de Auditoria que me ajudaram de forma direta em diversas fases do estudo.

Para Luiz Cláudio que trabalha na secretaria da Pós-Graduação sempre solícito aos meus pedidos e prazos.

Para a Prof.^a Egle Machado de Almeida Siqueira que nos ajudou de forma muito solidária e compreensiva a superar obstáculos.

Para todos aqueles que de forma direta e indireta me ajudaram a realizar este trabalho, pois nada nesta vida é fruto de um indivíduo, sempre é o produto da soma de milhares de pessoas.

A Deus e a vida por ter me permitido, na maturidade, a possibilidade de concluir este mestrado.

RESUMO

Esta dissertação estudou o programa do governo brasileiro de transferência de renda: Programa Bolsa-Família (PBF) em 338 unidades familiares (n=1666) que tinham em sua composição crianças menores de 7 anos e que residiam em Ceilândia, cidade satélite de Brasília/Distrito Federal. A seleção da amostra foi aleatória. O estudo foi de base domiciliar com a aplicação de questionário semi-estruturado. Realizou-se uma detalhada tipologia demográfica e socioeconômica das famílias beneficiárias para avaliar a adequação da renda mensal domiciliar *per capita* às exigências do PBF, verificar o impacto das transferências de renda no orçamento familiar e correlacionar estes critérios ao cumprimento das condicionalidades da saúde. A análise das condicionalidades foi obtida por meio do conhecimento, da valoração e do comportamento destas famílias. Aproximadamente setenta e nove por cento das famílias têm renda mensal domiciliar *per capita* adequada aos critérios do PBF. As transferências de renda do programa causam impacto significativo na renda mensal domiciliar *per capita* das famílias. Em relação às condicionalidades da saúde 62% dos responsáveis legais das famílias desconhecem estas obrigações como exigências do PBF. Neste mesmo grupo 64% afirmou não ter modificado seu comportamento de acompanhar a saúde das crianças menores de 7 anos após a entrada no programa.

Palavras-chave: Bolsa-Família, condicionalidades da saúde, pobreza, exclusão social.

ABSTRACT

This master thesis studied the Brazilian cash transfer program: “Programa Bolsa-Família” (PBF) with 338 beneficiary households (n=1666) having children under the age of 7. The study was conducted in the city of Ceilândia, Brazilian Federal District. The sample selection was random. The study was home-based with the application of a semi-structured questionnaire. A detailed demographic and social-economic typology of the beneficiary families was surveyed in order to check for the adequacy of their income profiles to the PBF requirements, analyse the impact of the income transfer in their family budgets and relate their characteristics to the health conditionalities. The latter was done by measuring their reported knowledge, evaluation and actual behavior. Approximately seventy nine percent of the families have their income profiles adequate to the PBF criteria. The cash transferred by the program causes considerable impact on the home *per capita* monthly income of the families. In what concerns the health conditionalities, 62% of the persons in charge of their families, reported that they were not aware of this obligation as required by the PBF. In the same group, 64% claimed they didn’t modify their behavior of monitoring the health of the children under the age of 7, after joining the program.

Key Words: Bolsa-Família, health conditionalities, poverty, social exclusion.

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada
Consea – Conselho de Segurança Alimentar
DOU – Diário Oficial da União
DP – Desvio Padrão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Loas – Lei Orgânica de Assistência Social
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP – Medida Provisória
MS – Ministério da Saúde
PBF – Programa Bolsa-Família
PDAD – Pesquisa Distrital de Amostra Domiciliar
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
Port. – Portaria
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	40
4 RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	71

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 Descrição dos principais programas de transferência de renda na América Latina.....	27
Quadro 2 Valores da Bolsa Integrada dos Programas de Transferência de Renda do DF e Governo Federal (PBF).....	33
Quadro 3 Total de famílias, de recursos transferidos para as famílias beneficiárias e o valor médio do benefício do PBF, junho-2006	38
Tabela 1 Composição das famílias do PBF da Ceilândia/DF – 2006/2007	46
Tabela 2 Distribuição etária dos menores de 6 anos, 11 meses e 29 dias das famílias do PBF da Ceilândia/DF– 2006/2007.....	46
Tabela 3 Apresenta os anos completos de estudo dos responsáveis legais do PBF –2006/2007.	47
Tabela 4 Ocupações declaradas pelos responsáveis legais do PBF por categorias, Ceilândia/DF - 2006/200.....	47
Tabela 5 Ocupações das pessoas que declararam trabalhar segundo faixas etárias, Ceilândia/DF – 2006/2007	48
Tabela 6 Descrição da renda mensal declarada proveniente do trabalho de indivíduos maiores de 16 anos e menores de 60 anos, de ambos os sexos, das famílias beneficiárias do PBF da Ceilândia/DF em faixas de salário mínimo – 2006/2007	49
Tabela 7 Renda transferida pelo PBF para as 338 famílias beneficiárias, residentes na Ceilândia/DF – 2006/2007	49
Tabela 8 Distribuição das rendas médias <i>per capita</i> , em reais, provenientes do trabalho, das aposentadorias, das pensões alimentícias ou do auxílio-doença, sem as transferências de renda do Programa - 2006/2007	50

Tabela 9 Distribuição das rendas médias <i>per capita</i> , em reais, provenientes do trabalho, das aposentadorias, das pensões alimentícias ou do auxílio-doença, com as transferências de renda do programa - 2006/2007	50
Tabela 10 Comparação das notas atribuídas para as condicionalidades da saúde do PBF em função de seu conhecimento, ou não, pelos responsáveis legais, Ceilândia/DF – 2006/2007	52
Tabela 11 Fonte de informação sobre as condicionalidades da saúde do PBF para os 38% dos responsáveis legais que declararam conhecer as condicionalidades - 2006/2007	53
Tabela 12 Médias das notas atribuídas pelos responsáveis legais em relação ao atendimento no Posto de Saúde antes e depois de ser beneficiária do PBF, Ceilândia/DF - 2006/2007	53
Tabela 13 Avaliação do atendimento no Posto de Saúde antes da entrada no PBF, Ceilândia/DF – 2006/2007	55
Tabela 14 Categorias das respostas dos responsáveis legais em relação ao atendimento depois de ser beneficiário do PBF no Posto de Saúde, Ceilândia/DF– 2006/2007	55
Tabela 15 Categorias das respostas dos responsáveis legais em relação à marcação de consultas no Posto de Saúde - 2006/2007	56
Tabela 16 Respostas das famílias, antes e depois de serem beneficiárias do PBF, sobre o comportamento dos responsáveis legais em relação a vacinar as crianças < 5 anos; a levar as crianças < 7 anos ao Posto de Saúde e de participar das palestras de saúde no Posto de Saúde, residentes na Ceilândia/DF-2006/2007	57
Tabela 17 Periodicidade de frequência dos < 7 anos ao Posto de Saúde, segundo faixa etária, Ceilândia/DF - 2006/2007	58

1 INTRODUÇÃO

A fome, a pobreza e a exclusão social são problemas atávicos do Brasil. A existência de uma pequena parcela da sociedade que concentra a maior parte da riqueza e uma legião de miseráveis, que nem sequer têm o que comer, sempre mobilizou na autora um sentimento de inconformismo. A formação em nutrição e psicologia promoveu a possibilidade de que, este sentimento se transformasse em palavras, de cunho acadêmico, visando a promover um espaço de discussão acerca do tema. Outro fato relevante são os anos de trabalho no Ministério da Saúde, dentro do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, que permitiu construir uma visão panorâmica da saúde pública brasileira

O Programa Bolsa-Família é a principal estratégia contemporânea do Brasil que visa à diminuição da fome, da pobreza e da desigualdade social por meio do investimento, a médio e a longo prazo, no capital humano e atinge mais de 50 milhões de brasileiros. Destes, uma parcela significativa é composta de indigentes.

O PBF visa, além de transferir renda, a inserir seus beneficiários em uma rede de proteção social por meio do cumprimento das condicionalidades da saúde e da educação. A permanência no programa, portanto, é condicionada ao cumprimento de uma agenda de compromissos sociais, supostamente, conhecida por seus beneficiários. Com relação à saúde aplica-se a Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18.11.2004 (BRASIL, MS/MDS, 2004), que estabelece para as famílias com criança até 7 anos as obrigações de levar as crianças para vacinação e manter atualizado o calendário de vacinação; levar as crianças para pesar, medir e serem examinadas conforme o calendário do Ministério da Saúde; para as gestantes e mães que amamentam, as obrigações de participar do pré-natal, continuar o acompanhamento após o parto e participar das atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e alimentação saudável. Em relação à educação aplica-se a Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3.789, de 17.11.2004 (BRASIL, MEC/MDS, 2004), que exige que as crianças e os adolescentes de 6 a 15 anos estejam matriculados na escola, que tenham garantida a frequência mínima mensal de 85% nas aulas.

Assim, a realização de pesquisas sobre as políticas públicas de transferência de renda no Brasil é uma estratégia fundamental para a avaliação de programas como o PBF e norteou a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de Brasília a proporem uma pesquisa sobre este Programa no DF.

Os objetivos deste estudo são:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar as condicionalidades da saúde por famílias da Ceilândia/DF, beneficiárias do Programa Bolsa-Família (PBF), que tenham em sua composição crianças menores de 7anos.

Segundo a Pesquisa Distrital de Amostra Domiciliar de 2004, a cidade tem cerca de 332.455 habitantes, o que representa 15,9% da população do DF. O número médio de pessoas por domicílio é de 3,7. (BRASIL, GDF, 2004b).

Os dados do sistema público de saúde da Ceilândia, divulgados no endereço eletrônico oficial do Governo do Distrito Federal (BRASIL, GDF, 2004a), informam que a rede de atenção à saúde é composta por 1 Hospital Regional, 12 Centros de Saúde, 1 Laboratório Regional, 1 Inspeção de Saúde e 1 Posto de Saúde Rural. Os centros de saúde contam ainda com atendimento em ações básicas com sala de pré-consulta do adulto, da mulher e da criança; sala de injeções e curativos; sala de imunização e nebulização; coleta de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos.

O estudo, transversal e de base domiciliar, foi realizado durante os meses de dezembro de 2006 e março de 2007 em todos os finais de semana, excetuando os feriados de final de ano e o carnaval. Destaca-se que a segunda fase da eleição presidencial foi em novembro de 2006, e, diante desse cenário político, surgiram alguns fatores intervenientes de perturbação por parte das famílias beneficiárias. Portanto, teve-se que garantir-lhes o critério da imparcialidade científica desta pesquisa, reforçando o caráter de anonimato das informações e da isenção política do estudo. Estes critérios encontram-se descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo 5).

Este trabalho caracterizou-se por um rigor metodológico que permeou todo o seu processo de construção, objetivando produzir fundamentos empíricos robustos e de qualidade. Este processo teve origem nas inúmeras visitas às instâncias gestoras do PBF (Anexo 2). Seu desenvolvimento ocorreu por meio da construção do instrumento (Anexo 3), da realização do teste-piloto (Anexo 1), do treinamento dos entrevistadores (Anexo 10), da construção de um Manual dos Entrevistadores (Anexo 7) e da supervisão de campo (Anexo 9).

Os resultados demonstram que, apesar do impacto positivo das transferências de renda para estas famílias, a maioria dos beneficiários desconhece as condicionalidades da saúde e o programa não promove o cumprimento destas condicionalidades.

A dissertação foi organizada em 8 seções além desta introdução. A seção dois apresenta a revisão bibliográfica, a três os materiais e métodos, a quarta a análise dos resultados, a quinta a discussão dos resultados, a sexta as considerações finais, a sétima as referências bibliográficas e, por último, a nona com os anexos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na busca de sentidos e conceitos sobre a fome, a pobreza e a desigualdade social este trabalho apresenta algumas visões e conceitos sobre o assunto. Entende-se que estes temas se constituem no arcabouço teórico que subsidiará a compreensão da Política de Transferência de Renda com condicionalidades do Programa Bolsa-Família (PBF).

Segundo Rónai, (1985, p. 380), ao citar Adlai Stevensen: “Um homem com fome não é um homem livre”, e ao referir-se a G. B. Shaw, afirma que “O maior dos males e o pior dos crimes é a pobreza”.

O dicionário Aurélio define **fome** como: [do latim *fame*]. S.f. 1. Grande apetite; urgência de alimento. 2. Subalimentação. 3. Falta do necessário, penúria, miséria. 4. Situação de míngua ou escassez de víveres. O vocábulo **pobreza** é definido como: [De pobre+ -eza]. S.f. 1. Estado ou qualidade de pobre. 2. Falta do necessário à vida, penúria, escassez. 3. A classe dos pobres. O termo **pobre** é citado como: [Do latim *paupere*]. Adj. 2g. 1. Que não tem o necessário à vida. 2. Cujas posses são inferiores à sua posição ou condição social.

Demo (2003, p. 90), ao analisar o modelo de desenvolvimento moderno, afirma que as economias capitalistas têm promovido a desigualdade e a exclusão social.

[...] 1) O capitalismo produz sistematicamente desigualdades de recursos e poder; a separação entre capital e trabalho, a apropriação privada dos bens públicos e comuns, bem como o caráter abstrato da mercadoria impingem relações de extrema subalternidade para maiorias trabalhadoras; 2) as relações competitivas forçam o surgimento de formas de sociabilidade empobrecidas, impulsionadas pelo lucro individual e mercantilização de tudo, inclusive de relações sociais; 3) o impacto predatório sobre a sociedade é acompanhado do mesmo impacto sobre o meio ambiente, tendendo a esgotar os recursos naturais que permitem sua própria reprodução. (DEMO, p. 90).

São incontáveis os autores que se referem às iniquidades do modelo de desenvolvimento econômico moderno. Destaca-se CASTRO (1984, p. 35-36) que aponta o subdesenvolvimento e a má distribuição de recursos como fatores estruturais para existência da fome no mundo. Este autor é um dos principais precursores do debate à cerca da fome, da pobreza e da desigualdade social brasileira. Sua proposição centra-se em formas de eliminação da fome no mundo, referindo-se à importância de estratégias globais que rompam com as fronteiras das estruturas econômicas que geram as desigualdades sociais.

[...] A fome é, regra geral, o produto das estruturas econômicas defeituosas e não condições naturais insuperáveis [...] Não há como esconder que a fome, nas suas diferentes formas de fome quantitativa ou fome qualitativa, é sempre produto direto

do subdesenvolvimento e que subdesenvolvimento não é um fatalismo provocado pela força das circunstâncias. O subdesenvolvimento é produto da má distribuição dos recursos naturais e humanos realizada de forma a não conduzir à expansão econômica e a impedir as mudanças sociais indispensáveis ao processo de integração dos grupos humanos subdesenvolvidos dentro de um sistema econômico integrado. Só através de uma estratégia global de desenvolvimento, capaz de mobilizar todos os fatores de produção de interesse da coletividade, que poderão ser eliminados o subdesenvolvimento e a fome da superfície da terra. (CASTRO, 1984, p. 35-36).

Como descrito pelos autores apresentados, as raízes do quadro social brasileiro são de profunda desigualdade social à medida que, historicamente, sempre existiu um grande contingente humano nos limites do subdesenvolvimento e da miséria.

Na história da humanidade sempre existiram indivíduos pobres e, por conseguinte, a pobreza, sendo que seu conceito na literatura está mais associado ao caráter material, ou seja, pobres são aqueles que não têm renda ou gêneros de subsistência como, por exemplo, alimentos. Para Santos (2001, p. 45) a pobreza sempre estimulou formas de ajuda:

É assim, por exemplo, que se registra a distribuição de alimentos aos cidadãos na Roma antiga (ROSANVALLON, 1995). Por outro lado, a existência dos pobres sempre colocou problemas à organização da sociedade. No entanto, observa Bodstein (1997), a questão social só foi formulada como problema a partir da Idade Moderna, razão pela qual encontram-se ausentes, para os problemas da pobreza, da injustiça e da desigualdade, as contribuições que, para outras dimensões da sociologia e da ciência política, encontram suas bases na antiguidade clássica. (SANTOS, 2001, p. 45).

Segundo Demo (2003, p. 30) o conceito da pobreza é mais ampliado porque tem, em seu arcabouço de compreensão, a visão que atrela a pobreza à “exclusão de conhecimento” no conjunto da definição sobre politicidade:

Entende-se por politicidade a habilidade humana de saber pensar e intervir, no sentido de atingir níveis crescentes de autonomia individual e coletiva, que permitem conduzir história própria e mesmo imaginar inovações no processo natural evolucionário. Ser político é aquele que sabe manejar e planejar-se, fazer e fazer-se oportunidade, constituir-se sujeito e reconstruir-se de modo permanente pela vida afora, conceber fins e ajustar meios para atingi-los, exercer sua liberdade e sobretudo lutar contra quem a queira limitar, gestar-se cidadão capaz de história própria, aprender de modo reconstrutivo político. [...] Politicidade não se reduz à capacidade de alargar limites dados, inclui aquela de se confrontar com limites impostos, ou de superar os entraves pela via precípua da auto-superação. Trata-se de processo interminável de conquista, como é participação. (DEMO, 2003, p. 30).

O autor nos conduz, então, para outra forma de compreensão sobre a pobreza. Sua teoria está calcada no conceito de “pobreza política” como o principal aspecto a ser considerado. Neste sentido, o conceito de pobreza assume o que na visão de Castro (1984)

expressa o efeito devastador da fome e suas conseqüências para a capacidade criadora dos indivíduos.

[...] queremos mostrar qual o efeito da fome como verdadeira força social. Seu primeiro efeito desagregador reside no fato de que o grupo humano submetido à ação periódica ou permanente perde sua capacidade criadora, mesmo que os indivíduos que o compõem sejam hereditária e constitucionalmente capazes, mesmo que sejam intelectualmente superiores. (CASTRO, 1984, p. 56).

O subdesenvolvimento é uma forma de subeducação [...] Para acabar com ele, é preciso educar bem e formar o espírito dos homens, que foi deformado por toda parte. Só um novo tipo de homens capazes de ousar pensar, ousar refletir e de ousar passar à ação poderá realizar uma verdadeira economia baseada no desenvolvimento humano equilibrado. (CASTRO, 1984, p. 100).

Estes autores expõem, ao incorporarem no escopo do conceito de pobreza a dimensão material e imaterial, tendo a fome como um de seus exemplos, que a penúria tem limitações de duas ordens: “política” e “criativa”. Portanto, o desafio de romper com ciclo perverso da pobreza em países periféricos não depende somente da melhoria ao acesso quantitativo e qualitativo de alimentos, mas também da mudança de concepção do que é desenvolvimento econômico.

Os críticos ao modelo de desenvolvimento econômico social moderno tratam dessa questão a partir de diversas abordagens. Sen (2001, p. 58-59), ao destacar a teoria rawlsiana, que relaciona a pobreza com a renda e o bem-estar social, aponta que as características da individualidade humana devem ser levadas em consideração, o que amplia a reflexão sobre bem-estar e realização.

Na filosofia política e ética modernas, a voz mais influente nos anos recentes tem sido a de John Rawls (1971). [...] Rendas estão, portanto, diretamente contempladas nas exigências rawlsianas de igualdade basal. Mas a relação entre bens primários (incluindo rendas), por um lado, e bem-estar, por outro, pode variar por causa das diversidades pessoais na possibilidade de converter bens primários (incluindo rendas) em realizações de bem-estar. [...] A relação entre bens primários, de um lado, e as liberdades para cada um buscar seus objetivos - de bem-estar e outros - pode variar também. [...] Somos diferentes não somente em nossas riquezas herdadas, mas também em nossas características pessoais. (SEN, 2001, p. 58-59).

Com a diversidade de conceitos sobre este tema, a sociedade navega por um mar de abordagens e de elaborações para a construção de políticas de inclusão social. Esta situação expressa de forma contemporânea a preocupação de atingir o cerne da questão, com a elaboração de mapas conceituais que tratam sobre a fome, a pobreza e a desigualdade social.

Nos estudos sobre pobreza é constante a presença de duas características: (1) fatores relacionados à sua base de determinação material ou o problema da renda; (2)

vulnerabilidade crescente de grandes majorias, observada geralmente por meio do prisma da “exclusão social”. DEMO (2003, p. 34).

Seguindo o parâmetro “renda” apresentam-se algumas definições de pobreza e indigência:

A pobreza se refere igualmente à falta de acesso à renda que permita a manutenção de um patamar mínimo de bem-estar via consumo, assim como à insegurança social em situações de impossibilidade de trabalho como nos casos de doença, velhice ou invalidez. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 77).

São definidos como pobres os indivíduos cuja renda familiar per capita é inferior ao valor que corresponderia ao necessário para atender a todas as necessidades básicas (alimentação, habitação, transporte, saúde, lazer, educação, etc.), enquanto definem-se como indigentes aqueles cuja renda familiar per capita é inferior ao valor necessário para atender tão somente às necessidades básicas de alimentação. (ROCHA, 2006, p. 12).

A importância de uma definição conceitual orientadora sobre esta questão tem suscitado polêmicas. As definições apresentadas sobre a indigência e a pobreza têm ocupado o debate de construção de políticas públicas governamentais.

Para fins de política pública, tem-se, em geral, considerado que os indivíduos em situação de indigência ou de extrema pobreza são aqueles cuja renda mensal domiciliar per capita é inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, renda que não é considerada suficiente para garantir-lhes o acesso diário a uma alimentação adequada. O grupo identificado como pobre é aquele cuja renda domiciliar situa-se abaixo do patamar de $\frac{1}{2}$ salário mínimo, renda reconhecida como insuficiente para cobrir suas necessidades básicas tais como moradia, transporte, saúde e educação. Apesar de supostamente não estar vivendo sob a premência da insegurança alimentar, esta população pobre não indigente encontra-se em condições de reconhecida vulnerabilidade dada à dificuldade de fazer frente, de maneira satisfatória, a outras necessidades essenciais. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 77).

Em que pese ao debate dessa questão os aspectos polêmicos de quais parcelas da população se encontram em quais graus de pobreza, alguns autores como Santos (2001, p. 53), citando Arendt (1999, p. 12-13), tentam buscar conceitos mais ampliados que incluem a importância do emprego como estratégia de superar a exclusão social. A autora descreve que, a partir dos anos 80, a pobreza voltou à cena política no cenário mundial diante de um quadro de falta de trabalho.

[...] a pobreza volta à cena política [...] pela crescente impossibilidade do capitalismo garantir a inserção no mundo do trabalho a parcelas cada vez maiores da população, e não apenas no chamado terceiro mundo, mas também nos países que haviam experimentado o quase pleno-emprego a partir do pós-guerra. Observa-se então que a sociedade que está para ser "libertada dos grilhões do trabalho" é uma "sociedade de trabalhadores", conformando, portanto, o paradoxo de "uma sociedade de trabalhadores sem trabalho". (SANTOS, 2001, p. 53).

Nesse cenário, está em pauta permanente o debate em busca do conhecimento de seus fatores causais e formas de superação. Lavinás (2004, p. 35) em seu estudo afirma que, quando as regiões do Brasil são consideradas em conjunto, o problema da fome ocorre em meio à abundância da oferta de alimentos. O paradoxo da existência da fome diante da abundância de alimentos consiste numa das características mais perversas da sociedade brasileira. Esse estudo descreve três certezas em relação ao combate à fome no Brasil:

A primeira é a de que não existe restrição alimentar no âmbito da oferta [...] interna de alimentos e a produção de alimentos vem crescendo de forma sustentável, atendendo ao da demanda de forma relativamente constante [...]. A segunda constatação, decorrente da primeira, é a de que o problema reside, portanto, no âmbito da demanda. Ou seja, se o fluxo de alimentos é estável e não há risco de desabastecimento estrutural, a fome como fenômeno social reflete o não acesso à oferta disponível por parte da população. A terceira evidência é a de que o diagnóstico anterior, embora amplamente conhecido e compartilhado, não levou ao desenho de programas e políticas que tivessem impacto rápido e eficaz na solução, sequer parcial, do problema. (LAVINAS, 2004, p. 35).

A questão da separação dos pobres em categorias estabelecidas por uma “linha de pobreza” pode ser útil em várias circunstâncias econométricas, porém também pode estar sujeita a erros de adoção de estratégias políticas, como apontam os autores Sen (2001, p. 165-166) e Demo (2003, p. 281).

A abordagem dominante de identificação da pobreza especifica uma “linha de pobreza” divisória, definida como o nível de renda abaixo do qual as pessoas são diagnosticadas como pobres. [...] e define o índice de pobreza como a proporção do total da população que resulta estar abaixo da linha de pobreza. [...] o exercício da agregação feito por intermédio de uma simples incidência não dá atenção ao fato de que as pessoas podem estar um pouco abaixo da linha, ou muito abaixo, e que a distribuição de renda entre os pobres pode ou não ser ela mesma muito desigual. (SEN, 2001, p. 165-166).

Qualquer que seja o método de mensuração da pobreza, em particular a definição de linha de pobreza, trata-se de procedimentos inevitavelmente também arbitrários e que não dão conta da complexidade e heterogeneidade do fenômeno. (DEMO, 2003, p. 281).

De acordo com Demo (2003, p. 15), para o enfrentamento da pobreza os governos não devem limitar-se à questão de “mínimos sociais” nem de “mínimos de renda”.

Para enfrentar a pobreza, é imprescindível contar com o pobre capaz de projeto próprio organizado, não só com o Estado, que, naturalmente, serve ao mercado, à elite e a seus técnicos e funcionários, em especial no capitalismo periférico. (DEMO, 2003, p. 15).

Nesse enfrentamento, está implícita a noção do investimento em capital humano, pois em sua proposta conceitual o autor coloca que a politicidade humana é fundada substancialmente na habilidade do conhecimento e da aprendizagem. (DEMO, 2003, p. 20).

A execução das políticas públicas é outro aspecto destacado por alguns autores. Santos (2001, p. 53), citando outros autores, revela a importância da avaliação dessas políticas, as razões e necessidades que pautam essa ação avaliativa, na medida em que devem trazer à luz o que de fato foi realizado, como e quais resultados foram obtidos. Este processo deve ser direcionado para a superação da rede de interesses que atraem as políticas públicas no campo do político.

Por que avaliar as políticas públicas? Entende-se que este tipo de avaliação surgiu para compensar a impossibilidade ou, pelo menos, a grande dificuldade prática referida à mensuração do trabalho realizado pelo setor público, tendo em vista que a sanção eleitoral, comumente reconhecida como momento de avaliação da ação pública e dos próprios governantes, obedece a critérios diversos, subjetivos e não necessariamente relacionados com o trabalho realizado. Desta forma, o que está em jogo na avaliação de políticas públicas é saber o que está sendo feito, de maneira tão “objetiva” quanto possível, e compreender a que isto serve (Crozier, 1998, p. 40), o que diferencia essencialmente a avaliação da política do controle e da auditoria, na medida em que entra em cena uma noção de julgamento de valor. (SANTOS, 2001, p. 53).

A reflexão sobre a necessidade de avaliação das políticas tem sido uma estratégia implementada no país. Os resultados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), de 2004, apresentaram uma redução inequívoca da pobreza e da indigência no país em anos recentes. Rocha (2006, p. 15), ao analisar os resultados desta pesquisa, confirma a melhor distribuição de renda no país.

A proporção de pobres cai de 35,6% em 2003, para 33,2% em 2004, o que corresponde a 57,7 milhões de pessoas pobres neste último ano – menos 2,4 milhões de pessoas do que em 2003, enquanto a proporção de indigentes passa de 10 para 8%, significando 13,9 milhões de indigentes em setembro de 2004 (menos 2,0 milhões de pessoas do que em 2003). (ROCHA, 2006, p. 15).

O Coeficiente de Gini¹, indicador amplamente utilizado para medir concentração de renda, também apresenta variações recentes que apontam para melhorias na distribuição de renda no Brasil.

¹ Coeficiente de Gini é uma medida econométrica que define o grau de concentração de renda a partir de variações entre 0 (zero) e o 1 (um), sendo zero quando todos na sociedade em questão têm renda igual e 1 corresponde que uma única pessoa concentra toda a renda da sociedade.

Embora esse cenário seja favorável, não se pode concluir que o Brasil já tenha feito o *lifting* definitivo da sua identidade de país com alta concentração de renda e desigualdade social.

Segundo Lavinias (2006, p. 40), citando Soares (2006), a redução do grau de desigualdade foi, em grande parte, resultado de uma desconcentração importante da renda do trabalho, notadamente no período mais recente 2001-2004. Lavinias (2006, p. 40) destaca a confirmação de tal análise por Hoffman (2006) e afirma que este autor indica que as transferências de renda, cujo volume vem crescendo recentemente têm contribuído significativamente para a redução da pobreza.

Lavinias (2006, p. 40) e Paes de Barros (2006, apud LAVINAS, p. 40, 2006) consideram que os índices de pobreza apontam um declínio em termos absolutos e relativos do seu número, quaisquer que sejam as “linhas de pobreza” consideradas. Para estes autores, as causas prováveis são relativas ao aumento do salário mínimo e ao aumento das transferências de renda compensatórias.

Nesse sentido, os indicadores sociais e econômicos brasileiros apontam para a melhoria na redução da desigualdade social do ponto de vista “renda”, no entanto alguns autores consideram que a análise somente por esta característica é insuficiente para sua compreensão.

De acordo com Sen (2001, p. 60), há outros fatores, como os físicos e os sociais, que devem ser analisados para a compreensão da desigualdade.

[...] A extensão da desigualdade real de oportunidades com que as pessoas se defrontam não pode ser prontamente deduzida da magnitude da desigualdade de rendas, pois o que podemos ou não fazer, podemos ou não realizar, não depende somente das nossas rendas, mas também da variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas e fazem de nós o que somos. (SEN, 2001, p. 60).

O debate sobre as diversas dimensões da desigualdade social tem sido produtivo, na medida em que traz a reflexão sobre a importância dos fatores individuais e coletivos que estão em jogo na definição das políticas públicas de combate à fome e à pobreza. A experiência malsucedida do passado, em que os critérios de eleição de beneficiários perpetuavam desigualdades e permitiam a presença da corrupção, ainda residem na memória coletiva brasileira.

Nesse sentido, a estratégia adotada nos últimos anos, com o critério de focalização pautado pela renda mensal domiciliar *per capita*, com especial destaque para o PBF, é recente

e engatinha para a superação da nódoa histórica de fracassos pelo uso clientelista dos programas sociais.

Esse trauma coletivo vivido ao longo da história humana, principalmente na geografia dos chamados países do Terceiro Mundo, tem sido um embate em todos os campos dos direitos humanos.

No passado remoto, a proteção aos pobres configurava uma matriz relacional de dependência que vinculava o senhor ao súdito, pelo dom devido por caridade. Na emergência do moderno Estado democrático, instituiu-se uma nova matriz relacional, na qual os governos assumem o lugar do senhor e o ato caritativo faz-se substituir por direitos sociais condicionais, os quais são, por definição, antinômicos à idéia de cidadão universal, na medida em que, diferentemente dos direitos civis e políticos, são direitos obtidos pela ação dos governos e não, pela ausência de sua intervenção. (SANTOS, 2001, p. 19).

No Brasil, é a partir da década de 30 que a intervenção governamental começa a ser mais ofensiva. Segundo Vasconcelos (2005, p. 440), o crescimento da ciência da nutrição, com as descobertas científicas, impulsionou o incremento de políticas e a instituição de programas de alimentação e de nutrição.

No pós-trinta, sobretudo no período de 1937-1945, dentre as transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas no Brasil, verificou-se a emergência do processo simultâneo de descoberta científica da fome (o surgimento da ciência da Nutrição) [...] e de instituição da política social de alimentação e nutrição. (VASCONCELOS, 2005, p. 440).

Para Lavinias (2004, p. 58), o Decreto-Lei nº 399, de 1938, do Governo Vargas, que cria o cálculo *per capita* da cesta básica do trabalhador, é uma das principais iniciativas do governo brasileiro à época. Este cálculo foi feito com base na jornada de trabalho por um trabalhador em atividade, com grande esforço físico, estabelecendo o valor de consumo de 3.155,68 Kcal por dia com vistas a subsidiar futuramente o cálculo do valor do salário mínimo. Esta iniciativa foi a matriz de diferentes esforços de elaboração de políticas públicas, envidados pelo Estado brasileiro, no sentido de garantir os meios de manutenção das condições mínimas de sobrevivência para sua população.

COHN (2004, p. 4-5) descreve as formas de evolução na definição da pobreza entre as décadas de 60 e 90, bem como a inclusão de novos conceitos no campo do social:

A pobreza era inicialmente tratada como sinônimo de carência de determinados segmentos sociais no que diz respeito ao acesso a patamares de renda condizentes com a satisfação de determinadas necessidades sociais básicas bem como ao acesso a determinados serviços sociais básicos, em particular educação e saúde. Posteriormente, nos anos 80 e mais destacadamente nos anos 90, passa a ser tratada como “problema de exclusão social” e neste contexto surge o conceito de “nova pobreza” destinado a caracterizar a situação daqueles setores que sofreram um processo de empobrecimento mais recente, em contraposição à pobreza estrutural, característica do “charme” do nosso capitalismo. Em paralelo ao surgimento desta nova forma de se definir a pobreza surge a associação com outros dois conceitos de “exclusão social” e o de “vulnerabilidade social” - na busca de se dar conta das novas configurações sociais da questão social no Brasil, embora esse não seja um fenômeno estritamente brasileiro nem latino americano. (COHN, 2004, p. 4-5).

Em resposta às precárias condições de vida da população e seguindo caminhos abertos pela Constituição Federal de 1988, inicia-se na década de 1990, um processo de reorganização das políticas sociais no Brasil. Segundo o BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS (2007, p. 77), a política de assistência social se estrutura em novas bases, ao mesmo tempo em que avançam iniciativas que, nos campos da segurança alimentar e nutricional e das transferências de renda, virão a se constituir, posteriormente, em políticas públicas de caráter nacional.

Paralelamente, as estratégias de enfrentamento da pobreza e da desigualdade social são estimuladas pelo Banco Mundial na década de 90 e estão descritas por Santos (2001, p. 55-56) como:

Para o Banco Mundial, especificamente os anos 90, a presença da pobreza e da desigualdade era concebida como o resultado da ausência ou da lentidão do crescimento econômico dos anos 80 (IDA, 1997). Portanto, [...], recomendavam a implementação de políticas sociais descentralizadas e focalizadas nos mais pobres. Tais políticas deveriam caracterizar-se por ações no campo da assistência social nas áreas clássicas de educação básica, saúde e nutrição, associadas com políticas que favorecessem o crescimento de setores produtivos geradores de empregos e com a criação de uma rede de proteção social para os que não poderiam tirar vantagens das oportunidades de acesso ao salário, geradas pelo mercado, a exemplo de crianças, idosos e portadores de doenças debilitantes. (SANTOS, 2001, p. 55-56).

As mudanças na Constituição de 1988 se constituem em marco histórico fundamental para o reconhecimento da política pública como direito do cidadão no contexto da Seguridade Social. Sua implementação foi garantida pela promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), nº 8.742 de 1993. A Loas desenha uma política integrada e descentralizada, constituída, nas três esferas de governo, por órgãos gestores e por instâncias deliberativas de natureza colegiada. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 78).

Na América Latina, paralelamente ao sistema de proteção social voltado para o mundo do trabalho, veio sendo conformada uma política de assistência pública caracterizada,

sobretudo, pela distribuição de benefícios aos mais pobres, tais como alimentos, medicamentos, peças de vestuário, entre outros. Nesse contexto, a ausência de uma idéia de direito associada à assistência pública, ou de uma concepção muito particular de direito, em um cenário de fragilidade e instabilidade financeira dessa área de gestão do social e da própria inexistência política dos pobres, explica o porquê de mecanismos assistenciais terem sido continuamente reconhecidos como espaço privilegiado para o desenvolvimento de uma política de favores e práticas clientelistas. (SANTOS, 2001, p. 55-56).

Na modernidade, o social busca se organizar na esfera do direito, construindo uma relação entre direitos e deveres. No entanto, em situações de desigualdade e extrema pobreza, persevera o dom e as tensões que lhes são inerentes. Observa-se então que as políticas assistenciais que por definição não implicam em contraprestações dos beneficiários e que distribuem benefícios de consumo imediato de forma focalizada, em geral em quantidade insuficiente frente às demandas, devido aos estrangulamentos fiscais e mesmo operacionais, são avaliadas e reconhecidas por vários autores como fértil terreno para práticas clientelistas. [...] O clientelismo é um fenômeno registrado em múltiplas avaliações da história política de diferentes países [...] Uma definição clássica sobre o clientelismo: “primeiro uma combinação peculiar de desigualdade e assimetria de poder com uma aparente solidariedade mútua, em termos de identidade pessoal e sentimentos e obrigações interpessoais; segundo, uma combinação de exploração e coerção potencial com relações voluntárias e obrigações mútuas imperiosas; terceiro, uma combinação de ênfase nestas obrigações e solidariedade com o aspecto ligeiramente ilegal ou semilegal destas relações”. (SANTOS, 2001, p. 55-56).

Sob o mote de “produzir para viver”, Santos reconduz o tema da auto-sustentação, que se havia desgarrado quase que totalmente no seio da política social de tendência assistencialista. Integrando, e sobretudo “entregando”, o cidadão à assistida do Estado, produz-se tipo de minoridade típica dos “mínimos sociais”, perdendo-se de vista o direito à renda necessária, não mínima. O gesto imprescindível de atender às populações que não conseguem sobreviver não é completado com o desafio de emancipação auto-sustentada e autogerida, permanecendo na condição de dependência mais ou menos cabal de sobras do sistema. [...]. (DEMO, 2003, p. 87).

Os desafios em relação às políticas sociais são apropriadamente destacados, ainda, por Demo (2003, p. 109) ao apresentar a seguinte reflexão:

[...] como fazer assistência de tal forma que o beneficiário não se reduza a receptor objeto de auxílios materiais mínimos e minimalistas, desfazendo do seu horizonte emancipatório? [...] A política social precisa ser estratégica [...]; grande parte das assistências precisa ser feita de tal maneira que venha a desaparecer, à medida que as populações consigam, organizando-se e inserindo-se no mercado, construir sua autonomia e auto-sustentação; a atual política social lembra lixões: sociedade resíduo que se alimenta de resíduos; como tal, a política social precisa ser concebida e praticada como projeto social global, envolvendo Estado, governos, mercado e toda a população, em luta comum articulada e obsessiva, e jamais relegada a instituições tradicionalmente fracas ou marginais, sem orçamento mínimo confundida com “rendas mínimas” e outros “mínimos sociais”. (DEMO, 2003, p. 109).

Para Sen (2001), a política social de combate à pobreza deve estar condicionada à exequibilidade, em que o nível de renda não é um limite absoluto de compreensão do fenômeno da pobreza. Para este autor, é fundamental uma análise descritiva com base no diagnóstico da privação que estão expostos os indivíduos e dos meios que as políticas implementadas terão para atuar de forma ampliada tanto do ponto de vista coletivo como individual.

Nesse contexto, Cohn (2004, p. 6) aponta para a necessidade das políticas sociais serem estruturadas levando-se em consideração os critérios de temporalidade e de articulação.

O que está no centro da questão, portanto, é como definir um conjunto de programas que se traduzam numa política social de Estado inspirados numa visão de longo prazo, embora voltados para uma visão de curto, médio e longo prazos. É nesse sentido que se frisa que as políticas sociais não se constituem tão somente num conjunto de políticas específicas respondendo isoladamente a cada uma das necessidades sociais identificadas (no geral por técnicos e especialistas em cada uma das áreas setoriais), mas sim num conjunto de ações e programas apresentando uma matriz básica que as articule. (COHN, 2004, p. 6).

Demo (2003, p. 250) afirma que o arcabouço conceitual e teórico sobre as políticas de transferência de renda insere dois grandes eixos de definição: (1) transferências de renda compensatórias; (2) transferências de capital como, por exemplo, provisão pública de educação, políticas de microcrédito e reforma agrária.

Outra proposição é apresentada por Lavinias (2004, p. 112) ao discorrer que os programas compensatórios integram a estrutura institucional das políticas sociais, com sua matriz calcada na prática assistencialista e consubstanciada pelos valores morais de solidariedade humana. Estão baseadas em estratégias que não incorporam valores de equidade, por assumirem critérios de escolhas focais, não sendo, portanto, universais.

Os programas compensatórios [...] buscam suplementar déficits nutricionais ou calóricos, seja através da doação de gêneros alimentícios, seja mediante venda subsidiada. Alguns têm perfil emergencial, [...] outros, ao contrário têm vocação mais estrutural, como a merenda escolar. [...] são, por natureza, transferência de renda *in natura* ou na forma de serviços [...]. [...] são, via de regra, focalizados numa determinada população-alvo, sua eficácia sendo medida em função do grau de cobertura alcançado e do montante do benefício verdadeiramente apropriado por aqueles a que se destina. (LAVINAS, 2004, p. 112).

Para Lavinias (2004, p. 112), o exemplo dos programas regulatórios se insere em uma das grandes dimensões dos programas destinados a garantir ou a incrementar acessibilidade, por terem em sua base a regulação de preços dos alimentos e/ou das refeições. Seus objetivos visam a atuar na concorrência do mercado de preços dos alimentos. Em outra

grande dimensão, estão inseridos os programas de cidadania alimentar que têm caráter universal e objetivam o esclarecimento das informações à cerca da cadeia dos alimentos, que vão desde sua origem passando pela comercialização e consumo, bem como tenta elucidar sobre seus efeitos para a saúde.

Em países periféricos, a atuação das políticas e dos programas de transferência de renda, *latu sensu*, visam a impactar na diminuição da pobreza e da desigualdade social e podem ser de caráter condicionado ou não. Em alguns exemplos, são programas condicionados que estabelecem obrigações a serem cumpridas pelos beneficiários. Em países Latino-Americanos, estes programas e estas políticas começaram a ser desenvolvidos a partir da década de 90, com especial destaque para o Brasil e o México pelo seu caráter precursor. Esta política permitiu inserir famílias pobres e extremamente pobres em redes de proteção social por meio de transferências de renda condicionadas. Os fatores norteadores utilizados para orientar o desenvolvimento destes programas, segundo Barcena (2005), estão relacionados a fatores econômicos, como o incremento da produtividade econômica e a geração de emprego; fatores políticos, como estabilidade institucional e acordos nacionais de longo prazo; e fatores sociais que visam ao bem-estar social e à gestão de resultados. O Quadro 1 apresenta a descrição e a tipologia dos programas de transferência de renda existentes na América Latina e no Caribe.

Quadro 1 Descrição dos principais programas de transferência de renda na América Latina.

Nome do Programa	Tipologia e Descrição	País
Chile Solidário	<u>Multiprogramas de Intervenções</u> : fomentam o acesso à rede total de serviços assistenciais e promocionais proporcionados pelo Estado.	Chile
Red de Protección Social PRAF	<u>Programas Multidimensionais com fortalecimento da oferta</u> : complementam com a provisão de suplementos a oferta pública de serviços de educação e de saúde.	Nicaragua e Honduras
Oportunidades Programa Bolsa-Familia Famílias em Ação PATH	<u>Programas Multidimensionais</u> : englobam as áreas de educação, de saúde e de nutrição.	México Brasil Colômbia Jamaica
Famílias pela Inclusão Social Beca Escolar Projeto 300	<u>Programas Unidimensionais</u> : fundamentalmente dedicados à educação.	Argentina Equador Uruguai

Fonte: Barcena, 2005

O Programa de Transferência de Renda do governo brasileiro, Programa Bolsa-Família, e o Programa Oportunidades do México possuem características muito semelhantes. São pautados por estratégias voltadas para as famílias em condição de pobreza e extrema pobreza; têm foco nos grupos vulneráveis (mulheres, crianças e idosos); exigem o cumprimento das condicionalidades por parte dos seus beneficiários e visam a diminuir a

pobreza e a desigualdade social, bem como investem no capital humano em médio e longo prazo. (BRASIL, MDS, 2004, e GUTIÉRREZ; BAUTISTA; HERNÁNDEZ; BERTOZZI, 2005).

O programa social mexicano “Oportunidades” é o principal daquele governo. Seu objetivo é romper com a reprodução, entre as gerações, do ciclo da pobreza mediante a transferência de renda e ações integradas de saúde, educação e alimentação. Em agosto de 2004, atingiu a cobertura de 5 milhões de famílias, correspondendo a 25 milhões de mexicanos. As famílias beneficiárias recebem apoio para que seus filhos não abandonem a escola, melhorem sua alimentação e saúde, contribuindo para a superação das condições sociais adversas. Uma particularidade é o incentivo monetário extra na forma de “poupança” aos alunos na faixa etária de até 22 anos objetivando a conclusão do estudo universitário. No período em que estes jovens se formam, há um fundo monetário disponível que pode ser aplicado em modalidades estipuladas pelo governo como, por exemplo, abrir um negócio. (GUTIÉRREZ; BAUTISTA; HERNÁNDEZ; BERTOZZI, 2005).

Os programas supracitados se encontram determinados na categoria de transferência de renda condicionada. Para o caso específico brasileiro, as condicionalidades do PBF são definidas, sinteticamente, no texto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (BRASIL, MD, 2007b).

Os compromissos sociais **assumidos pelas famílias** beneficiárias do PBF. Trata-se de atividades nas áreas de educação e saúde que as famílias devem cumprir para assegurar o direito de receber o benefício financeiro do programa. (BRASIL, MD, 2007b, grifo nosso).

O grifo do trecho “assumidos pelas famílias” destaca a existência de uma relação de pacto, compromisso, concordância e suposto conhecimento destas obrigações/condicionalidades por parte das famílias. Estes pressupostos se aplicam, em tese, uma vez que para admissão ao programa é necessária assinatura de um termo de adesão em que as obrigações estão descritas. Torna-se, portanto, pertinente citar a legislação que trata especificamente das condicionalidades do PBF nos âmbitos da saúde e da educação:

- Com relação à saúde aplica-se a Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, que estabelece para as famílias com criança até 7 anos as obrigações de: levar as crianças para vacinação e manter atualizado o calendário de vacinação; levar as crianças para pesar, medir e serem examinadas conforme o calendário do Ministério da Saúde; para as gestantes e mães que

amamentam as obrigações de participar do pré-natal, continuar o acompanhamento após o parto e participar das atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e alimentação saudável.

- Em relação à educação aplica-se a Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3.789, de 17 de novembro de 2004, que exige que as crianças e os adolescentes de 6 a 15 anos estejam matriculados na escola; que tenham garantida a frequência mínima mensal de 85% nas aulas. É exigido informar à escola, no caso das faltas, a explicação e o motivo, como também informar ao gestor do PBF sempre que alguma criança mudar de escola.

O atributo das condicionalidades nestes programas tem sido objeto de interesse de estudiosos de políticas sociais. Segundo Senna (2007, p. 89), o critério de cumprimento das condicionalidades presente no PBF tem a expectativa de possibilitar tanto o acesso como a inserção da população pobre aos serviços sociais básicos favorecendo a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza. Sendo este escopo descrito tanto no texto de criação do PBF, como na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004; como também no Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004.

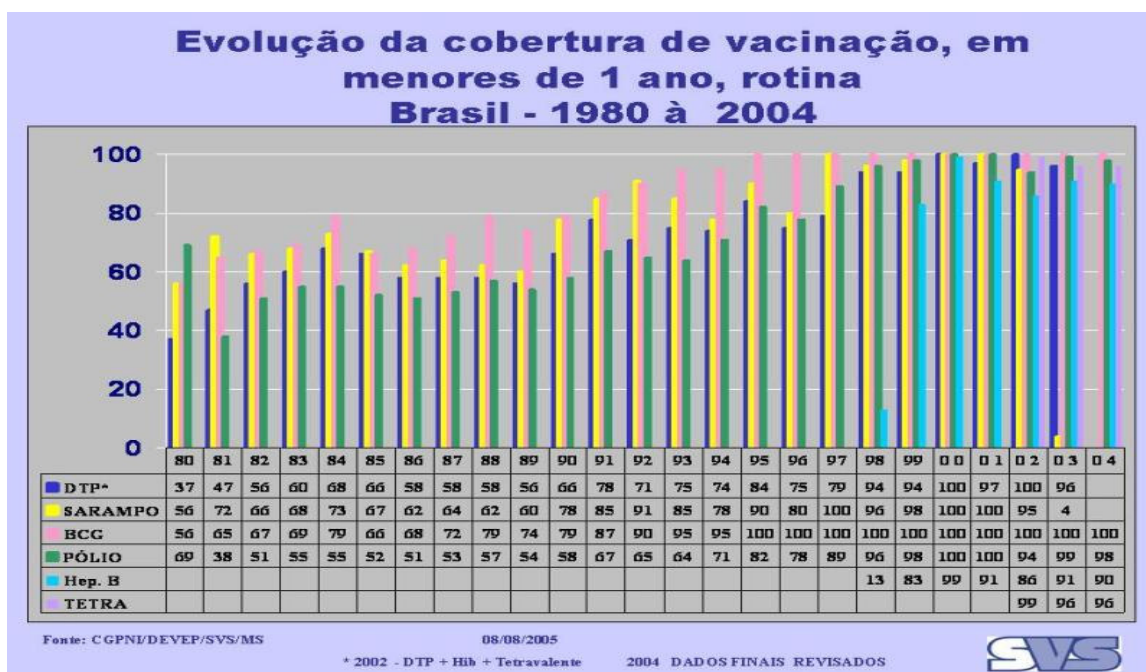
Em seu estudo Arretche (2000 apud Senna, 2007) descreve que, de modo geral, os municípios brasileiros apresentam muitas fragilidades na oferta de serviços de educação e de saúde, o que compromete o cumprimento das condicionalidades por parte das famílias. Por conseguinte, deduz-se que as condicionalidades podem se apresentar como um viés para a plena implementação do programa, uma vez que, nesta medida, deixam de se constituir em estratégia de inclusão de seus beneficiários a uma rede de proteção social.

Apesar das fragilidades nas ofertas de serviços públicos de saúde, anteriormente citados, destaca-se o avanço, ao longo das últimas décadas, da estratégia das campanhas de imunização no país. O panorama divulgado pelo Ministério da Saúde, com os dados da 2ª fase da campanha de 2006, demonstra que a cobertura vacinal para poliomielite no Brasil das crianças de 0 a 4 anos foi de 95,34% e no Distrito Federal de 90,53%. (BRASIL, MS, 2007). Estes indicadores demonstram a adesão dos responsáveis das crianças menores de 5 anos às campanhas nacionais de imunização.

Outro destaque deve ser feito para a evolução, entre a década de 1980 e de 2004, da cobertura das vacinas de rotina das crianças menores de 1 ano conforme demonstra o Gráfico 1. (BRASIL, MS, 2007).

Torna-se relevante apresentar a periodicidade das consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, estabelecido em 7 consultas no 1º ano de vida, 3 consultas no 2º ano e uma consulta a cada ano a partir do 3º ano de vida até os 10 anos. (BRASIL, MS, 2005, p. 9-10).

Gráfico 1 Evolução da cobertura de vacinação em menores de 1 ano.



Fonte: Ministério da Saúde

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Pólis, o grau de concordância total das condicionalidades da educação e da saúde pelos beneficiários entrevistados foi de 85,6%. Aproximadamente 12% dizem concordar em parte e 0,3% discordar totalmente. (BRASIL, MS, 2007, p. 19). Os dados revelam que, para os entrevistados, a grande maioria concorda totalmente com as condicionalidades. Não foi abordada, no entanto, a questão da presença ou ausência do aparato da saúde pública local (postos de saúde, rede hospitalar, programa de saúde da família etc.) ou de escola para o adequado cumprimento das obrigações, pois uma questão é concordar, a outra é cumprir.

No Brasil, as políticas de transferência pós Constituição de 1988 têm seu ideário baseado na transferência de renda não contributivas.

A transferência de renda pela via de políticas não contributivas tem origem na Constituição, que institui o Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC), no âmbito da assistência social, para idosos e pessoas com deficiência com renda mensal abaixo de ¼ de salário mínimo per capita. A partir de 1995, a transferência de renda para a população pobre em geral começa a abrir caminho no país [...]. Os primeiros programas e iniciativas implementados estiveram referidos a famílias em situação de pobreza que contavam com crianças em sua composição, recuperando assim a idéia da vulnerabilidade pela idade como condição para a legitimidade da transferência. Em 2004 foi consolidado o programa unificado de transferência de renda, batizado de Bolsa-Família, avançando no progressivo reconhecimento de que o país necessita efetivar uma política de renda mínima. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 80).

O PBF se insere, então, numa política de luta contra a pobreza com características amplamente incentivadas por organismos de financiamento internacionais, como o Banco Mundial, a partir de critérios de concepção com base nos princípios da descentralização, da participação e da focalização nos mais pobres, além de ser uma medida de governo de caráter compensatório. (Santos, 2001, p.55 e 56, e BRASIL, MDS, 2004).

Os arcabouços institucional, jurídico e político que permitiram a criação e implantação do PBF estão descritos no trecho do BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS do Ipea (2007, p. 86) apresentado a seguir:

A criação do Ministério da Assistência Social (MAS) e do Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome (Mesa), ambos por intermédio da MP n.º103, de 10/1/2003. Destacamos também a importância da recriação do Consea pela Lei n.º10.683, de 28/05/2003. Simultaneamente o governo lançou aquele que seria o seu mais importante programa, o Fome Zero. Dentro desse, um novo programa de transferência de renda, o Cartão Alimentação. Partia-se então da uma concepção de que o direito à alimentação deve ser garantido pelo Estado a todos os cidadãos. Elaboraram uma proposta ampla que associava ações estruturantes (que estavam voltadas a combater as causas da fome), específicas (que garantiam acesso direto à alimentação) e locais (que visavam garantir o abastecimento alimentar em nível municipal). Entre as primeiras estavam incluídas a reforma agrária, o fortalecimento da agricultura familiar, os programas de desenvolvimento territorial, os programas de geração de trabalho e renda e a desoneração tributária dos alimentos básicos. As políticas específicas abrangiam ações emergenciais de transferências de renda e a distribuição de alimentos, como também a ampliação de programas consolidados como a merenda escolar e o programa de alimentação do trabalhador. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 86).

A criação em outubro de 2003 do Programa Transferência Direta de Renda com Condiionalidades, Programa Bolsa Família (PBF), demonstrou que as transferências de renda teriam um papel importante a desempenhar na área social desse governo. Alguns dos

objetivos deste programa foram a unificação gerencial e a unificação dos benefícios dos programas de transferência de renda até então existentes, além da universalização do atendimento de um público-alvo determinado. Visou, também, a aumentar o valor médio dos benefícios, bem como objetivou corrigir as possíveis duplicidades de recebimento de benefícios por parte das famílias. Além disso, permitiu a ampliação das estratégias conjuntas entre os entes federados, somando esforços que ampliariam a aplicação de recursos dos governos e, por conseguinte, aumentariam o número de beneficiários atendidos. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 86-87 e p. 104).

Inicialmente, foram fixadas como população-alvo as famílias cuja renda *per capita* mensal era inferior a R\$ 50,00, independentemente de sua composição, e as famílias com crianças cuja renda *per capita* mensal fosse superior a R\$ 50,00 e inferior a R\$ 100,00. Esses valores de linha de pobreza para adesão ao programa foram alterados em 2006, pela publicação do Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006, para R\$ 60,00 e R\$ 120,00, respectivamente. Os dois tipos de família teriam acesso a benefícios de valores diferentes de acordo com sua composição. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 104)

Senna (2007, p. 88) descreve o escalonamento dos valores dos benefícios recebidos pelas famílias.

O Programa tem como população-alvo dois grupos. Ao primeiro, pertencem as famílias com renda per capita abaixo de R\$ 60 para as quais é concedido o benefício mensal fixo de R\$ 50, podendo esse valor ser acrescido de R\$ 15 por cada gestante, nutriz, criança e adolescente, até o limite de R\$ 45. Nesse caso, o valor total do benefício não ultrapassaria R\$ 95. No segundo grupo, estão as famílias com renda per capita entre R\$ 60 e R\$ 120. Essas famílias têm direito ao benefício variável de R\$ 15 por cada gestante, nutriz, criança e adolescente, compondo um valor máximo de R\$ 45. A lei prevê ainda que o valor do benefício do Programa Bolsa Família poderá ser complementado pelos estados, DF e municípios, dependendo do termo de cooperação firmado. (SENNA, 2007, p. 88).

O PBF segue, na mesma linha, os programas federais de transferência de renda que o antecederam, especificamente no tocante aos Programas Bolsa-Alimentação e Bolsa-Escola, mantendo condicionalidades com cumprimento obrigatório. Comparando-se o conjunto dos quatro programas unificados pelo PBF (Auxílio-Gás, Cartão-Alimentação, Bolsa-Alimentação e Bolsa-Escola), ressaltam-se algumas mudanças após a unificação: as condicionalidades passam a ter validade para o conjunto do benefício monetário a ser recebido pelas famílias; altera-se a definição da população beneficiada, incluindo as famílias mais pobres sem filhos; ampliam-se os valores médios recebidos; e a população beneficiária abrange todas as famílias com renda menor que R\$ 120,00 *per capita* ao mês. A unificação

realizada pelo PBF representa um avanço no sentido da organização de uma rede de proteção social que cubra os grupos mais carentes da sociedade brasileira. (BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2007, p. 105).

Nesse contexto, cita-se a legislação referente ao escopo jurídico do PBF no âmbito federal e sua intersecção com o Distrito Federal: o Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, que institui o cadastramento para os programas sociais do governo federal (BRASIL, 2001); o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004), que cria o PBF e dá outras providências; o Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006, que atualiza a caracterização das situações de pobreza e extrema pobreza, no âmbito do PBF (BRASIL, 2006); a Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, que se refere às ações conjuntas para o acompanhamento das condicionalidades da saúde firmadas entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/MDS e o Ministério da Saúde (BRASIL, MS/MDS, 2004); a Portaria MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005, que trata da regulamentação da gestão das condicionalidades, especialmente no que concerne às sanções referentes ao descumprimento das condicionalidades por parte dos beneficiários do PBF (BRASIL, 2005); e, por fim, a que se refere ao Termo de Cooperação nº 10/2004, que implantou a ação conjunta de programas de transferência do Governo do Distrito Federal (Renda Solidarietà e Renda Minha) ao PBF (BRASIL, TC, 2004). Este Termo estabelece os tetos de pagamento dos benefícios para o Distrito Federal e os valores que cada parte (governo federal e governo do Distrito Federal) destinará para composição do valor final:

Quadro 2 Valores da Bolsa Integrada dos Programas de Transferência de Renda do DF e Governo Federal (PBF).

Situação das Famílias	Renda Mensal <i>per capita</i>	Ocorrência de filhos 6-15 anos	Valores da Bolsa Federal	Valores adicionais do Distrito Federal	Valores da Bolsa Integrada
Situação de Pobreza	De R\$50,00 a R\$ 100,00	1 Filho	15,00	85,00	100,00
		2 Filhos	30,00	90,00	120,00
		3 ou + Filhos	45,00	135,00	180,00
Situação de Extrema Pobreza	Até R\$ 50,00	Sem ocorrência	50,00	80,00	130,00
		1 Filho	65,00	35,00	100,00
		2 Filhos	80,00	40,00	120,00
		3 ou + Filhos	95,00	85,00	180,00

Fonte: BRASIL (2004). MDS.

No tocante ao escopo jurídico do PBF, destaca-se o 14º artigo da Portaria GM/MDS nº 551 de 9 de novembro de 2005, que discorre sobre as punições impostas aos beneficiários no caso de descumprimento das condicionalidades. O artigo 3º, referido no texto a seguir, descreve sobre as condicionalidades da saúde e as da educação:

Art. 14. As famílias beneficiárias do PBF que não realizarem as atividades previstas nos incisos do art. 3º desta Portaria ficam sujeitas às seguintes sanções do programa, sem prejuízo da penalidade prevista no art. 14, § 1º, da Lei nº 10.836, de 2004, e das definidas em outras normas: I – Bloqueio do benefício por 30 dias; II - Suspensão do benefício por 60 dias; III - Cancelamento do benefício. (BRASIL, 2005).

A regulamentação em questão ampliou as estratégias do PBF em relação às medidas de controle e fiscalização dos beneficiários. Incluiu o maior envolvimento dos entes estaduais e municipais no que tange a ações e a compromissos diante do programa, bem como estimulou a participação do controle social municipal.

As condicionalidades, concebidas sob a luz da inserção dos beneficiários do PBF na rede de proteção social brasileira, podem vir a se constituir num obstáculo de permanência daqueles que, porventura, não tiverem suas informações de cumprimento lançadas no sistema de acompanhamento do MDS. Nesse sentido, o PBF e programas sociais semelhantes são objetos de frequentes críticas. Segundo Santos (2001, p 60), a possibilidade dos pobres, assistidos socialmente, escolherem viver do social e não de seu próprio trabalho pode se constituir em um efeito perverso do programa. Em contrapartida, o PBF é apontado como responsável pela queda da desigualdade social no país, ao abarcar uma parcela dos brasileiros tão excluída (BARROS, R. P. de; CARVALHO, Mirela de; FRANCO, Samuel, 2006). Simultaneamente, é criticado porque se tiram brasileiros da miséria, mas não os levam à auto-suficiência (Demo, 2003). Seus críticos sustentam que o PBF faz assistencialismo estéril, não cria mecanismos para que os beneficiados deixem de depender da ajuda do governo, provocando, assim, uma relação viciosa.

Este programa está, neste momento, sendo alvo de inúmeras pesquisas e avaliações governamentais com resultados que, preliminarmente, apontam um panorama de impacto positivo. Entende-se que num país de elevadíssima concentração de renda, como apresentado por (BARROS, R. P. de; CARVALHO, Mirela de; FRANCO, Samuel, 2006), em que a renda dos 10% mais ricos é 20 vezes maior que a dos 40% mais pobres e a fatia da renda total apropriada pelos 50% mais pobres é muito similar à apropriada pelo 1% mais rico da população, tem-se todo um cenário que justifica uma iniciativa governamental deste porte. Nessa linha, continua-se citando com Lavinias (2004, p. 244) que apresenta suas considerações sobre a acessibilidade alimentar e a estratégia de transferência de renda:

[...] Dar renda, em vez de dar alimentos, é uma forma das menos onerosas e das mais eficazes, de se renovarem as políticas sociais de caráter compensatório, para que passem a agir eficientemente não só no combate de curto prazo à pobreza, como também no combate à desigualdade, causa maior da miséria no Brasil. Isso implica reconhecer a centralidade que ganham as políticas de transferência direta de renda monetária nas famílias carentes na realização desta meta [...]. Este tipo de programa deve constituir o eixo central do sistema de proteção social, na sua dimensão compensatória. Em paralelo, há que assegurar frentes de investimento social e políticas universais de equalização das condições de bem-estar. Assim, por meio destes programas, que trazem as condicionalidades embutidas são ampliadas as condições de cidadania por parte dos seus beneficiários. (LAVINAS, p. 244).

Correlacionando à teoria de Sen (2001, p. 69), destaca-se uma consideração importante em relação ao PBF que é o caráter de “liberdade” de escolhas em relação ao gasto do recurso monetário.

A posição de uma pessoa num ordenamento social pode ser julgada por duas perspectivas diferentes, que são (1) a realização de fato conseguida - liga-se ao que se consegue fazer ou alcançar, e (2) a liberdade para realizar – a oportunidade real que se tem para fazer ou alcançar aquilo que se valoriza. (SEN, 2001, p. 69).

Segundo Rocha (2006, p. 29), sobre a ótica de renda, a variável relevante quando se trata de medir pobreza é a renda familiar ou domiciliar *per capita*. Esta resulta da repartição solidária dos rendimentos de todas as origens (trabalho, aposentadorias, pensões, doações, transferências, aluguéis, juros etc.) recebidos por todos os membros da família ou do domicílio. Destaca-se que este é o indicador utilizado pelo PBF para o critério de elegibilidade das famílias, excluindo-se do cálculo apenas o valor monetário que se refere às transferências de renda de programas de governo anteriormente recebidas pelas famílias. A mesma autora ainda apresenta dados relativos à redução do número de pobres em tempos recentes no Brasil e a importância da priorização da clientela dos pobres e extremamente pobres nas ações governamentais.

É especialmente importante a redução do número de famílias com renda zero, que, por natureza, constituem a população-alvo prioritária dos programas de transferência de renda do governo, de 1,8 milhão em 2003 para 1,6 milhão em 2004. (ROCHA, 2006, p. 29).

Nesse contexto e de acordo com o BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS do Ipea (2007, p. 81), verifica-se na evolução recente do número de indigentes e de pobres no Brasil, que, em 2005, três em cada dez brasileiros detinham uma renda domiciliar mensal *per capita* inferior a meio salário mínimo. Observa-se que o percentual de indigentes na população diminuiu de 16,5% em 2001 para 11,3% em 2005. Nestes mesmos períodos o percentual de pobres na população passou de 36,5% para 30,1%.

Os dados de Néri (2001) no “Mapa do Fim da Fome” apontam que em 2001 o Brasil tinha 50 milhões de miseráveis, o que correspondia a 29,3% de brasileiros com renda mensal inferior a R\$ 80,00 *per capita*. Portanto, em sua estratégia metodológica seria necessário um custo agregado de 1,69 bilhões de reais mensais (2% PIB) ou 3,81% da renda familiar brasileira para a erradicação da indigência brasileira. Isso significa afirmar que, em relação ao PIB brasileiro, o investimento social a ser feito pelo governo seria relativamente baixo quando se extrapola para o inquestionável impacto social positivo que este exercício de cálculo sugere.

No Distrito Federal, segundo as tabelas 1A e 1B do “Mapa do Fim Fome”, Néri (2001) apresenta os seguintes dados: a população em 2000 era de 2.043.169; renda domiciliar *per capita* mensal de R\$ 483,19, a mais alta do país à época; proporção de indigentes da população de 16,21%. Para este quantitativo de indigentes seria necessária, de acordo com a metodologia proposta por este instrumento, uma transferência por pessoa de R\$ 5,40/mês para erradicação da indigência no DF.

Em setembro de 2004, na cidade de Brasília, o valor *per capita* das linhas de pobreza e de indigência, de acordo com a análise da PNAD de 2004, realizada por Sônia Rocha, eram de: R\$ 240,15 e de R\$ 54,62, respectivamente. (ROCHA, 2004, Anexo 1).

Apesar da grande proporção de pobres no Brasil, classificados pelo recorte renda, destaca-se uma contra-argumentação desta estratégia de focalização no critério renda e suas possíveis impropriedades, realizada por Demo (2003, p. 206):

[...] os autores seguiam o raciocínio linear vulgar, quando pretendiam calcular o volume de recursos necessários para erradicar a indigência e a pobreza. Partiam logo de suposição incrivelmente gratuita: “que o Estado dispunha da capacidade de identificar todos os indivíduos da população pobre e pudesse transferir, como focalização perfeita e calibragem precisa entre as famílias, os recursos estritamente necessários para que todos esses indivíduos pobres obtivessem a renda equivalente ao valor da linha de pobreza.”. (DEMO, 2003, p. 206).

No entanto, em contraposição, a focalização dos programas e políticas de segurança alimentar como ação compensatória de combate à pobreza – um viés importante destas políticas – implica um corte social diferenciado. Lavinias (2004, p. 240 e 241) defende que é usual considerarem-se os 20% da camada inferior da distribuição como público-alvo de programas de suplementação alimentar.

A bibliografia sobre o assunto reitera esse corte, que tem fundamentos empíricos incontestáveis. No entanto as desigualdades regionais e o limite muito baixo de sobrevivência sugerem que no Brasil a focalização dos programas de segurança alimentar seja mais cuidadosa e adequada a um leque de diferenciais de grande amplitude. (LAVINAS, 2004, p. 240 e 241).

Rocha (2006) cita que os indigentes rurais juntamente com os das periferias metropolitanas constituem a clientela prioritária quando se trata de focalizar políticas públicas antipobreza. Isto porque não só apresentam condições críticas de renda, como também porque a insuficiência de renda vem acompanhada das conhecidas carências no que concerne ao acesso a serviços básicos, como os de educação, de saúde e de saneamento. Portanto, a existência de um programa focalizado com as características do PBF vem permitir a melhoria das condições de vida dessa parcela da população.

A análise da série histórica dos primeiros anos de implantação do PBF mostra que o número de famílias beneficiadas sofreu franca expansão com especial destaque para dois momentos: outubro a dezembro de 2003, em que o atendimento passou de 1,2 para 3,6 milhões de famílias, e agosto a outubro de 2004, passando de 4,5 para 5,4 milhões. Além do aumento vertiginoso do número de beneficiários constata-se que, de imediato, foi obtido o aumento do valor médio dos benefícios, na comparação aos valores médios que as famílias recebiam em cada programa de transferência. Destacam-se os valores médios referentes a outubro de 2004: Bolsa-Alimentação R\$ 19,08; Bolsa-Escola R\$ 23,24; Cartão Alimentação R\$ 50,00; Auxílio-Gás R\$ 15,00; Bolsa-Família R\$ 68,13. (BRASIL, MDS, 2004).

Em outubro 2005, o PBF continha 8.005.718 famílias beneficiárias, que resultava na transferência de recursos no montante de R\$ 512.558.390,00 (quinhentos e doze milhões quinhentos e cinquenta e oito mil, trezentos e noventa reais) e um acumulado em doze meses (novembro de 2004 a outubro de 2005) correspondente ao valor de R\$ 5.455.643.727 (cinco bilhões, quatrocentos e cinquenta e cinco milhões, seiscentos e quarenta e três mil e setecentos e vinte e sete reais).

Um dado de relevo para o presente trabalho é a quantidade de famílias beneficiadas pelo PBF no Distrito Federal, em outubro de 2004, que era da ordem de 36.069. (BRASIL, MDS, 2005).

Em junho de 2006, o PBF atingiu o teto estimado de onze milhões de bolsas do programa para o país, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 3 Total de famílias, de recursos transferidos para as famílias beneficiárias e o valor médio do benefício do PBF, junho/2006.

Mês/Ano	Total de Famílias Beneficiárias	Total de Recursos Transferidos às Famílias Beneficiárias	Valor Médio do Benefício
Junho 2006	11.166.924	R\$ 681.860.977,00	R\$ 61,06

Fonte: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2007..Departamento de Operação, da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Mimeo.

Em relação ao mesmo período de junho de 2006, os dados para Brasília/Distrito Federal são: 83.644 famílias beneficiárias com o montante de transferência de recurso do governo federal da ordem de R\$ 4.642.542.

Diante disso, é imprescindível retomar ao debate acerca do tema que trata sobre as condicionalidades, por se constituir em eixo estrutural deste trabalho a ser discutido em detalhes nas seções posteriores. Portanto, seguem algumas considerações de autores que questionam este critério e provocam a discussão com as seguintes reflexões:

Lavinas destaca que surge o novo conceito de “responsabilidades cívicas”, como contrapartida necessária para qualquer proteção social que esperava-se dos beneficiários de transferências que honrassem compromissos sociais exigidos, sem o que podiam ser objeto de sanções. “O direito é, agora, condicionado”. Logo, não se trata mais de um direito de cidadania, fundado na incondicionalidade. (DEMO, 2003, p. 263).

Em suas colocações Cohn (2004, p. 8) objeta que:

Programas de transferência de renda com condicionalidades podem vir a constituir um pilar fundamental na construção de um sistema de proteção social voltado para o bem-estar da sociedade, desde que articulem de forma criativa e virtuosa o Estado, o mercado e a família. Para tanto, uma primeira condição fundamental é que não fiquem restritos à questão da necessidade, tão bem exercitada pela econometria, e que reforça exatamente a dimensão do direito individual em detrimento do direito social, mas que sejam regidos por parâmetros de justiça distributiva, transformando-se num sistema de proteção social ativo. Vale dizer, em sistemas ativos de proteção social porque atuam sobre as relações socioeconômicas numa situação em que um dos pilares centrais dos sistemas de proteção social dos Estados de Bem-Estar Social, e que é sua conformação dada pela relação de pleno emprego, hoje não está mais presente no cenário das economias capitalistas. (COHN, 2004, p. 8).

O panorama dos dados referentes ao cumprimento das condicionalidades da saúde para o Brasil e para o DF, de interesse para este arcabouço teórico, no segundo semestre de 2006, são: 9.493.873 famílias beneficiárias no Brasil com perfil da saúde existentes, destas

3.172.629 famílias foram acompanhadas em todo país neste segundo semestre do ano, o que corresponde a 33% do total. Os dados do Distrito Federal para o segundo semestre do mesmo ano são: 38.100 famílias beneficiárias com perfil da saúde, sendo 1.847 acompanhadas e 444 acompanhadas parcialmente. Estes valores correspondem a 6% do total acompanhado pelo PBF. (BRASIL, MDS, 2007a), o que indica, no tocante ao acompanhamento do cumprimento das condicionalidades da saúde das famílias por parte do PBF, uma baixa cobertura, especialmente para o Distrito Federal.

A revisão bibliográfica deste estudo aprofundou-se no arcabouço teórico dos temas como a fome, a pobreza e a exclusão social por se constituírem em pano de fundo dos programas de transferência de renda de países periféricos, como o caso do Brasil. Explicitou os conceitos estruturantes do PBF e, em particular, tratou sobre as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias, um dos objetivos principais do estudo. Na seção seguinte serão apresentados os materiais e métodos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Em função do objetivo de analisar o cumprimento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do PBF, foi realizado um estudo transversal, por meio de uma amostra probabilística das famílias beneficiárias que tinham em sua composição crianças de até 6 anos, 11 meses e 29 dias. A unidade de análise foi o domicílio dessas famílias.

Foi escolhida a cidade satélite da Ceilândia/Distrito Federal em função de ter o maior número de famílias beneficiárias do programa com o perfil desejado, ou seja, tinham em sua composição crianças menores de 6 anos 11 meses e 29 dias.

O total de famílias beneficiárias do PBF no Distrito Federal, em junho de 2006, era de 83.644. Dessas o total de famílias com perfil do estudo era de 38.100, assim distribuídas: Ceilândia (17,3%), Samambaia (11,3%), Recanto das Emas (9,8%), Santa Maria (6,7%), Sobradinho (4,4%) e as outras localidades somadas (50,5%), variando entre o mínimo de 0,002% e o máximo de 4,1%.

A seleção dos domicílios foi feita com base no total de 8.380 domicílios da Ceilândia/DF, com perfil da pesquisa, retirados da folha de pagamento do Cadastro Único da Caixa Econômica Federal (CadÚnico) de 04.06.2006. Esta informação foi cedida, em meio eletrônico, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome mediante a apresentação do cumprimento das exigências da Comissão de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A autorização para a realização da pesquisa foi aprovada por meio do protocolo FEPECS/SES/DF nº 087/2006.

Casuística

O cálculo amostral utilizou a estimação de uma amostra aleatória simples. Este processo foi realizado por meio magnético utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 13.0, *for windows*, sob a licença de número 9603993.

A amostra aleatória simples foi calculada com erro de amostragem $d = 6$ p.p., coeficiente de confiança de 95% e $p = 50\%$. O tamanho da amostra a ser pesquisada foi de 278 domicílios. No entanto, aumentou-se este número para 350 prevendo a possibilidade de uma mortalidade amostral. Como será apresentado adiante, este procedimento se mostrou adequado, uma vez que a amostra final constitui-se de 338 domicílios devido à invalidação de 12 questionários. (Anexo 6). Estes 338 domicílios representam os 1.666 indivíduos estudados.

Com o propósito de garantir o cumprimento do tamanho da amostra, os pesquisadores retiraram uma amostra-reserva de 350 domicílios. Este cálculo foi realizado com os mesmos procedimentos de seleção anteriormente descritos, incluídos os critérios de

semelhança em função das características da amostra principal. Estes critérios foram relativos ao número de pessoas residentes no domicílio, a renda *per capita* e o número de crianças menores de 7 anos.

Modelo Dinâmico da Avaliação das Condicionais do PBF na Ceilândia /DF

A etapa que subsidiou a construção do “Modelo Dinâmico de Avaliação”, proposto por LEFEVRE; KOLSTEREN; DE WAEL; BYEKWASO; BEGHIN (2001), e descrito a seguir, consiste na fase das entrevistas com os gestores, os técnicos do programa no Ministério da Saúde, no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; e os pesquisadores da Universidade Federal da Bahia. Todas estas entrevistas foram transcritas pela pesquisadora responsável em um diário de campo (Anexo 2).

Para estabelecer o desenho metodológico relativo aos procedimentos de abordagem e o aperfeiçoamento do processo de construção dos instrumentos da pesquisa, foi construído o “Modelo Dinâmico de Avaliação” voltado para o universo dos processos relativos às condicionalidades de saúde do PBF. Este modelo visa a representar de forma gráfica os aspectos teóricos e as ações de um projeto. É construído com base nas informações dos insumos, processos, objetivos de processo e objetivos de resultados, por meio dos eixos gerais da questão analisada em função das ações e dos problemas esperados com seus respectivos fatores de confusão. Estes procedimentos fazem parte da proposta metodológica dos autores e têm por base o Planejamento e Avaliação Participativa Abrangente. A figura 1 apresenta o modelo construído para este estudo.

Elaboração dos Instrumentos de Pesquisa e o Teste-Piloto

O conjunto de todas as informações obtidas e das pesquisas realizadas possibilitou a construção da primeira versão do questionário dos beneficiários do PBF. A melhoria deste instrumento foi alcançada por meio da utilização do modelo supracitado. Foram realizadas duas oficinas de trabalho que contaram com a presença de representantes institucionais do programa no governo federal e no governo local. Outros produtos importantes dessas oficinas foram a orientação para a realização do teste-piloto e as estratégias de abordagem de campo. (Anexo 3).

O teste-piloto foi realizado com 27 famílias beneficiárias do PBF, residentes na cidade satélite de Sobradinho/DF. A escolha desta cidade ocorreu em função de a pesquisadora ter trabalhado no Hospital Regional de Sobradinho do Sistema Único de Saúde

e, portanto, ter inserção tanto no sistema de saúde pública local como na comunidade. Os endereços das famílias entrevistadas foram obtidos a partir do cadastro de beneficiários do Distrito Federal, fornecido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O período de realização do teste ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2006. Foram aplicados dois instrumentos: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário semi-estruturado (Anexo 5) aos responsáveis legais do PBF. Este último continha questões baseadas, parcialmente, na pesquisa de Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação (2004), 1ª e 2ª fases, do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.

Ao final da etapa do teste-piloto, os pesquisadores procederam às alterações semânticas que permitiram a melhoria da compreensão das questões do instrumento de pesquisa (questionário e TCLE). Todo este processo, descrito até este ponto, permitiu a elaboração da última versão do questionário. A construção do questionário ocorreu entre os meses de fevereiro e novembro de 2006. A versão final do questionário está dividida em 4 blocos temáticos: Bloco 1 – Cadastro/Cadastramento; Bloco 2 - Ações de Saúde da SES/DF voltadas para o beneficiário; Bloco 3 - Identificação da Família Beneficiária e Bloco 4 – Condicionais. (Anexo 5).

Coleta de Dados

A coleta de dados domiciliares foi realizada entre os meses de dezembro de 2006 e março de 2007, em todos os sábados e domingos, excetuando-se os finais de semana do Natal, do Ano Novo e do carnaval.

Participaram desta etapa 11 entrevistadores de campo, uma supervisora, um motorista e a coordenadora da pesquisa. As visitas eram realizadas sob a supervisão tanto da coordenadora de campo, como da pesquisadora principal. Durante o mês de fevereiro, optou-se por ser utilizada a estratégia do envio de uma carta de esclarecimento sobre a pesquisa para os beneficiários. (Anexo 4).

Aplicou-se o questionário ao responsável legal da família junto ao PBF mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As perguntas eram feitas pelos entrevistadores e as respostas escritas no questionário. Para suprir aqueles domicílios onde não foi possível realizar a entrevista, seja por ausência do responsável legal, seja por mudança de endereço, seja pela recusa em participar da pesquisa, foi efetuado o re-sorteio de domicílios.

Uma das atribuições da coordenadora de campo foi fazer a verificação da qualidade do preenchimento das informações no questionário pelos entrevistadores e acompanhar a quantidade de entrevistas realizadas no dia. (Anexo 9).

O processo de treinamento da equipe que aplicou os questionários (entrevistadores e coordenadora de campo) foi realizado ao longo de 3 semanas.(Anexo 10). Destaca-se também que todas as entrevistas foram padronizadas obedecendo ao descrito no Manual dos Entrevistadores. (Anexo 7).

Análise de Dados

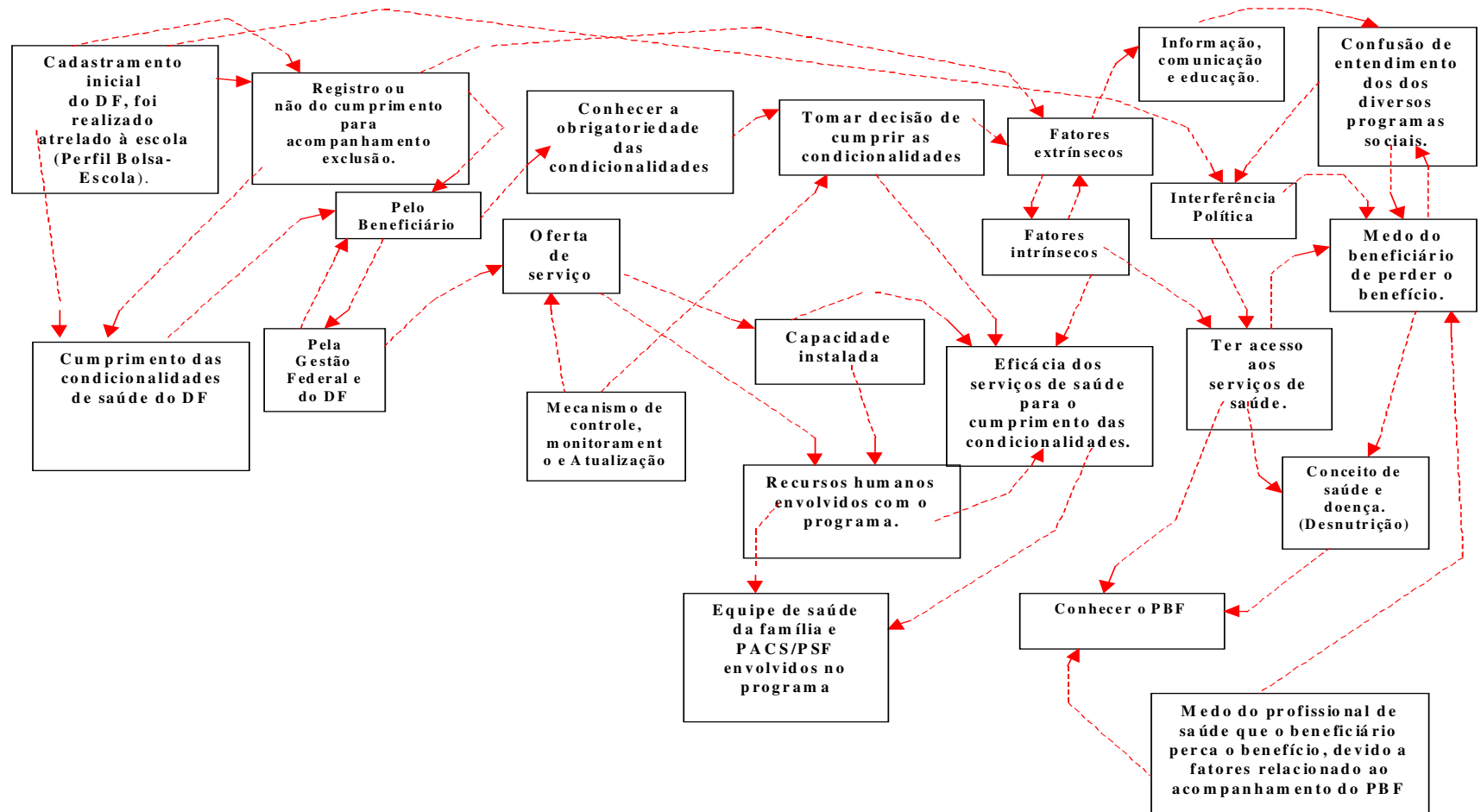
O banco de dados foi desenvolvido tabulando-se as respostas do questionário no programa SPSS, versão 13.0. A digitação foi realizada por duas pessoas, de forma independente. Foram seguidos os procedimentos de limpeza de dados que constituem a chamada análise exploratória. Esta análise buscou identificar, principalmente, a ocorrência de erros de digitação como dados fora da escala permitida, casos faltosos (*missing*) e casos extremos (*outliers*). (TABACHINK; FIDEL, 2000).

A análise foi realizada utilizando-se os procedimentos de estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva incluiu o uso de medidas de tendência central (média e mediana), de medidas de dispersão (desvio padrão, variância, mínimo e máximo), medidas de distribuição (assimetria e achatamento) e medidas de localização (percentis e quartis) fazendo uso ainda de gráficos e tabelas.

A estatística inferencial valeu-se de testes não paramétricos. Entre estes foram utilizados os testes de associação (qui-quadrado) e os testes de correlação (Spearman). Entre os paramétricos foram utilizados testes de correlação (Pearson), comparação de médias (t de Student) e análises da variância.

FIGURA 1 Modelo Dinâmico Causal



4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está dividida em dois blocos: a tipologia das famílias e as condicionalidades de saúde.

O Bloco I descreve a tipologia das 338 famílias entrevistadas beneficiárias do PBF e residentes na Ceilândia/DF. Nessa análise, são apresentados o tamanho das famílias, o sexo dos indivíduos e as crianças menores de 7 anos com sua distribuição quanto ao sexo. Descreve os responsáveis legais das famílias pertencentes ao programa com os dados de idade, de sexo, de ocupação e os anos de estudo. A seguir, aborda-se o “mundo do trabalho” daqueles que declararam suas ocupações com seus vínculos empregatícios relativos às carteiras de trabalho assinadas. Ao final desse bloco, é descrito o item que trata da renda dessas famílias classificadas de acordo com as rendas provenientes do trabalho; as outras fontes de renda provenientes das aposentadorias, das pensões alimentícias e de auxílio-doença; e as rendas transferidas pelo PBF. Para finalizar o tópico, são calculadas a renda mensal domiciliar *per capita* sem a renda do programa e a renda mensal domiciliar *per capita* com a renda transferida pelo PBF.

A estrutura utilizada para a análise do Bloco II, que trata sobre as condicionalidades da saúde, seguiu a distinção conceitual dos três componentes de qualquer avaliação de atitudes. O primeiro componente, chamado de cognitivo, refere-se ao conhecimento que o responsável legal tem sobre as condicionalidades de saúde. O segundo é de caráter valorativo, em que os responsáveis legais oferecem notas ou julgamentos sobre o tema. O terceiro destaca questões comportamentais dos responsáveis legais, específicas das condicionalidades, como a vacinação, o acompanhamento da saúde dos filhos menores de 7 anos e a participação nas palestras de saúde nos postos de saúde pública.

I – TIPOLOGIA DAS FAMÍLIAS

Na análise dos dados de descrição do tamanho das famílias dos 338 domicílios cujas entrevistas foram realizadas, foram identificados 1.666 indivíduos. Destes, 742 são homens, que correspondem a 44,5%, e 924 são mulheres, correspondendo a 55,5%. Um teste t binomial revelou que essas proporções diferiram significativamente da proporção esperada de 0,5 para cada sexo ($p < 0,001$). O tamanho médio das famílias é de 4,93 pessoas/família, variando entre o mínimo de 2 e o máximo de 13 indivíduos. Na distribuição da composição, observou-se que 88,2% das famílias têm até 6 membros conforme apresentado na [Tabela 1](#).

Tabela 1 Composição das famílias do PBF da Ceilândia/DF – 2006/2007.

Número de indivíduos	n	%
2 a 4	149	44,1
5 a 6	149	44,1
7 até 10	33	9,8
Mais que 10	7	2,1
Total	338	100

Do total dos indivíduos da amostra, 501 são crianças menores de 6 anos, 11 meses e 29 dias. Destas, 242 são meninas (48,3%) e 259 são meninos (51,7%). A idade média das crianças é de 4 anos. A maior distribuição (66%) concentra-se no intervalo entre os 4 e 6 anos, 11 meses e 29 dias. Os resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 Distribuição etária dos menores de 6 anos, 11 meses e 29 dias das famílias do PBF de Ceilândia/DF– 2006/2007.

Distribuição etária	n	%
< 1	22	4,4
1	38	7,6
2	52	10,4
3	59	11,8
4	91	18,2
5	99	19,8
6	140	27,9
Total	501	100

Com relação aos responsáveis legais das famílias pertencentes ao PBF: sua distribuição quanto ao gênero é de 92,3% de mulheres e 7,7 % de homens. A idade média é de 34 anos, variando entre o mínimo de 21 e máximo de 81 anos. Oitenta e oito por cento desse grupo tem até 41 anos. Daqueles responsáveis legais que declararam seus anos de estudo (n=333), observou-se que, em média, estudaram 6,7 anos (DP= 3 anos). Destaca-se que 19,5% completaram 11 anos, o que significa ter finalizado o ensino médio. A Tabela 3 apresenta o resultado da distribuição dos anos de estudo.

Tabela 3 Apresenta os anos completos de estudo dos responsáveis legais do PBF – 2006/2007.

Anos completos de estudo dos responsáveis legais do PBF	Frequência	%
0	11	3,3
1	11	3,3
2	9	2,7
3	24	7,2
4	43	12,9
5	33	9,9
6	28	8,4
7	34	10,2
8	37	11,1
9	18	5,4
10	18	5,4
11	65	19,5
12	2	0,6
Total	333	100,0

Para fins de análise, foram classificadas as ocupações dos responsáveis legais, que declararam trabalhar, em 6 categorias. A descrição da classificação encontra-se no Anexo 8. Quarenta e sete por cento dos responsáveis legais (n=158) declararam trabalhar. A maior parte desempenha suas atividades nos serviços domésticos (46,8%), seguida pela categoria dos autônomos/conta-própria (25,3%), totalizando 72% das ocupações. As demais distribuições das ocupações estão demonstradas na Tabela 4. Destaca-se que 81% dos responsáveis legais trabalham sem carteira assinada.

Tabela 4 Ocupações declaradas pelos responsáveis legais do PBF por categorias, Ceilândia/DF - 2006/2007.

Ocupações dos responsáveis legais	Frequência	%
	a	
1. Autônomo/conta-própria	40	25,3
2. Atividades ligadas ao comércio com ou sem carteira assinada	16	10,1
3. Serviços Gerais/limpeza com ou sem carteira assinada	14	8,9
4. Serviços domésticos com ou sem carteira assinada	74	46,8
5. Atividades ligadas à construção civil e obras	5	3,2
6. Outras	9	5,7
Total	158	100

Para os dados apresentados a seguir, também foi utilizada a mesma classificação das ocupações, conforme descrito no Anexo 8. O conjunto das pessoas que trabalham nas famílias, independente de ser responsável legal, perfaz o total de 354. A idade média deste grupo é de 33 anos. A maior concentração da faixa etária localiza-se entre 31 e 40 anos (46,5%), seguida pelo grupo de 26 a 30 anos (25,4%) conforme demonstrado no **Tabela 5**. Em relação às categorias profissionais, destaca-se a dos autônomos/conta-própria, com 26,5%; seguida pelos serviços domésticos com ou sem carteira assinada, com 23,1%. Somadas representam 49,6% das ocupações do grupo estudado.

Tabela 5 Ocupações das pessoas que declararam trabalhar segundo faixas etárias, Ceilândia/DF – 2006/2007.

Ocupações	Idade em faixas de anos						Total	%
	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60		
1. Autônomo/conta-própria	3	5	16	49	15	6	94	26,5
2. Atividades ligadas ao comércio com ou sem carteira assinada	3	9	20	25	4	3	64	18
3. Serviços Gerais/limpeza	2	0	13	12	4	1	32	9
4. Serviços Domésticos com ou sem carteira assinada	0	9	25	40	5	2	81	23,1
5. Atividades ligadas à construção civil e obras	1	2	9	26	10	2	50	14,1
6. Outras	2	6	7	13	4	1	33	9,3
Total	11	31	90	165	42	15	354	100

Entre todos os indivíduos que trabalham, aproximadamente, 70% não têm carteira assinada.

- Renda: os resultados da renda estão apresentados em três categorias. A primeira é das rendas provenientes do trabalho; a segunda, das que possam ser provenientes das aposentadorias, pensões alimentícias ou auxílio-doença que foram agrupadas com título de “outras rendas”; e, por último, a renda transferida pelo PBF.

Para a apuração das rendas declaradas, provenientes do trabalho, foram estabelecidas classes de salário mínimo (SM). Considerou-se o que vigorava nos meses de referência da pesquisa. O valor do salário mínimo era de R\$ 350,00 entre os meses de dezembro de 2006 e março de 2007.

Identificou-se que 95,8% dos que trabalham e tiveram suas rendas declaradas recebem até 2 salários mínimos, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 Descrição da renda mensal declarada proveniente do trabalho de indivíduos maiores de 16 anos e menores de 60 anos, de ambos os sexos, das famílias beneficiárias do PBF da Ceilândia/DF em faixas de salário mínimo – 2006/2007.

<i>Salário Mínimo</i>	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulada</i>
Até 1/4	19	5,5	5,5
Mais de ¼ até ½	43	12,5	18
Mais de ½ até 1	160	46,6	64,6
Mais de 1 até 2	107	31,2	95,8
Mais de 2	14	4,2	100
Total	343	100	-

A categoria “outras rendas”, provenientes de aposentadorias, pensões alimentícias ou auxílio-doença, agregou 105 pessoas, sendo que 6 indivíduos não tiveram os valores dessas rendas declaradas. A média de recebimento é de R\$ 220,00 (DP=172,73), variando entre o valor mínimo de R\$ 30,00 e máximo de R\$ 1.000,00. A metade deste grupo recebe até R\$160,00.

As rendas transferidas pelo PBF, declaradas pelos responsáveis legais, são em média de R\$ 117,00 e variam entre o mínimo de R\$ 15,00 e máximo de R\$ 275,00. A metade das famílias (n=169) recebe até R\$ 120,00. Entre as famílias beneficiárias 92% recebem até R\$ 180,00 e os 8% restantes valores até R\$ 275,00 conforme demonstra a Tabela 7 abaixo.

Tabela 7 Renda transferida pelo PBF para as 338 famílias beneficiárias, residentes na Ceilândia/DF – 2006/2007.

Renda transferida (R\$)	Número de famílias	%
15 a 45	34	10
60 a 95	43	13
100 a 120	116	34
130 a 180	117	35
190 a 275	28	8
Total	338	100

A renda mensal domiciliar *per capita* foi calculada em duas etapas. Na primeira, foi obtido o resultado por meio da soma dos rendimentos provenientes do trabalho, das aposentadorias, das pensões alimentícias e do auxílio-doença das famílias divididos pelos componentes de cada

núcleo familiar. A segunda etapa obedeceu ao mesmo procedimento de cálculo, porém foram acrescidos os valores transferidos pelo PBF declarados pelos responsáveis legais.

Considerando a renda mensal domiciliar *per capita* sem as transferências de renda do PBF é possível verificar que 78,5% recebem até R\$ 120,00 *per capita*. Destaca-se o fato de que 11,3 % das famílias declaram ter renda zero. Estes valores estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 Distribuição da renda mensal domiciliar *per capita*, em reais, provenientes do trabalho, das aposentadorias, das pensões alimentícias ou do auxílio-doença, sem as transferências de renda do Programa, Ceilândia/DF - 2006/2007.

Renda mensal domiciliar <i>per capita</i> sem as transferências do PBF (R\$)	Frequência	%	% acumulada
0	38	11,3	11,3
de 1 a 60	82	24,5	35,8
61 a 120	143	42,7	78,5
121 a 150	40	11,9	90,4
151 a 450	32	9,6	100,0
Total	335	100,0	-
<i>Missing</i>	3	-	-

Observou-se que a inclusão da renda do PBF no orçamento destas famílias elimina a categoria de renda zero, como demonstrado nos resultados da Tabela 9.

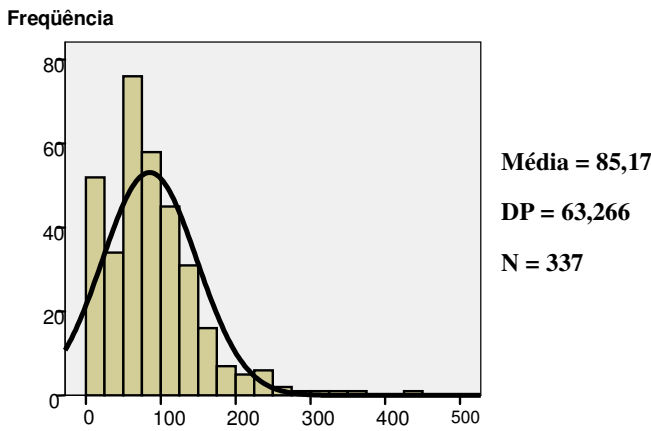
Tabela 9 Distribuição da renda mensal domiciliar *per capita*, em reais, provenientes do trabalho, das aposentadorias, das pensões alimentícias ou do auxílio-doença, com as transferências de renda do Programa, Ceilândia/DF - 2006/2007.

Renda mensal domiciliar <i>per capita</i> com as transferências do PBF (R\$)	Frequência	%	% acumulada
0	0	0	0
de 1 a 60	66	19,6	19,6
61 a 120	153	45,5	65,2
121 a 150	50	14,9	80,1
151 a 450	67	19,9	100,0
Total	336	100,0	-
<i>Missing</i>	2	-	-

Verifica-se que a inclusão da renda do programa nessa análise elevou a média dos recebimentos das famílias de R\$ 85,17 para R\$ 110,56. Um teste t para amostras pareadas revelou que a elevação de 30% na renda mensal domiciliar *per capita* é significativa ($t=39,99$; $p<0,001$).

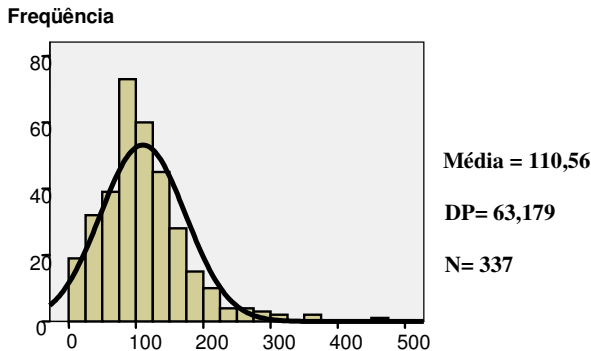
Na comparação entre os histogramas dessas duas distribuições (sem a renda do PBF e com a renda do PBF) nas Figuras 2 e 3 observa-se que o formato da curva tende para a normalidade gaussiana com a inclusão da renda do programa, corrigindo a assimetria à esquerda mais característica da primeira distribuição.

Figura 1 Histograma da soma da renda mensal domiciliar *per capita* sem as transferências de renda do PBF, Ceilândia/DF – 2006/2007.



Renda mensal domiciliar *per capita* sem o PBF

Figura 2 Histograma da soma da renda mensal domiciliar *per capita* com as transferências de renda do PBF, Ceilândia/DF – 2006/2007.



Renda mensal domiciliar *per capita* com o PBF

II. CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PBF

As condicionalidades da saúde do PBF foram analisadas em três componentes: cognitivo, valorativo e comportamental.

Sessenta e dois por cento dos responsáveis legais responderam não conhecer as condicionalidades da saúde em relação às crianças menores de 7 anos. Esta pergunta foi apresentada aos responsáveis após o julgamento das condicionalidades da saúde (vacinar as crianças, acompanhar a saúde das crianças menores de 7 anos e participar das palestras sobre saúde no Posto de Saúde) como pode ser visto na questão 4.3.5 no Anexo 5.

Calculando-se um teste t para os anos de estudo dos responsáveis legais em função de conhecerem ou não as condicionalidades, não se encontrou qualquer diferença significativa.

As notas atribuídas pelos responsáveis legais em relação às condicionalidades da saúde foram comparadas em função do seu conhecimento sobre as condicionalidades. Foi possível, então, verificar uma diferença significativa apenas no que se refere à condicionalidade de manter a vacina em dia dos menores 5 anos. Aqueles que conhecem essa condicionalidade ofereceram maiores notas ($t= 2,62$; $p<0,001$). Estes valores estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 Comparação das notas atribuídas para as condicionalidades da saúde do PBF em função de seu conhecimento, ou não, pelos responsáveis legais, Ceilândia/DF – 2006/2007.

Notas atribuídas às condicionalidades da saúde do PBF	Conhecimento das Condicionalidades	N	MÉDIA	t	p
Nota para obrigação “acompanhamento da saúde dos menores de 7 anos”.	Não	208	9,08	< 1	n.s.
	Sim	130	9,23		
Nota para obrigação “manter a vacina dos menores de 7 anos”.	Não	208	9,70	- 2,62	< 0,001
	Sim	130	9,89		
Nota para obrigação “participação de palestras/aulas sobre saúde no Posto de Saúde”.	Não	207	8,20	< 1	n.s.
	Sim	130	8,28		
Nota para obrigação “se amamentando leva o bebê para fazer consultas no Posto de Saúde”.	Não	208	9,56	< 1	n.s.
	Sim	130	9,61		

n.s. – não significativo

Apenas 38% dos responsáveis legais conhecem as condicionalidades da saúde das crianças menores de 7 anos. A maior fonte de informação sobre as mesmas é o sistema de público de saúde (30,7%) e por último a escola (6,3%). Dados demonstrados na Tabela 11.

Tabela 11 Fonte de informação sobre as condicionalidades da saúde do PBF para os 38% dos responsáveis legais que declararam conhecer as condicionalidades, Ceilândia/DF - 2006/2007.

Fonte de informação	%
Sistema Público de Saúde	30,7
Ações de governo (Federal e/ou DF) específicas do PBF	27,6
Mídia (meios de comunicação escrita e falada)	25,2
Pessoas conhecidas	10,2
Escola	6,3
Total	100

A análise dos dados referentes ao local dos postos de saúde, ao tempo de deslocamento e ao meio de locomoção dos responsáveis legais demonstrou que 97,9% frequentam os postos localizados na própria cidade satélite da Ceilândia/DF. O tempo médio de deslocamento da família entre o seu domicílio e o posto é de aproximadamente 18 minutos, com valores variando entre o mínimo de 2 minutos e o máximo de 1 hora e 30 minutos. Oitenta por cento dos entrevistados gastam até 20 minutos neste deslocamento. Noventa e três por cento dos responsáveis legais responderam que vão andando e os outros 7% se deslocam por meio de ônibus para o posto.

Na comparação entre as notas atribuídas pelos responsáveis legais para o atendimento no Posto de Saúde antes e depois de ser beneficiários do PBF, o teste t para amostras não paramétricas não revelou diferença significativa entre elas. Os dados das médias das notas podem ser vistos no Tabela 12.

Tabela 12 Médias das notas atribuídas pelos responsáveis legais em relação ao atendimento no Posto de Saúde antes e depois de ser beneficiária do PBF, Ceilândia/DF - 2006/2007.

Notas atribuídas para o atendimento no Posto de Saúde antes e depois do PBF pelos responsáveis legais	MÉDIA	N	Desvio Padrão
Antes de ser beneficiária do PBF	5,27	333	3,32
Depois de ser beneficiária do PBF	5,11	333	3,43

Destaca-se o fato de que, embora a escala de atribuição de notas tenha variado entre 0 e 10, houve polarização nas categorias 0, 5 e 10 conforme demonstram os histogramas das Figuras 3 e 4.

Figura 3 Histograma da nota para o atendimento antes de ser beneficiária do PBF no Posto de Saúde.

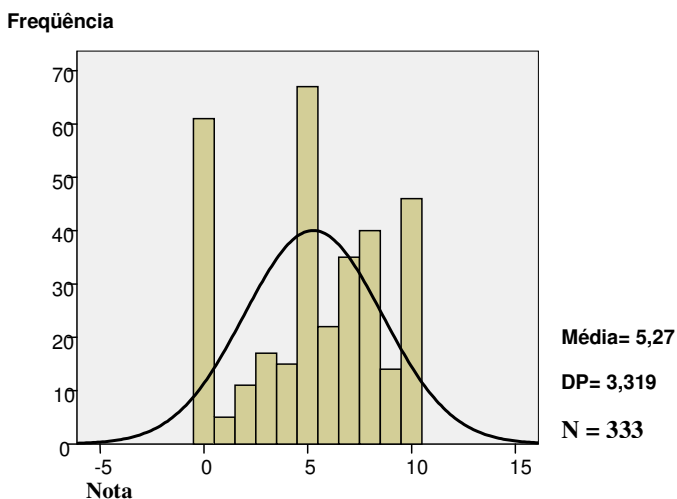
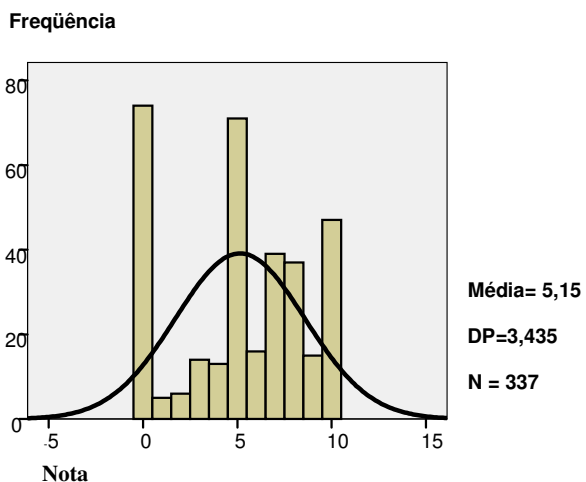


Figura 4 Histograma da nota para o atendimento depois de ser beneficiária do PBF no Posto de Saúde.



Para fins de análise, optou-se por classificar a diversidade das respostas oferecidas pelos responsáveis legais em relação ao atendimento no Posto de Saúde antes e depois de ter entrado para

o PBF.

Quando perguntados sobre como era o atendimento no Posto de Saúde antes de ser beneficiário do PBF, 71,9% responderam que não houve nenhuma mudança, os demais resultados estão apresentados no Tabela 13.

Tabela 13 Avaliação do atendimento no Posto de Saúde antes da entrada no PBF, Ceilândia/DF – 2006/2007.

Categorias das respostas dos responsáveis legais em relação ao atendimento no Posto de Saúde antes de ser do PBF	Frequência	%
Não mudou	243	71,9
Era melhor	45	13,3
Era pior	44	13,0
Não se aplica	6	1,8
Total	338	100,0

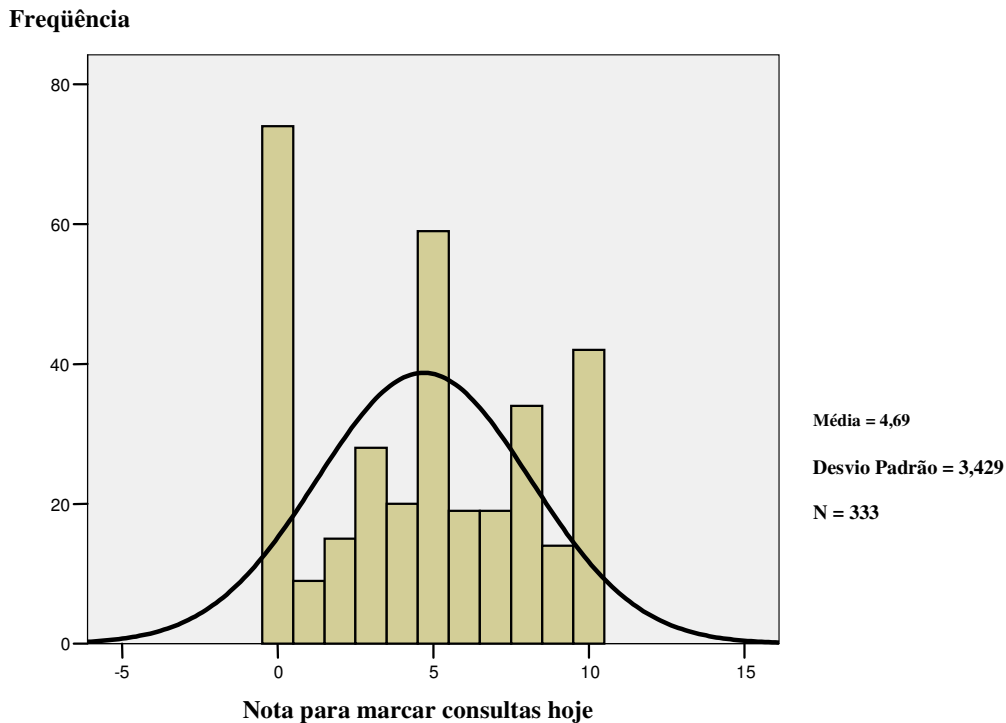
Para as respostas relativas ao atendimento no Posto de Saúde depois de ser beneficiário do PBF, 34,9% deste grupo responderam que o atendimento é ruim ou péssimo. As respostas foram classificadas em 11 categorias apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14 Categorias das respostas dos responsáveis legais em relação ao atendimento depois de ser beneficiário do PBF no Posto de Saúde, Ceilândia/DF– 2006/2007.

Categorias das respostas dos responsáveis legais em relação ao atendimento no Posto de Saúde depois do PBF	Frequência	%
Dificuldade em ser atendido	44	13,1
Consegue atendimento	10	3,0
Atendimento é ruim/péssimo	117	34,9
Atendimento regular	16	4,8
Atendimento bom/muito bom/ótimo	72	21,5
Nem sempre tem médico	39	11,6
Médico é muito ruim/péssimo	1	0,3
Médico é bom/muito bom/ótimo	12	3,6
Tem que acordar de madrugada ou dormir na fila para ser atendido	17	5,1
Dificuldade para atendimento na odontologia	5	1,5
Falta de medicamento no posto	2	0,6
Total	335	100

Em relação à atribuição das notas pelos responsáveis legais para a marcação de consultas no Posto de Saúde observou-se uma média de 4,69 e o DP = 3,43. Destaca-se que a nota média para a marcação de consultas é menor que a nota média atribuída para o atendimento no Posto de Saúde ($t=2,63$; $p<0,01$). O histograma apresentado na Figura 5 demonstra que também houve a polarização nos valores 0, 5 e 10 das notas oferecidas.

Figura 5 Histograma da nota atribuída para marcar consulta no Posto de Saúde – 2006/2007.



Para fins de análise, optou-se por reclassificar as respostas oferecidas para as notas atribuídas para marcar as consultas no Posto de Saúde em 5 categorias. Destaca-se o fato de que 62,3% consideram difícil marcar consulta, o que é demonstrado pelos resultados constantes na Tabela 15.

Tabela 15 Categorias das respostas dos responsáveis legais em relação à marcação de consultas no Posto de Saúde - 2006/2007.

Categorias das respostas em relação à marcação de consultas	Frequência	%
Não se aplica	7	2,1
Não consegue marcar consulta	37	11,0
É difícil marcar consulta	210	62,3
Consegue marcar	21	6,2
É fácil marcar consulta	62	18,4
Total	337	100,0

É apresentado, a seguir, o comportamento dos responsáveis legais em relação às condicionalidades da saúde antes e depois de serem beneficiários do PBF. Estas condicionalidades se constituem em vacinar as crianças menores de 5 anos, de consultar todos os filhos menores de 7 anos e de participar das palestras no Posto de Saúde.

Os resultados observados sobre o comportamento de levar as crianças menores de 5 anos para vacinar não apresentaram nenhuma modificação após as famílias terem entrado para o PBF, assim como não houve modificação significativa em levar as crianças menores de 7 anos para fazer as consultas no Posto de Saúde. A modificação encontrada foi relativa à frequência nas palestras de saúde no Posto de Saúde com redução de 16% neste item conforme Tabela 16.

Tabela 16 Respostas das famílias, antes e depois de serem beneficiárias do PBF, sobre o comportamento dos responsáveis legais em relação a vacinar as crianças < 5 anos; a levar as crianças < 7 anos ao Posto de Saúde e de participar das palestras de saúde no Posto de Saúde, residentes na Ceilândia/DF-2006/2007.

Respostas para <u>antes</u> e <u>depois</u> do PBF.	Vacinar as crianças < 5 anos?	Levar as crianças < de 7 anos para consultar no Posto de Saúde?	Participar das palestras sobre saúde no Posto de Saúde?
Resposta em % para <u>antes</u> de ser beneficiária do PBF.	Sim = 98,5	Sim = 96,7	Sim = 45,3
	Não = 1,5	Não = 3,3	Não = 57,4
Total	100	100	100
Resposta em % para <u>depois</u> de ser beneficiária do PBF.	Sim = 100	Sim = 95,6	Sim = 28,7
	Não = 0	Não = 4,4	Não = 71,3
Total	100	100	100

Oitenta e sete por cento dos responsáveis legais relataram nunca terem sido convidados para participar de palestras sobre saúde no Posto de Saúde depois de entrar para o PBF.

A periodicidade que os responsáveis legais levam as crianças menores de 7 anos ao Posto de Saúde, demonstradas por faixas etárias das crianças, encontra-se descrita no Tabela 17. Observa-se que à medida que a idade das crianças aumenta, diminui a frequência que os responsáveis legais as levam ao posto ($r = 0,26$; $p < 0,01$). Destaca-se que 48% das crianças deste

estudo têm idade entre 5 e 6 anos, 11 meses e 29 dias. Do total (n = 486) apenas 6,8% nunca leva as crianças menores de 6 anos, 11 meses e 29 dias ao Posto de Saúde.

Tabela 17 Periodicidade de freqüência dos < 7 anos ao Posto de Saúde, segundo faixa etária – , Ceilândia/DF - 2006/2007.

Periodicidade que os responsáveis legais levam as crianças < que 7 anos ao Posto de Saúde em dias, meses e anos	Idade em anos				Total
	0 ___ 1	1 — 2	2— 5	5— 7	
Nunca leva	1	2	12	18	33
Até 15 em 15 dias	0	1	5	2	8
1 em 1 mês	14	10	16	4	44
2 em 2 meses	3	7	20	18	48
3 em 3 meses	2	4	29	20	55
4 em 4 meses	2	3	17	19	41
5 em 5 meses	0	0	0	5	5
6 em 6 meses	-	6	53	73	132
1 vez por ano	-	2	41	72	115
2 em 2 anos	-	0	1	4	5
Total	22	35	194	235	486
<i>Missing</i>	-	3	8	4	15

Nota: Sinal —| significa que exclui o número à esquerda e inclui o número à direita.

A variável analisada sobre o comportamento de acompanhar a saúde das crianças menores de 7 anos após entrarem para o PBF revela que 64% dos responsáveis legais responderam que não mudaram seu comportamento, 34% que acompanham melhor e apenas 2% referem-se a ter piorado.

4. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi dividida em cinco blocos: o primeiro trata dos dados gerais dos indivíduos da amostra, o segundo descreve a focalização adequada do perfil da renda das famílias, o terceiro versa sobre o aumento real da renda das famílias com a transferência do PBF, o quarto trata da valoração das condicionalidades da saúde e as possibilidades de cumprimento pelas famílias e, por último, o quinto bloco traz as condicionalidades da saúde e seu “efeito placebo”, conforme demonstrado a seguir:

- Dados gerais dos indivíduos da amostra

A análise das características dos responsáveis legais das famílias beneficiadas pelo PBF demonstra elevada proporção feminina, o que talvez justifique a maior presença das mulheres em nossa amostra. Este resultado é compatível com o esperado, pois as normas jurídicas do Programa (artigo 23º do Decreto nº 5.209 de 11.04.2004) estabelecem que a preferência seja dada às mulheres para ocupar a função de titular do cartão de recebimento, e, por consequência serem as responsáveis legais. Resultados semelhantes foram demonstrados pela pesquisa “Percepção dos Beneficiários do PBF sobre Condições de Segurança Alimentar e Nutricional” com 93,9% de mulheres na condição de responsáveis legais. (BRASIL, MDS, 2007, p. 24).

A idade dos responsáveis legais é, em média, 34 anos. Se for considerado que 92,3% deste grupo é constituído por mulheres, então a faixa etária encontrada é compatível com a idade fértil que varia entre o mínimo de 10 e o máximo de 49 anos. Este dado é apresentado porque, em geral, essas mulheres que ocupam a função de responsáveis legais são as mães das crianças.

A média de aproximadamente 7 anos de estudo, encontrada entre os responsáveis legais, não demonstrou diferença quando comparada aos resultados da PNAD-2005 cujos dados nacionais revelaram valores de 6,5 anos e os dados do Centro-Oeste, 6,9 anos. Relevou-se o fato de encontrar-se neste grupo 19,5% que estudaram por 11 anos completos, o que corresponde ao ensino médio ou de segundo grau. Observou-se, ainda, que 3,3% declararam nunca ter estudado. Os dados para o DF, apresentados pela PDAD-2004, demonstram que 2,6% são analfabetos e 22,6% completaram o 2º grau. Os resultados de escolaridade dos responsáveis legais em nossa pesquisa são discrepantes dos resultados do Estudo de Percepção dos Beneficiários do PBF sobre condições de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, MDS, 2007, p. 24), em que 70% da amostra dos responsáveis legais têm no máximo até o curso primário completo (4 anos de estudo). Nesta pesquisa, 70% estudou até os 8 anos, ou seja, o dobro da escolaridade.

Os dados da escolaridade dos responsáveis legais não revelaram nenhuma correlação com o acompanhamento da saúde das crianças menores de 7 anos, nem com o conhecimento das condicionalidades da saúde. Estes resultados contrariaram as hipóteses deste estudo de que quanto

maior fosse a escolaridade deste grupo mais chances teriam de conhecer as condicionalidades da saúde.

O resultado do tamanho médio das famílias encontrado nesta análise é de 4,93 pessoas/domicílio. Este é maior do que o número médio de 3,7 pessoas/domicílios da Ceilândia encontrados na PDAD-2004, bem como supera os dados do Brasil e do Centro-Oeste da PNAD-2005, com resultados iguais de 3,5 pessoas/domicílio. Não foi encontrada nenhuma justificativa para este resultado, porém supõe-se que esta seja uma das características das famílias pobres com perfil do PBF.

Para fins de análise, arbitrou-se a classificação das todas as ocupações das pessoas que declararam trabalhar em 6 categorias, portanto não foram obedecidos os critérios padronizados, por exemplo, na Classificação Nacional de Atividades Econômicas/IBGE. Este fato impõe limites aos resultados encontrados das ocupações no tocante à comparabilidade destes com outras pesquisas.

Destaca-se que quase a metade dos responsáveis legais trabalha. Entre estes, praticamente 50% declarou trabalhar na atividade dos serviços domésticos. Oitenta e um por cento dos responsáveis legais trabalham sem carteira assinada. O DF apresenta uma taxa de 25,6% de empregados sem carteira assinada e a Ceilândia a taxa de 12,9%. (PDAD-2004). Em relação a estes dados, o grupo dos responsáveis legais encontra-se com resultados muito acima dos parâmetros da Ceilândia. Acredita-se que a explicação para esta elevada taxa de trabalho sem carteira assinada deve-se ao fato de que neste grupo concentram-se as pessoas que trabalham nos serviços domésticos exercendo, por exemplo, a função de diarista. Para os resultados de todos os que trabalham, incluindo os responsáveis legais, foi encontrada uma elevada proporção de indivíduos na categoria de atividades autônomas, ou seja, sem carteira assinada.

As descrições feitas pelos entrevistadores selecionados para este trabalho relataram que durante algumas entrevistas eles tiveram a impressão de que o responsável legal estava omitindo algum dado de renda ou de trabalho. A pesquisa de percepção dos beneficiários do PBF (BRASIL, MDS, 2007, p. 25) relata que a maioria dos entrevistados (76,9%) entende que o programa é uma ajuda do governo às pessoas que necessitam. Possivelmente este fator, apesar de não compor o escopo desta investigação, esteja presente no universo cognitivo dos entrevistados, possibilitando respostas por vezes não compatíveis com a realidade, uma vez que esta ajuda do governo é pautada fundamentalmente pelo perfil de renda das famílias. Esta avaliação subjetiva sugere a realização de novos estudos que possibilitem a elucidação desta questão.

– Focalização adequada do perfil da renda mensal domiciliar *per capita*

O perfil da renda mensal domiciliar *per capita* das famílias é um dos critérios estabelecidos no PBF como de maior importância para a definição do recebimento do benefício.

Este critério, renda, não é consenso, conforme se apresentou na Revisão Bibliográfica deste trabalho, em que, entre outros autores, Demo (2003) e Sen (2001), respectivamente, fazem críticas e reflexões sobre os “mínimos sociais” e a diversidade das características humanas que pautam seu estado de bem-estar. De fato, há que se considerar que neste perfil de renda como recorte de acesso, escalonado em duas faixas - a primeira de renda até R\$ 60,00 e a segunda de até R\$ 120,00 *per capita* - corre-se o risco de, em função de uma pequena diferença de poucos reais (R\$), serem incluídos ou excluídos muitos indivíduos no PBF. Este é um dos aspectos preponderantes que pautam uma série de divergências e críticas em relação ao programa.

No entanto, num país com forte desigualdade social e uma elevada concentração de renda com Coeficiente de Gini de 0,58 (Barros, 2005) estes fatores, *per si*, justificariam uma iniciativa governamental de transferência de renda para os mais pobres. Neste estudo ousa-se afirmar que, por eliminar a renda zero de 11,3% das famílias beneficiárias, este Programa transforma significativamente a vida destas pessoas. Segundo a metodologia de cálculo aplicada neste trabalho, 78,5% das famílias têm renda mensal domiciliar *per capita* de até R\$ 120,00. Este resultado significa adequada focalização aos critérios do perfil da renda estabelecidos pelo Programa. Os demais 21,5% apresentaram valores de renda que variam entre R\$ 121,00 e R\$ 450,00. Considera-se que, em função da elevada taxa de informalidade do trabalho no grupo estudado, estes resultados de faixas superiores não devem ser conclusivos para a não-adequação ao critério estabelecido. Isso pela suposição de haver oscilações nos valores de renda destas famílias ao longo dos meses.

- O aumento real da renda das famílias com o PBF

O Distrito Federal apresenta características peculiares em função de complementar, com recursos próprios, os valores das transferências do governo federal. Esses, somados podem atingir o patamar máximo de R\$ 180,00. Noventa e dois por cento das famílias, nesta amostra, recebem valores de até o teto máximo estabelecido de R\$ 180,00. Observa-se que a complementação, máxima de R\$ 85,00, realizada pelo GDF praticamente dobra o valor máximo transferido pelo governo federal de R\$ 95,00. Existem famílias (8%) que declararam receber valores entre R\$ 190,00 e R\$ 275,00, fato que sugere a necessidade de uma avaliação futura destas famílias por parte dos órgãos competentes. Ainda sim, existe a possibilidade de que este grupo represente as famílias que, na união de todos os programas, tenham percebido valores superiores ao teto, e, como previsto na legislação, não podem ser reduzidos.

Destaca-se o impacto positivo da inclusão da renda do PBF ao orçamento das famílias à medida que houve uma elevação dos valores da renda mensal domiciliar *per capita* de R\$ 85,17 para R\$ 110,56, fato estatisticamente confirmado por meio dos resultados dos testes de significância.

- Valoração das condicionalidades da saúde e as possibilidades de cumprimento pelas famílias

Para avaliar as condicionalidades da saúde é importante retomar os resultados do universo das 501 crianças menores de 7 anos, destacando que a maior concentração desta distribuição está localizada entre os 4 e 6 anos, 11 meses e 29 dias e que a idade média é de 4 anos.

A comparação para as notas atribuídas para as condicionalidades da saúde em função do seu conhecimento demonstra que os responsáveis legais atribuem valores altos para as condicionalidades, independente de as conhecerem como sendo obrigações do PBF. Os valores mais altos foram oferecidos para a vacinação das crianças e revelaram que quando os responsáveis legais conheciam esta condicionalidade do Programa, eles, de fato, atribuíram notas mais elevadas. A oferta de notas altas para todas as condicionalidades pode ser comparada aos resultados de Mello (1996) que, ao estudar as opiniões das mães de crianças menores de 5 anos em Ribeirão Preto/SP, revela que elas valoram todas as ações relacionadas ao cuidado de crianças.

Dados da Pesquisa Domiciliar com os Beneficiários do PBF também trazem resultados que corroboram com a concordância em relação às condicionalidades, tanto da saúde quanto da educação, por 86% dos entrevistados. Deve-se observar que concordar não significa cumprir, nem tampouco conhecer as condicionalidades. (BRASIL, MDS, 2007, p. 18).

O fato de solicitar primeiro que os responsáveis legais atribuíssem as notas de 0 a 10, conforme sua concordância em relação às condicionalidades da saúde, e depois perguntar sobre o conhecimento daquelas ações como obrigatórias do PBF pretendeu evitar tendenciosidade na resposta que alterasse o objetivo de revelar o grau de conhecimento ou desconhecimento acerca destas condicionalidades. Esta estratégia permitiu revelar que 62% dos entrevistados desconhecem as condicionalidades da saúde como ações obrigatórias para serem cumpridas pelas famílias. Em relação aos 38% que conhecem estas obrigações, as informações foram obtidas, na maioria dos casos, por meio das ações de governo. O fato de que a escola contribuiu de maneira muito discreta para a divulgação das condicionalidades da saúde sugere a implementação de ações interinstitucionais que visem a modificar este panorama, além de outras ações sistemáticas que melhorem a divulgação destas obrigações por meio de diversas estratégias.

Constata-se que a população estudada frequenta os Postos de Saúde localizados na própria cidade da Ceilândia, distantes em média de 18 minutos de suas residências e que vão andando até estes locais. Estes dados levam a crer que os 12 Postos de Saúde da Ceilândia encontram-se geograficamente bem distribuídos pela cidade, não sendo, portanto, um possível motivo de impedimento ao acesso dos serviços de saúde por parte dos beneficiários do PBF.

Não foi encontrada diferença na comparação entre as notas médias atribuídas, na escala entre 0 e 10, em relação ao atendimento nos Postos de Saúde antes e depois da família ser beneficiária do PBF. Os valores médios das respostas oscilaram em torno da nota 5. Quando estas distribuições são visualizadas por meio dos histogramas observa-se que houve polarização entre as notas 0, 5 e 10 e um desvio padrão em torno de 3. Este efeito, chamado de ancoragem, em que as pessoas fazem uso apenas das categorias extremas e da intermediária é freqüente na avaliação de atitudes como demonstram os estudos de psicologia social e psicometria descritos por Aronson; Wilson; e Akert (2003).

A classificação em categorias das respostas abertas em relação ao atendimento antes e depois do PBF objetivou produzir maior robustez nas análises e traduzir de maneira mais fidedigna a opinião e o julgamento dos responsáveis legais acerca do atendimento nos Postos de Saúde. Foi possível constatar que grande parte dos responsáveis legais avaliou não ter havido nenhuma mudança no atendimento nos Postos depois que as famílias entraram para o programa. Outro dado de destaque é que aproximadamente 35% dos responsáveis legais avaliam mal o atendimento nos postos de saúde para o período posterior à entrada no Programa.

A avaliação negativa para o atendimento nos Postos pode ser prejudicial para este grupo uma vez que, segundo os autores KLOETZEL, K e Cols. (1998) no estudo sobre a nota do atendimento aos serviços prestados, existe uma correlação entre a satisfação e a adesão dos usuários aos serviços e tratamentos oferecidos pela rede primária de atenção à saúde. Portanto, é permitido supor neste estudo que esta avaliação negativa por parte dos beneficiários da rede de atenção básica na Ceilândia pode, de alguma maneira, comprometer o acompanhamento da saúde das crianças menores de 7 anos.

O resultado da nota média para a marcação de consulta apresentou valor inferior aos atribuídos para o atendimento nos Postos de Saúde e teve a significância estatística desta diferença confirmada pelos testes. As análises das classificações das respostas abertas confirmaram a hipótese de que marcar consulta na rede básica de saúde na Ceilândia é um procedimento difícil para a maioria dos responsáveis legais. Como a marcação das consultas é uma ação prévia do atendimento e está mal avaliada, supõe-se que este seja mais um possível fator interveniente que pode contribuir para dificultar o acompanhamento da saúde das crianças menores de 7 anos e, por conseguinte, o cumprimento das condicionalidades da saúde.

- Condicionalidades da saúde e seu “efeito placebo”

Os resultados deste trabalho levam a crer que não houve modificação, pelos responsáveis legais residentes na Ceilândia, em relação à atitude de levar as crianças menores de 5 anos para vacinar depois da entrada para o Programa, ou seja, independente de serem ou não beneficiários as crianças eram levadas para vacinar. Este fato era esperado pelos pesquisadores em função de que a atitude de levar as crianças para vacinar no Brasil é, reconhecidamente, cumprida e valorada pela maioria da população. Dados recentes divulgados por ANDRADE; SOUZA e CHEIN (2007, p. 5) evidenciam que o programa não altera a condição de vacinação das crianças ao revelarem que o grau de imunização ainda não é universal entre os mais pobres, o que sugere maior aprofundamento da questão por meio da realização de novos estudos.

As respostas para levar as crianças aos Postos de Saúde na Ceilândia também não ofereceram resultados estatisticamente significativos, sugerindo que não houve modificação da frequência deste comportamento por parte dos responsáveis legais, ou seja, os dados sugerem que aqueles que levavam, continuam levando suas crianças para consultar independentemente do PBF.

Os dados em relação à participação dos responsáveis legais nas palestras sobre saúde nos Postos da Ceilândia indicam que esta ação vem diminuindo ao longo do tempo. Isto é negativo, pois traduz uma ineficiência do setor saúde local em exercer sua função educacional precípua que objetiva a promoção da saúde e a prevenção de doenças por meio destas atividades.

A análise da periodicidade de levar as crianças menores de 7 anos ao Posto de Saúde demonstrou resultados compatíveis com o esperado pelos pesquisadores, ou seja, quanto maior for a idade das crianças menos elas freqüentam a rede básica de saúde. Destaca-se que entre todas as respostas oferecidas neste item apenas 6,6% responderam que nunca levam as crianças ao Posto. Destas, a maioria concentra-se na faixa entre os 5 e os 7 anos de idade. Fator relevante que estas informações trazem é o indicador de que 93,4% destas famílias relatam acompanhar a saúde das suas crianças por meio da periodicidade em levá-las ao Posto. Por conseguinte, analisa-se esta informação como sendo uma medida indireta de cumprimento das condicionalidades de saúde destas famílias da Ceilândia/DF.

Por fim, é relevante destacar que 64% dos responsáveis legais afirmaram que não mudaram sua maneira de acompanhar a saúde das crianças menores de 7 anos após a entrada no programa. Este resultado, somado aos demais apontam que existe um “efeito placebo” do PBF à medida que o beneficiário recebe a transferência de renda, mas não é estimulado a entrar em uma rede proteção social, sob o foco da saúde. As famílias estudadas cumprem com as condicionalidades da saúde não porque são beneficiárias do PBF, e sim porque este comportamento já estava instituído. É reconhecida a indiscutível importância do programa, no entanto este estudo propõe que sejam abertos debates com a sociedade em relação às condicionalidades da saúde. No Brasil, cabe lembrar, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado!

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal avaliar as condicionalidades da saúde do PBF na Ceilândia/DF. Era imprescindível desvendar quem são estas famílias sob os diversos aspectos socioeconômicos. Em função destes aspectos, pode-se afirmar que o Programa está adequado sob o critério de focalização no perfil da renda mensal domiciliar *per capita*, ou seja, é focado nos pobres e de fato encontram-se famílias em situação de pobreza. Fator relevante é o impacto positivo que as transferências de renda exercem no orçamento das famílias estudadas.

Constatou-se a forte presença feminina exercendo a função de responsável legal diante do PBF. Conclui-se que isto gera maior empoderamento destas mulheres diante de um cenário adverso que a pobreza em si carrega.

No coração deste estudo, as condicionalidades da saúde, os resultados não foram animadores. Encontrou-se um “órgão” que precisa ser mais bem tratado pelas ações governamentais. Entre outras patologias, localizaram-se “artérias e veias” obstruídas pela inadequação de medidas públicas necessárias à promoção e à prevenção da saúde. O “sangue” que deve ser bombeado com o objetivo de levar oxigênio às células do corpo, neste caso as famílias beneficiárias, não está conseguindo cumprir com esta finalidade. Isto porque a oxigenação dos tecidos e das células desta matriz social dar-se-á por mecanismos instituídos pelo próprio sistema circulatório do comportamento das famílias e não pelo incentivo governamental para tal. Destaca-se que a maioria das famílias entrevistadas desconhece as condicionalidades da saúde para as crianças menores de 7 anos, como ações obrigatórias a serem cumpridas para a permanência no Programa. Portanto, o PBF não incentiva a inserção destas famílias numa rede de proteção social sob a ótica das ações de saúde.

Como impor o cumprimento das condicionalidades da saúde se o aparato público não cumpre com sua função de informar sobre as exigências e de garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde? Como exposto ao final da discussão, estes são direitos universais garantidos constitucionalmente a toda a população brasileira. Não se faz objeção à existência das condicionalidades, no entanto, este estudo demonstra que o governo tem um longo caminho a ser percorrido.

Sugere-se que novos estudos sejam feitos para o aprofundamento do tema. Entre outras ações propõe-se debate com a sociedade civil, melhoria do acompanhamento e do monitoramento das famílias beneficiárias, implementação de ações interinstitucionais e intergovernamentais que visem, em última análise, à melhores condições de vida desta enorme parcela da população e, por fim, a conclusão se, de fato, estas condicionalidades são necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Mônica Viegas; SOUZA, Laeticia Rodrigues; CHEIN, Flávia. **Políticas de transferência de renda e impactos na imunização das crianças: O Programa Bolsa-Família**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. 25p (Texto para discussão; 313).

ARONSON, E.; WILSON, T.D.; AKERT, R.M.. **Psicologia Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

BARCENA, Alicia. Bolsa Familia en el Contexto de los Programas de Transferencias Condicionadas en América Latina y el Caribe. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “BOLSA FAMILIA: DOS AÑOS COMBATIENDO EL HAMBRE Y LA POBREZA EN BRASIL”. Brasília, Brasil, out. 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/ascom/hot_seminariobf/apresentacao.htm>. Acesso em: 1º junho2006.

BARROS, Ricardo Paes de; CARVALHO, Mirela de; FRANCO, MENDONÇA, Samuel. Coeficiente de Gini. 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/ascom/hot_seminariobf/apresentacao/ricardo_ANPOCS>. Acesso em: 5 jun. 2007.

_____. **Brasil está menos desigual**. 2006. Disponível em: <www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe> JC e-mail 2946. Acesso em: 5 jun. 2007.

BRASIL. Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001. Institui o cadastramento para os programas sociais do governo federal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001.

_____. 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 de Bolsa-Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

_____. Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006. Atualiza a caracterização das situações de pobreza e de extrema pobreza, no âmbito do Programa de Bolsa Família. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Administração Regional da Ceilândia. **Caracterização da População Urbana**. PDAD, Tabela II, 2004. Disponível em: <www.ceilandia.df.gov.br>. Acesso em: 29 de maio de 2007.

_____. **Dados do Sistema Público de Saúde da Ceilândia**. PDAD, Tabela II, 2004a. Disponível em: <www.ceilandia.df.gov.br>. Acesso em: 29 de maio de 2007.

_____. **População Urbana do Distrito Federal segundo as regiões administrativas**. PDAD, Tabela II, 2004b. Disponível em: <www.ceilandia.df.gov.br>. Acesso em: 29 de maio de 2007.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa de Bolsa-Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. 2007. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio_2.asp. e http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cobertura_1etapa_polio_municipios.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2007.

_____. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. **Normas e Manuais Técnicos**. 1. ed. Série A. 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição. **Sisvan** – Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família na Saúde. Período: 2ª Vigência de 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. n. 5. 132p. ISSN 1808-0758. Poder Executivo, Brasília, DF, 2007.

_____. **Dados dos Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome 2004**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2004. Disponível em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/o-que-sao-condicionalidades>. Acesso em: 6 jun. 2007.

_____. **Dados dos Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome 2005**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2005. Disponível em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/o-que-sao-condicionalidades> Acesso em: 6 jun. 2007.

_____. **O que são Condicionalidades?** Poder Executivo, Brasília, DF. 2007a. Disponível em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/o-que-sao-condicionalidades>. Acesso em: 17 mai. 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3.789, de 17 de novembro de 2004. Exige que as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos estejam matriculados na escola e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Refere-se às ações conjuntas para o acompanhamento das condicionalidades da saúde firmadas entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/MDS e o Ministério da Saúde . **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Portaria MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005. Trata da regulamentação da gestão das condicionalidades, especialmente no que concerne às sanções referentes ao descumprimento das condicionalidades por parte dos beneficiários do PBF. . **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Termo de Cooperação nº 10/2004. Implanta a ação conjunta de programas de transferência do Governo do Distrito Federal (Renda Solidarietà e Renda Minha) ao PBF. **Site MDS**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS – Acompanhamento e Análise. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Edição Especial n. 13. 2007. 377p. ISSN 1518-4285. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 20 mai. 2007.

CASTRO, Anna Maria (Organizadora). **Fome, um tema proibido: últimos escritos de Josué de Castro**. 2. ed. Vozes: Petrópolis, 1984.

COHN, Amélia. Programas de Transferência de Renda e a Questão Social no Brasil. Estudos e Pesquisas, n. 85. In: SEMINÁRIO ESPECIAL. MINI-FÓRUM EM HOMENAGEM AOS 40 ANOS DO IPEA. Rio de Janeiro - RJ, set. 2004. Disponível em: <<http://www.forumnacional.org.br/publi/ep/EP0085.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2007.

DEMO, Pedro. **Pobreza da Pobreza**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. ISBN 85.326.2887-7.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio**: O Dicionário da Língua Portuguesa. Século XXI, 1910-1989, 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. ISBN 85-209-1010-6.

GUTIÉRREZ, J. P.; BAUTISTA, S.; HERNÁNDEZ, M.; BERTOZZI, S. M.. Impacto de *Oportunidades* en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. En: HERNÁNDEZ B, HERNÁNDEZ-AVILA M, ed. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.

KLOETZEL, K e Cols. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 623-628, julho-setembro 1998.

LAVINAS, Lena e GARCIA, Eduardo Henrique. **Programas sociais de combate à fome**: o legado dos anos de estabilização econômica. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Ipea, 2004. 260p.

LAVINAS, Lena e NICOLL, Marcelo. Pobreza, transferências de renda e desigualdades de gênero: conexões diversas. **Parcerias Estratégicas**, Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos: Ministério da Ciência e Tecnologia. Edição Especial, n. 22, jun. 2006. p. 39-76. ISSN 1413-9375.

LEFEVRE, Pierre; KOLSTEREN, Patrick; DE WAEL, Marie-Paule; BYEKWASO, Francis; BEGHIN, Ivan. **Comprehensive Participatory Planning and Evaluation**. Institute of Tropical Medicine Belgian Survival Fund Joint, Programme, IFAD. Printed GMS Grafique Rome, Italy, March, 2001.

MELLO, D.F. Opiniões de mães sobre a saúde das crianças menores de 5 anos. **Revista Latino Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto**, v. 4, n. 2, p 87-100. julho, 1996.

NÉRI, Marcelo. **Mapa do Fim da Fome**. Fundação Getúlio Vargas, Instituto Brasileiro de Economia. Centro de Políticas Sociais, Julho de 2001. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/FVG_MFOME.htm>. Acesso em: 5 de junho de 2007.

ROCHA, Sônia. Alguns aspectos relativos à evolução 2003-2004 da pobreza e da indigência no Brasil. **Parcerias Estratégicas**, Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos: Ministério da Ciência e Tecnologia. Edição Especial, n. 22, jun. 2006. p. 11-38. ISSN 1413-9375.

RÓNAL, Paulo. **Dicionário Universal Nova Fronteira de Citações**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. **Fome de Cidadania: O Comunidade Solidária e a Participação em Programas de Nutrição em Municípios Baianos**. 2001. 335 f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia. Núcleo de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SEN, Amartya Kumar. **Desigualdade Reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SENNA, Mônica de Castro Maia; BURLANDY, Luciene; MONNERAT, G. L.; SCHOTTZ, Vanessa; MAGALHÃES, Rosana. Programa Bolsa-Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?. **Revista katálysis**., Florianópolis, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun 2007.

TABACHNIK, B. G.; FIDEL, L. S. **Using multivariate statistics**. New York: Allyn e Bacon, 2000.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, p. 439-457, jul./ago. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

DIÁRIO DE CAMPO TESTE-PILOTO

DIÁRIO DE CAMPO – Primeiro dia do TESTE DE INSTRUMENTO BENEFICIÁRIO em 09.09.06

Marquei com os agentes comunitários de saúde de Sobradinho II e nos encontramos às 8h15 no Centro de Saúde nº III. Fui recebida pelos 3 Agentes Comunitários de Saúde - ACSs¹ que atuam na área adstrita.

Os agentes foram admitidos há 6 meses e antes da construção do novo centro de saúde eles ficavam na Administração Regional de Sobradinho II. Um deles me relatou que tem vontade de fazer mais pela população que, às vezes, não consegue, quando precisa, fazer a marcação de consulta no próprio centro III. Ele espera que agora esta realidade melhore, em virtude de estarem com sala dentro do centro. Falou, também, que é difícil “entrar” na comunidade, em especial nas áreas tidas como “nobres” naquela satélite, pois a população diz que não precisa daquele atendimento.

Durante a aplicação do questionário, o próprio ACS disse que não conhecia estas obrigações de cumprimento da agenda de saúde pelos beneficiários do BF, nem tão pouco das ações que a área da Saúde deveria promover para os beneficiários.

Minha impressão referente ao banco de dados foi: em Brasília, como o chamamento em 2001 tinha o foco para beneficiários do Bolsa-Escola - BE, o cadastro daqui do DF tem basicamente beneficiários do programa egressos do BE, portanto não tem o perfil da saúde. Descrição do método de escolha das residências a serem visitadas:

Por que Sobradinho? Porque trabalhei dois anos naquela satélite e ainda tenho contatos com a equipe da nutrição do Hospital Regional de Sobradinho - HRS. Por que testar em Sobradinho II? Busquei na lista de endereços de Sobradinho aqueles que se localizavam em Sobradinho II em virtude de ter contato com a Gescom/SES/DF, localizada no HRS e desta técnica ser responsável pela cidade satélite, que me disponibilizou a equipe dos ACSs para me acompanhar nas visitas domiciliares.

¹ Cada agente atende 250 famílias chegando até 1.000 pessoas. Em Sobradinho II só tem 3 agentes e, portanto, existem áreas naquela cidade que não são cobertas pelo Programa de Saúde em Casa (PSF).

Número de domicílios a serem testados: selecionei 27 endereços que estivessem completos na lista dos beneficiários do BF, folha de pagamento dezembro de 2006 e o número mágico do teste foi estabelecido em 27 aplicações do instrumento. Número de visitas esperadas para a data = 4, realizadas = 1:

- 1º domicílio - família 13484313 – negou-se a participar. Obs.: a minha abordagem não foi boa pois falei direto que era da Unb e que a família dela havia sido sorteada para participar de uma pesquisa e nem falei de qual assunto. Então, disse que ela poderia se recusar e foi o que ela fez. O ACS sugeriu que eu falasse direto que era uma pesquisa sobre o Bolsa-Família que ele supunha que a aceitação seria melhor.

- 2º domicílio – família 12829327 – aplicado questionário. Descrição abaixo pormenorizada.

- 3º domicílio – família 12829236. A família se mudou há mais de dois anos.

- 4º domicílio – família 13484852. Mãe responsável estava no trabalho, mas foi identificado que as filhas tinham mais de 7 anos, portanto fora do perfil desejado.(constava na lista dos beneficiários a serem visitados). Família 12829327 – aplicado questionário.

- TCLE – Início 9h13 – término 9h22 = 9 minutos. Impressão: ficou longo demais e tem uma parte que tem a idéia repetida. Ficou clara a necessidade de que rever e diminuir.

DIÁRIO DE CAMPO - Segundo dia do TESTE-PILOTO DO QUESTIONÁRIO DO BENEFICIÁRIO

1. Participantes: Valéria Paiva, Denise Oliveira e Silva, Mariana Cortes, Érika (ACS/Sobradinho II) e Salvador (ACS/Sobradinho II).

2. Duração: Chegada a Sobradinho II – 8h45 e partida 12h40.

3. Metodologia: Pedi à estatística que selecionasse para este teste todas as famílias de Sobradinho II que estivessem na folha de pagamento de junho ou julho de 2006 por causa da qualidade do cadastro. Depois, eu selecionei 12 endereços completos em Sobradinho II e passei para os ACS. Solicitei que eles fizessem a visita para: verificar se os endereços estavam corretos e para que agendassem a entrevista para o sábado, pois este dia já havia sido identificado como o melhor dia. Os agentes conseguiram agendar com 9 dos 12 endereços selecionados.

Descrição das visitas.

Selecionei os endereços das ARs 5,7,8,10 e 11 e todos os da 9 ficaram com a Denise e Érika. Marina e Salvador ficaram comigo.

- AR 10/7/6, MCL, que consta no cadastro, recebeu-nos e logo no início da conversa disse que não é beneficiária do Programa, que em fevereiro fez a inscrição, que ficaram de voltar

para fazer a entrevista, mas que isto nunca foi feito. Avisei-a de que seu nome constava no cadastro, então, que ela buscasse verificar o que havia acontecido e que provavelmente o benefício estava no banco.

Inferência: com a questão de ano eleitoral e com a pressa de chegar aos 11,1 milhões/famílias beneficiárias no país, o Governo deve ter autorizado sem critério uma série de famílias para completar o número.

- AR 8/4/11 - MB. O endereço informado no cadastro é da mãe da beneficiária que mora em outro endereço. A mãe não queria informar, mas a irmã, depois de ouvir a explicação da pesquisa, levou-nos até a residência dela. Havia a nítida preocupação de dizer que ela não tinha celular (apesar de estar clara a mentira), que o local onde ela morava (Setor de Chácaras) era simples e pobre e que estavam fazendo obra na casa com dificuldade. Eu tive a impressão que a mãe dela enquanto fomos ao local avisou-a e a beneficiária saiu de casa...

- AR 7/6/5 - CSF. Na primeira ida à sua residência, ela não estava, mas a filha mais velha se dispôs a dar o celular dela. Fizemos contato marcando a visita para mais tarde. De fato ela estava em casa e nos recebeu por volta das 12h. A família mora em um lote dividido em 3 casas. O lote era da sogra que faleceu e depois todos ficaram morando ali, em casas separadas, mas todos com relação de parentesco. O casal cuida de túmulos no cemitério e recebe mensalmente em torno de R\$ 250,00. Tem uma ajuda eventual das famílias que eles cuidam dos túmulos como roupa. Ela citou que naquela manhã uma das filhas menores não tinha ido à escola, porque não tinha sandália e que então foi sacar o benefício para comprar. Que a prioridade do gasto do benefício é com a comida da família...

- AR 11/4/38 – MAPB. Chegamos neste endereço e nos informaram que ela tinha se mudado há uma semana que eles sabiam chegar lá, mas não o endereço correto. Casa alugada.

- AR 9/4/40 – MIS – visita realizada.

- AR 9/7/34 – LR – Denise entrevistou.

- AR 9/7/39 – MMM - Denise entrevistou.

- Entrevista realizada ao acaso por pessoa que estava passando na rua na quadra AR 9 feita pela Denise.

Impressões: As pessoas entrevistadas normalmente têm celular. Então, teremos de ter em campo aparelho com a Mariana e/ou comigo para que possamos fazer ligações celulares e marcar de voltar mais tarde.

Uma parte destas pessoas está fazendo reforma em suas casas, mudando de madeirite para alvenaria, por exemplo.

A mobilidade desta população é grande mesmo, daí a importância de sabermos se tivermos como chegar ao beneficiário, mesmo em outro endereço se podemos fazer isto, por exemplo: os atuais moradores sabem para onde a família se mudou, vamos até eles?

Notas:

- Todas do grupo concordamos que o TCLE está extenso e com palavras difíceis de compreensão. Denise sugeriu que fizéssemos no formato de *folder* e que apenas explicássemos o conteúdo para que as pessoas lessem depois, deixando com eles uma cópia.

- Também chegamos à conclusão que o questionário ainda precisa ser melhorado para ser testado novamente.

Eu vou fazer as alterações esta semana e no dia 23.09 iremos novamente a Sobradinho fazer o último teste para aplicação futura na pesquisa.

Ficou clara a importância de termos pessoas que saibam andar na área para facilitar o processo.

- A estratégia de agendamento não funcionou 100%. O aproveitamento foi de 44,4%, com mais uma entrevista realizada ao acaso.

Supus também que o fato de ter agendando a entrevista pode ter gerado alguma reação em parte dessas pessoas como medo de ter melhorado de vida e agora não precisar mais do benefício.

Obs.: em 18.09, uma das pessoas que eu havia passado e deixado meu celular me ligou e marcamos para o sábado seguinte. Então, concluímos que esta estratégia de deixar um telefone de contato pode ser utilizada durante o teste.

Hoje, 18.09.06, na aula de estatística durante uma apresentação de trabalho deduzimos que existem duas estratégias que podem ser utilizadas por nós:

a) Mandar correspondência avisando da pesquisa e explicando que a família será visitada. Isso pode ser bom até para a questão das mudanças de endereços das cartas devolvidas pelo correio;

b) Ela fez uma capa em cada envelope que continha os questionários com dados pertinentes ex.: o beneficiário mudou, visita de nº Y etc. Depois pegarei o modelo dela para adaptarmos.

Descrição dos tempos de aplicação dos TCLE e questionários: TCLE: 3 min.
Questionários: - 38 min

Local: Sobradinho II. Presentes: Valéria, Júnia e Salvador.

Início – 8h40 -Término – 12h15.

DIÁRIO DE CAMPO - quarto dia do TESTE-PILOTO

Relatos importantes durante a entrevista:

- foi constrangedor e humilhante na ocasião da visita na casa da beneficiária para confirmar se eram pobres mesmo... As pessoas não poderiam ter uma TV ou um DVD que deixavam de ser classificadas como pobres aos olhos do Programa.

- quando houve a junção dos Programas, a família ficou com medo de perder o benefício porque a casa deles que era de madeirite estava em reforma, colocando alvenaria. A beneficiária teria dito ao marido que talvez não fosse bom reformar a casa por causa do Programa com o risco de perda do benefício. O marido disse que fariam de qualquer jeito!

Outro fato é que ter os dois cartões, o velho e o novo, confunde, pois, em tese, ela deveria ter jogado fora o velho e só receber com o novo.

ANEXO 2

DIÁRIO DE CAMPO INSTITUCIONAL

Diário de Campo – Entrevista na Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde em 04.03.06.

Pensei que a GCPAN tinha todo o banco de dados dos beneficiários com perfil saúde do DF, o que não é verdade. Em conversa com o Célio e o Hélio nesta semana que passou descobri que a CGPAN só tem parte deste banco, ou seja, aqueles informados pela CEF.

Aqui em Brasília, o BRB paga uma série de beneficiários, acho que em torno de 15.000, e este cadastro não é informado ao MS. O DF tem + ou – 54.000 beneficiários e na lista que a GCPAN me passou da folha de pagamento de dezembro só tem 38.249. Esta amostra, então, não é o total de famílias do DF.

Estou fazendo vários contatos com o GDF e MDS para descobrir este “buraco negro”, pois suponho que a validade estatística da minha pesquisa tem de contemplar primeiro todo o universo de beneficiários, depois fazer uma separação daqueles com perfil da saúde, especificamente, crianças até 5 anos (recorte proposto pela Denise) para daí poder ser feito o cálculo da amostra.

No dia 8/3, quarta-feira, às 17h, marquei uma reunião com a coordenadora substituta do cadastro único do MDS. Estou nesta exposição de motivos para que possamos todos pensar em soluções deste problema, que para mim é grave.

Diário de Campo da visita à Gerência de Nutrição da SES/DF em 06.02.2006.

O objetivo da visita era de uma primeira aproximação com a SES/DF para entender a operacionalidade do Programa executado por esta Secretaria.

A duração foi de 1 hora e teve caráter informal, uma vez que tivemos que oficializar a pesquisa no órgão. Nutricionistas responsáveis pela atenção básica: Lígia Azevedo e Sônia. Elas agora estão participando, representando a Gerência de Nutrição da SES/DF no Grupo Gestor do Programa Bolsa-Família composto por: SES, Secretaria de Fazenda, Agência de Desenvolvimento Social/ADS (órgão da vice-governadoria), Programa Renda-Minha, Secretaria de Educação e Codeplan. Pedi que relatassem como fazem o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades: Imprimem os mapas da lista do Ministério da Saúde com os nomes dos beneficiários com perfil saúde. De tempos em tempos, há uma reunião com a Gerência de Saúde das

Comunidades, onde elas distribuem esta listagem para tal gerente. De posse das listas, esta gerência separa pelas regionais que distribui para os centros de saúde que são orientados a localizar os mesmos de duas formas: Verificar, por meio do prontuário, se o mesmo está realizando as consultas de rotina; localizar pelo endereço e ir até a casa do beneficiário. Obs.: È do nosso conhecimento que há uma enorme dificuldade quando a busca é feita pelo cadastro de endereço, pois estão muito incompletos. As regionais então preenchem o mapa, uma única vez, caso tenham encontrado ou não os beneficiários, e o acompanhamento (monitoramento) é transversal. Eles preenchem este mapa ao longo de aproximadamente 4 meses, devolvem para a GN que preenche, no computador, e envia estes dados para o sistema do Programa.

A SES/DF não tem Sisvan implantado até hoje. Eles tentaram fazer um projeto-piloto em São Sebastião, mas não tiveram êxito. A equipe é muito reduzida, duas nutricionistas, sem gente de apoio, enfim sem o devido acompanhamento nutricional da população.

Citação importante é que não há no sistema, quando se está fazendo o lançamento dos dados, uma forma de se alterar o cadastro do endereço para o completo e/ou o correto. Muitos são localizados no Centro de Saúde, onde eles pegam o endereço correto. No segundo semestre de 2005, foram, em torno, 1.700 famílias com perfil saúde e “acompanharam 1.379”, entre aspas porque os que efetivamente cumpriram as condicionalidades foram aproximadamente 430 famílias (dados ainda a serem extraídos da CGPAN).

Segundo as nutricionistas, os beneficiários que moram no entorno não recebem a Bolsa-Família.

Fiz um contato com a Margareth (nutricionista que trabalha na gerência do PSF) que poderá ajudar em alguma fase deste processo. Contato – 8153.8380 ou 34032392.

Relatório da visita à UFBA – Professora Doutora Ana Marlúcia, Salvador/BA em 10.10.05

Ela se referiu a uma dissertação de mestrado da USP que aborda os programas de transferência de renda, especificamente, Bolsa Família. Das observações gerais do campo, ela realmente constatou que as mães adquirem com o recurso do Programa Bolsa-Família alimentos, calçados e remédios. Mesmo não recebendo orientações quanto à alimentação saudável as escolhas dos alimentos eram de alimentos “saudáveis”. Encontrou beneficiários que não tinham perfil econômico para estarem inseridos no BF. Sugeri a aplicação do primeiro questionário por ser mais completo e abordar as questões do empoderamento feminino e da insegurança alimentar. (ver com Denise, pois talvez no nosso caso não faça sentido).

Referente aos itens do questionário:

- Módulo V: quando é feita a pergunta de quanto foi comprado de alimentos e quanto custou, muitas vezes as beneficiárias não lembram do gasto/item e sim do total daquela compra. Então, teremos de voltar no lugar onde foi feita a aquisição e ver os preços dos alimentos. Pode acontecer que elas omitam os gastos com outros produtos que não sejam alimentos por intuitivamente “saberem” que o objetivo são os gastos com alimentos.

- Módulo VI – das despesas: temos de estar atentos à questão dos alimentos que vieram das roças, verificar se tem esta questão no questionário senão incluir, pois ela alteraria o cálculo dos alimentos adquiridos com os recursos do BF, e é necessário fazer este cálculo com os valores de mercado.

- Módulo VIII, na pergunta 3, que fala dos 6 meses anteriores de recebimento de benefícios, ela sugeriu que fosse feita uma nova pergunta com 12 meses (ver com a Denise), pois, às vezes, perdem-se pessoas que receberam até 8 meses por exemplo e depois deixaram de receber. Sempre pedir para ver os tíquetes da CEF, pois assim podemos confirmar o valor do benefício recebido e a periodicidade do recebimento. Ela sugeriu fazer, também, Grupo Focal para aprofundar alguns aspectos. Ver com a Denise se no caso de ter mais de uma criança no domicílio e que não for beneficiária se será feita alguma abordagem em relação a ela. Ela falou que as crianças que são acompanhadas daquele mapa da CGPAN são as menores de 2 anos.

ANEXO 3
DIÁRIO DE CAMPO DAS OFICINAS

**DESCRIÇÃO DAS OFICINAS DO MODELO DINÂMICO E O PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.**

1 . ATA DA OFICINA DE READEQUAÇÃO DO MODELO CAUSAL DA PESQUISA:
APOIO A GESTÃO LOCAL DAS AÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE UM PROGRAMA DE
TRANSFERÊNCIA DE RENDA: PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL.

LOCAL: Direb/Fiocruz/MS – BRASÍLIA, 17 de agosto de 2006.

DURAÇÃO: 9 ÀS 12H.

PAUTA:- APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES; - APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS: GERAL E
ESPECÍFICOS DA PESQUISA; - APRESENTAÇÃO DO MÉTODO : “ COMPREHENSIVE AND PARTICIPATORY
PLANNING”. - APRESENTAÇÃO, REVISÃO E READEQUAÇÃO DA 1ª VERSÃO DO MODELO CAUSAL DA
PESQUISA.

Presentes:

1. Denise Oliveira e Silva
2. Valéria Fonseca de Paiva
3. Maria Queiroz Maia – Representante do MDS – Condicionalidades da Saúde
4. Ronaldo Dias - Representante do MS/SAS/CGPAN – sociólogo
5. Eliana Maria L. de Araújo (enfermeira) - Representante da SES/DF – Gescom/HRS
6. Francisca Chagas da Cruz (enfermeira) SES/DF PACS 03 – Sobradinho
7. Izabel Bomfim (enfermeira) - SES/DF PACS 01 – Sobradinho
8. Maricélia da Silva Barros de Queiroz (enfermeira)-SES/DF PACS 02 – Sobradinho

Descrição da oficina:

- Método de apresentação em quadro preto preparado para receber as cartelas.
- Foi feita a apresentação da cópia reprográfica da 1ª versão do modelo da pesquisa e foi aberto o debate sobre a pertinência ou não daquela versão. O grupo apresentou, inicialmente, diversas falas que continham suas expectativas em relação ao Programa Bolsa-Família, as dificuldades nas diversas inserções: fase de cadastramento dos beneficiários (GDF/Codeplan e nas unidades básicas de saúde). Foi esclarecido, por exemplo, porque o GDF, na época do cadastramento, privilegiou apenas aqueles com perfil do Programa Bolsa-Escola que data da época

do governo Cristóvão e que posteriormente, por conta dos programas do Roriz de atendimento às crianças (Renda-Minha), manteve-se o mesmo cadastro destes beneficiários.

Em Sobradinho, ao se fazer o “recrutamento”, o GDF utilizou-se das unidades básicas de saúde que chamaram a população para o preenchimento de fichas. Isto para que futuramente estes domicílios fossem visitados para aplicação dos questionários que verificavam a questão da renda (se estava no perfil de ser beneficiário ou não). Foi citado que não se entende porque o cadastro, qualidade dos endereços a serem acompanhados tinha ficado tão ruim, uma vez que quando os servidores da SES/DF os preencheram colocaram os endereços corretamente. Foi esclarecido que na época a Codeplan contratou uma empresa que recebia por lançamento de beneficiário num banco de dados e, portanto, eles, não tiveram esta preocupação com a qualidade do lançamento dos dados de forma fidedigna.

Existe a questão da preocupação dos profissionais de saúde em gerar relatórios que justificam a não-localização do beneficiário, por causa do medo que eles têm que em função de não informar o acompanhamento os beneficiários podem perder o benefício pelo não-cumprimento das condicionalidades. Aliás, esta palavra: medo, ao final da oficina, foi o grande termo de impacto.

Há muita dificuldade das unidades de saúde de Sobradinho em localizar estes beneficiários, pois estas unidades recebem aqueles que também estão fora do perfil da saúde. Apesar da péssima qualidade de endereços, eles tentam fazer a localização em conjunto com os agentes de saúde e também olhando nos prontuários médicos nas unidades para ver se conseguem estes endereços de forma correta.

2. Descrição da Construção dos Instrumentos: questionário das famílias

O instrumento utilizado na pesquisa é um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas (Anexo 5). Tem caráter inédito, no entanto, contém algumas questões que tiveram por base o instrumento da pesquisa de Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação (BRASIL, MDS, 2004), 1ª e 2ª fases, do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Foi construído a partir de diversas estratégias, sendo seu início no mês de fevereiro de 2006 e, depois de diversos ajustes, concluído em novembro do mesmo ano.

O instrumento foi dividido em quatro blocos temáticos. Entre outras estratégias, foi construído a partir de duas oficinas de 4h cada, tendo por base conceitual o Modelo Dinâmico Causal. (LEFEVRE; KOLSTEREN; DE WAEL; BYEKWASO; BEGHIN, 2001).

A primeira oficina foi realizada entre a pesquisadora e sua orientadora. A segunda foi ampliada e contou com a participação de uma equipe de profissionais que atuava nas três esferas do PBF, conforme a ata da oficina transcrita a seguir.

Descrição da composição do instrumento: - O primeiro bloco se destina à descrição do cadastramento do beneficiário no Programa. Nesse espaço, estão incluídos os itens: 1.1 a forma como o beneficiário se inscreveu no Programa; 1.2 o fato de haver mudado ou não de endereço desde o início da adesão ao Programa, se isso foi comunicado à gestão do Programa Bolsa-Família e sobre o conhecimento da necessidade de informar esta mudança. - O segundo bloco está destinado à caracterização das ações básicas de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF voltadas para os beneficiários do Programa Bolsa-Família, como: 2.1 houve ou não alguma visita de agentes comunitários de saúde ou outros profissionais de saúde na casa do beneficiário; 2.1.1 aconteciam antes e/ou depois de ter entrado para o Programa Bolsa-Família, 2.1.2 ocorrência das visitas nos últimos 2 meses; 2.1.2.1 número das visitas nestes últimos dois meses; 2.1.2.2 motivo das visitas seria pela família ser do Programa Bolsa-Família, ou por fazer parte da rotina profissional, ou por outros motivos; 2.2 se o beneficiário foi convidado a participar de alguma palestra ou aula sobre saúde no seu Posto de Saúde para ele e/ou sua família depois de ter entrado para o Programa Bolsa-Família e, no caso afirmativo, quais foram os assuntos abordados; 2.3 foi perguntado que nota, numa escala de 0 a 10, que o beneficiário daria, hoje, para o atendimento dos seus filhos menores de 7 anos no Posto de Saúde que ele frequenta; 2.4 foi perguntado que nota, numa escala de 0 a 10, que o beneficiário daria para o atendimento no Posto de Saúde que ele frequenta, antes, dele ser do Programa Bolsa-Família; a mesma relação temporal foi feita para as duas outras questões 2.3.1 e 2.3.2 relativas à marcação de consultas no posto que frequenta. Nas questões seguintes, 2.4, 2.4.1, 2.5 e 2.6, perguntamos sobre o local onde fica o Posto de Saúde que a família frequenta, se na Ceilândia ou não, qual o meio de transporte que utiliza e quanto tempo leva para ir até o posto. - O terceiro bloco é o de identificação da família beneficiária, incluindo itens como: 3.1- composição familiar (entendo como família todos os moradores do domicílio, com vínculo de parentesco ou não) perguntando o primeiro nome, idade e sexo, sendo que dos menores de 7 anos pedimos também a data de nascimento; 3.2 e 3.2.1 a descrição de quantos e quais cartões de programas de governo que a família tem e se poderia nos mostrar; 3.3 quanto recebe por mês de cada Programa; 3.4, 3.4.1, 3.4.2 em que ano começou a receber dinheiro do(s) Programa(s), qual foi o primeiro que recebeu, se depois deste primeiro recebeu dinheiro de mais algum outro e qual foi este; 3.5 sobre quantas pessoas trabalham (com carteira assinada ou não) na família, o que fazem e quanto ganham, se o(a) responsável trabalha. Se a resposta for afirmativa, surgem novas perguntas:

em que trabalha, se tem carteira assinada ou não, e quanto ganha; se trabalhava antes de entrar para o Programa e o que fazia; 3.5.3 se alguém da família recebe pensão alimentícia, aposentadoria, auxílio-doença ou auxílio-desemprego e quanto recebe; 3.6 escolaridade do(a) responsável em anos completos de estudo. - O quarto e último bloco investiga o cumprimento das condicionalidades de saúde por parte dos beneficiários. Essa etapa contempla questões a respeito: 4.1 e 4.2 se leva os filhos menores de 7 anos para vacinar, sim ou não e se levava antes de ser do PBF; se leva seus filhos menores de 7 anos para consultar no Posto de Saúde e se levava antes de ser do PBF; se frequenta as aulas ou palestras sobre saúde no seu Posto de Saúde e se fazia antes de ser do Programa Bolsa-Família; Em todas estas se a resposta é “não”, vem a pergunta, “por quê?”; 4.3 aborda o grau de concordância das condicionalidades da saúde, uma escala de 0 a 10, sendo que as condicionalidades são lidas e o beneficiário dá a nota sendo zero igual a não concordo totalmente e 10 concorda totalmente tendo a possibilidade das notas intermediárias; 4.3 aborda o conhecimento ou não dos beneficiários sobre as condicionalidades de saúde e de onde teve esta informação, em caso de afirmativo; 4.4 e 4.5 refere-se ao Cartão de Saúde das crianças menores de 5 anos, se tem, se pode mostrar, se houve preenchimento do peso/idade e das vacinas e quantas foram nos últimos 12 meses; 4.7 trata da periodicidade de levar os filhos menores de 7 anos ao Posto de Saúde nos últimos 12 meses e as razões mais freqüentes que os levam; e, por fim, a questão 4.8 se o beneficiário depois de ter passado a receber o benefício do PBF acompanha a saúde de seus filhos menores de 7 anos: de igual, melhor ou pior forma.

Para embasamento do instrumento, foi utilizada a pesquisa realizada pela Coordenação-Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde (MS) a respeito da avaliação do Programa Bolsa-Alimentação, como citado anteriormente. Com base neste trabalho, foram incluídos itens em todos os quatro blocos na versão original do instrumento, como também outros foram criados e ajustados pela própria pesquisadora e a equipe que trabalhou na pesquisa. Os itens buscados na referência acima foram: a descrição do sexo e da idade dos moradores; o nível de escolaridade do beneficiário; o número de visitas de agentes comunitários de saúde ou outros profissionais, recebidas em casa; 4.4 (se o beneficiário possui o Cartão da Criança para os menores de cinco anos e os preenchimentos; o motivo que leva os filhos no Posto de Saúde no UBS ou domiciliar); 4.6 (há quanto tempo foi a última consulta com algum profissional de saúde); 4.12 (quanto tempo o beneficiário demora para chegar à UBS e qual o meio de locomoção utilizado).

Esse primeiro instrumento foi mantido com pequenos ajustes até o mês de agosto de 2006, quando foram iniciadas as atividades de teste-piloto, para adaptação do instrumento à população pesquisada. Durante este momento foram acrescentados campos específicos para controle do

tempo gasto com a aplicação do instrumento (início e término da entrevista); a descrição do sexo e da idade dos moradores da casa foi transformada em uma tabela simples, ordenada por idade decrescente de cada um; a alternativa “não entendi a pergunta” foi acrescentada em todos os itens, e a opção “se nega a responder” foi acrescida em todos os itens. Estes dois itens foram incluídos somente para a fase do teste do instrumento.

O termo “renda familiar *per capita*” foi substituído por “renda familiar por pessoa”; a descrição de renda também foi transformada em uma tabela simples. A caracterização do nível de escolaridade e das habilidades de leitura e escrita do beneficiário também foram simplificadas para uma linguagem mais coloquial sendo colocada a pergunta, qual foi o último ano que o(a) Sr. (a) completou na escola. As respostas do item 1.1 (a forma que o beneficiário foi cadastrado) foram modificadas para apenas serem opções escolhidas pelo próprio entrevistador ante a resposta do beneficiário. No bloco 2, o item 2.1.1 (se essas visitas existiam antes do Programa) teve seu enunciado simplificado, com a substituição do verbo “existir” por “acontecer”, sendo incluídos os itens de antes e depois da entrada no PBF. Também foi alterado o enunciado do item 2.2 (se o beneficiário já havia participado de qualquer tipo de atividade educativa na UBS, mesmo não específica), sendo perguntado “se o beneficiário já havia sido convidado a participar de alguma aula ou palestra sobre saúde no seu Posto de Saúde e qual (is) foram os assuntos. No último bloco, o item 4.3 estava escrito se o beneficiário concorda com as condicionalidades de saúde, a palavra “condicionalidades” foi substituída pelo termo “condições relacionadas à saúde” e se o beneficiário achava que era importante fazer o acompanhamento da saúde das crianças menores de sete anos teve a lógica da pergunta alterada para: apresentação das condicionalidades de saúde, traduzidas pelas palavras obrigações/exigências de saúde para serem cumpridas pelas famílias, com a apresentação de uma escala de 0 a 10 que traduz o grau de concordância das famílias em relação às mesmas. Ainda neste item, colocamos a questão sobre o conhecimento das condicionalidades de saúde do PBF e qual meio que obteve esta informação. A seguir, colocamos a questão de ter o cartão da criança (onde existe a marcação de peso/idade e das vacinas), itens 4.4 e 4.4.1, e se podia mostrá-lo para que o entrevistador possa fazer o preenchimento destas informações. Entre outras alterações, a antepenúltima versão ficou com uma questão a respeito do motivo da última consulta foi estar doente, e outra se o motivo da última consulta foi fazer algum controle ou receber vacina tendo seu formato final as questões 4.6 e 4.7 com a Tabela 6 onde se marca a periodicidade (dias, meses ou anos) com que leva seus filhos menores de 7 anos para o Posto de Saúde, bem como as

razões que os leva ao posto. Para o item 4.8 (se o beneficiário passou a cuidar melhor da saúde dos filhos menores de sete anos após o Programa) a expressão “acha que acompanha a saúde” dos seu filhos melhor, igual ou pior foi utilizada no lugar de “passou a cuidar melhor”. Assim, todas as demais alterações foram feitas em virtude da melhoria da compreensão do entrevistado e a melhoria do atingimento dos objetivos da pesquisa. Foi realizada uma reunião em setembro de 2006 com um especialista em psicometria que nos orientou quanto à melhoria da construção das frases de forma a transformá-las em frases mais coloquiais, por exemplo: 2.2 Por acaso desde que a Senhora entrou no Programa Bolsa-Família..., outra alteração foi a colocação das escalas de notas que o (a) entrevistado(a) passou a dar de zero a dez para algumas questões. Uma mudança que nos pareceu fundamental foi o reordenamento da apresentação dos blocos em função de só irmos para a identificação dos aspectos pessoais da família depois de termos construído um “laço” emocional com o entrevistado. III- identificação da família do beneficiário e, por fim, o IV sobre as condicionalidades.

ANEXO 4

CARTA DOS BENEFICIÁRIOS



Universidade de Brasília



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Brasília, janeiro de 2007.

Prezado(a) Senhor(a) _____,

Esta carta veio da Universidade de Brasília/UnB juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ e vem falar de uma pesquisa sobre o Programa Bolsa-Família de título: APOIO A GESTÃO LOCAL DAS AÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE UM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL que será realizada entre alguns moradores da Ceilândia que são beneficiários do Programa.

A sua família foi sorteada para fazer parte deste estudo. Esclarecemos que não é uma pesquisa política, que não está ligada a nenhum partido político e que o(a) Sr.(a) não corre nenhum risco de perder o seu benefício por participar da pesquisa. A decisão de realizar este estudo teve por base a importância do Programa Bolsa-Família para a melhoria das condições de vida da população. Por isso, a sua participação neste estudo é muito importante já que o(a) Sr.(a) poderá contribuir para melhorar o Programa Bolsa-Família no Distrito Federal e no país.

Gostaríamos de realizar uma visita com o(a) Sr.(a) durante os próximos finais de semana do mês de janeiro (dias 13 ou 14, 20 ou 21 e 27 ou 28 de janeiro). Essa visita será realizada por entrevistadores devidamente treinados ou pelos coordenadores da pesquisa que o(a) procurarão na sua residência e estarão identificados por crachás. Eles perguntarão ao(à) Sr.(a) questões que serão marcadas num questionário e o tempo da visita será, em média, de 35 a 45 minutos.

Caso o(a) Sr.(a) concorde em participar da pesquisa esclarecemos que: 1. o(a) Sr.(a) pode se recusar a responder a qualquer pergunta que julgar constrangedora; 2. sua participação é totalmente voluntária; 3. o(a) Sr.(a) poderá interromper sua participação em qualquer momento do estudo; 4. mais uma vez destacamos que a sua recusa em participar não envolverá punição ou perda

de seu benefício do Programa Bolsa-Família, ou seja o recebimento do seu benefício não será interrompido ou suspenso porque o(a) Sr.(a) se recusou a participar deste estudo; 5. depois de lidas todas as explicações o(a) Sr.(a) poderá fazer qualquer pergunta, a qualquer momento, que for necessária para o claro entendimento do estudo.

Também garantimos que nenhum dado pessoal do(a) Sr.(a) será divulgado, nem tampouco será solicitado ao(à) Sr.(a) cópias de documentos.

Por favor, caso tenha alguma pergunta ou não possa nos receber na sua casa durante os citados finais de semana, procure-nos pelos telefones da Coordenação da Pesquisa em Campo, Mariana Côrtes (61-84359662), ou após o dia 15 de janeiro com Valéria Paiva, tel.: 61-3448.8392.

No caso de dúvida em relação a esse documento, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo telefone 61-3325.4955.

Valéria Fonseca de Paiva
Pesquisadora

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA

Título do Estudo: APOIO A GESTÃO LOCAL DAS AÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE UM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL.

Pesquisadores Responsáveis:

- Principal: Dra. Denise Oliveira e Silva

- Associado: Valéria Fonseca de Paiva

Esta pesquisa é para a Universidade de Brasília e já foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do GDF/FEPECS.

A decisão de realizar este estudo foi baseada na importância do Programa Bolsa-Família para a melhoria das condições de saúde e nutrição dos seus beneficiários. Por isso, a sua participação neste estudo é muito importante já que o(a) Sr.(a), poderá contribuir para melhorar o Programa Bolsa-Família no Distrito Federal e no país.

A entrevista será feita por um estudante universitário ou pelos coordenadores da pesquisa, devidamente identificados, que perguntarão ao(a) Sr.(a) questões que serão assinaladas num formulário. A aplicação desta pesquisa leva, em média, de 35 a 45 minutos. Caso o(a) Sr.(a) concorde em participar da pesquisa, poderá se recusar a responder a qualquer pergunta que julgar constrangedora.

A família do Sr.(a) foi selecionado(a) para participar de uma pesquisa sobre o Programa Bolsa-Família. É importante que o Sr.(a) entenda que: (1) sua participação é totalmente voluntária; (2) o Sr.(a) poderá interromper sua participação em qualquer momento do estudo; (3) sua recusa em participar não envolverá punição ou perda de seu benefício do Programa Bolsa-Família, ou seja, o recebimento do seu benefício não será interrompido ou suspenso porque o Sr.(a) se recusou a participar deste estudo; (4) depois de lidas todas as explicações o Sr.(a) poderá fazer qualquer pergunta, a qualquer momento, que for necessária para o claro entendimento do estudo.

Não será solicitado do Sr.(a) nenhuma outra forma de contribuição além de responder sinceramente às perguntas e que nenhum dado pessoal do Sr.(a) (como nome, número de identificação social/NIS, carteira de identidade, CPF e título de eleitor) será divulgado. Também não será divulgado qualquer dado ou informação sobre seu endereço residencial, tampouco será solicitado ao Sr.(a) cópias de documentos (como comprovantes de contas de luz, telefone e IPTU).

O(a) Sr.(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo, mas não terá de arcar com nenhuma despesa deste estudo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que o(a) Sr.(a) assinará, caso concorde em participar da pesquisa, consta de duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Sr.(a) e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo telefone 61-33254955.

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis pelo estudo:

Denise Oliveira e Silva (61- 33400340) e Valéria Fonseca de Paiva (61- 3448.8383)

Eu, _____, em pleno gozo das minhas faculdades mentais, declaro que estou ciente de todas as informações acima descritas, bem como dos objetivos e metodologia da Pesquisa APOIO A GESTÃO LOCAL DAS AÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE UM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: Programa Bolsa-Família no Distrito Federal. Declaro também que estou ciente das implicações de minha participação voluntária. Que tenho a oportunidade de esclarecer outras dúvidas, em qualquer tempo da realização do estudo, que eu venha a ter ou de qualquer outro aspecto que eu precise esclarecer em relação ao referido estudo. Entendo, também, que em qualquer momento posso cancelar o meu consentimento em participar do estudo em questão, sem, contudo, sofrer nenhum tipo de punição ou perda de direitos no Programa Bolsa-Família do Distrito Federal. Por isso, concordo voluntariamente em participar deste estudo. Afirmando que recebi uma cópia da declaração e do documento de consentimento.

Nome do voluntário _____

Assinatura ou impressão digital _____

Data e Hora da assinatura:

Caso o beneficiário seja analfabeto, o entrevistador deverá solicitar que uma testemunha assine em seu lugar.

Para voluntários analfabetos:

Eu, _____ presenciei a explicação acima descrita, posso confirmar a oportunidade concedida ao voluntário de fazer perguntas e neste documento testemunhar a assinatura do mesmo.

Nome da testemunha _____

Assinatura ou impressão digital _____

Data e Hora da assinatura:

Declaração do investigador:

Expliquei o objetivo deste estudo ao voluntário. No melhor do meu conhecimento ele entendeu o objetivo, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo.

Nome do entrevistador _____

Assinatura ou impressão digital _____

Data e Hora da assinatura:

QUESTIONÁRIO - BENEFICIÁRIO

Entrevistador _____

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA DO CADASTRO DO PROGRAMA: NIS _____

BLOCO 1 – Cadastro/Cadastramento

<p>1.1 Como o(a) Sr(a.) se inscreveu no Programa BOLSA-FAMÍLIA?</p> <p>(ATENÇÃO: OS ITENS DA RESPOSTA NÃO SERÃO LIDOS)</p>	<p>[1] Inscrição automática, porque passou de um programa direto para outro. [2] Fui encaminhado(a) para inscrição no Programa pelo Centro de Saúde ou agente comunitário de saúde. [3] Fiquei sabendo da inscrição por causa de uma campanha por meio da mídia (TV, jornal, rádio) feita pelo governo. [4] Fiquei sabendo porque a escola do(s) meu(s) filho(s) me avisou. (FIZ NA ESCOLA). [5] Meus parentes, vizinhos ou amigos me contaram e eu fui fazer a minha inscrição. [6] Nega-se a responder [7] Não sei [8] Outros? Descrever _____</p>		[]
<p>1.2 Por acaso o(a) Sr(a.) mudou de endereço desde que entrou para o Programa Bolsa-Família?</p>	<p>[1] Sim [0] Não → Quesito 1.2.2</p>	→ (NÃO) Quesito 1.2.2	[]
<p>1.2.1 O(A) Sr(a.) informou esta mudança de endereço para o Programa Bolsa-Família?</p>	<p>[1] Sim → Quesito 2.1 [0] Não</p>	→ (SIM) Quesito 2.1	[]
<p>1.2.2 O(A) Sr(a.) por acaso sabe que tem de informar a mudança de endereço para o Programa Bolsa-Família?</p>	<p>[1] Sim [0] Não</p>		[]

BLOCO 2 - Ações de Saúde da SES/DF voltadas para o Beneficiário

2.1 Alguma vez o(a) Sr(a.) recebeu na sua casa a visita de um agente comunitário de saúde, de um médico, ou de um enfermeiro?	[1] Sim [0] Não → Quesito 2.2	→(NÃO) Quesito 2.2	[]
2.1.1 As visitas dos agentes comunitários de saúde, ou dos médicos, ou dos enfermeiros:	- Aconteciam antes de a sua família participar do Programa Bolsa-Família ? [1] Sim [0] Não -Elas passaram a acontecer depois que a sua família entrou para o Programa Bolsa-Família ? [1] Sim [0] Não		[] []
2.1.2 Houve alguma visita na sua casa de agente comunitário de saúde, de médico ou de enfermeiro nos últimos dois 2 meses ?	[1] Sim [0] Não → Quesito 2.2	→(NÃO) Quesito 2.2	[]
2.1.2.1 Quantas visitas foram nos últimos 2 meses ?	Nº visitas =		[]
2.1.2.2 Qual foi o motivo da(s) visita(s) nos últimos 2 meses?	[1] porque sou beneficiária do Programa Bolsa-Família [2] porque faz parte da rotina dos profissionais da saúde [3]outros_____		[]
2.2 Por acaso desde que o(a) Sr(a.) entrou no Programa Bolsa-Família o(a) Sr(a.) foi convidado(a) para participar de alguma palestra ou aula sobre SAÚDE no seu Posto de Saúde?	[1] Sim [0] Não → Quesito 2.3	→(NÃO) Quesito 2.3	[]
2.2.1 Qual(is) era(m) o(s) assunto(s) das palestras?	[1] alimentação saudável [1] crescimento e desenvolvimento infantil [1] importância das vacinas para as crianças [1] importância da amamentação para os bebês [1] não lembro [1]outros_____		[] [] [] [] [] []

2.3 Que nota de 0 a 10 o(a) Sr(a.) daria hoje para o atendimento dos seus filhos menores de 7 anos no seu Posto de Saúde ?	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Porquê? _____		[]
2.3.1 E antes do(a) Sr(a.) entrar para o Programa Bolsa-Família, que nota de 0 a 10 o(a) Sr(a.) daria para o atendimento dos seus filhos menores de 7 anos no seu Posto de Saúde ?	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Porquê? _____		[]
2.3.2. E para marcar hoje as consultas para seus filhos menores 7 anos no seu Posto de Saúde que nota de 0 a 10 o (a) Sr(a.) daria?	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Porquê? _____		[]
2.4 O Posto de Saúde que o(a) Sr(a.) vai fica na Ceilândia?	[1] Sim → Quesito 2.5 [0] Não → Quesito 2.4.1	→(SIM) Quesito 2.5 →(NÃO) Quesito 2.4.1	[]
2.4.1 Se não, o Posto de Saúde fica aonde?	_____		
2.5 Quanto tempo o(a) Sr(a.) leva para ir da sua casa até o Posto de Saúde?	_____ Horas _____ Minutos		[] []
2.6 Como o(a) Sr(a.) vai para o Posto de Saúde? OBS: A RESPOSTA DE INTERESSE É A MAIS FREQUENTE	[1] Andando/a pé [2] Carro/moto [3] Ônibus/van [4] Bicicleta [5] Transporte animal [6] Outros _____		[]

Antes de iniciar o próximo bloco, o entrevistador deverá anotar o nome completo da responsável do beneficiário(a) na primeira linha E A IDADE DO(A) RESPONSÁVEL na Tabela 1 e seguir com os demais nomes.

BLOCO 3 - Identificação da Família Beneficiária

O entrevistador deverá estar atento ao conceito de UNIDADE FAMILIAR. Para esta pesquisa será utilizado o conceito de FAMÍLIA NUCLEAR, que é um conceito ampliado de família, em que o elemento de descrição é as pessoas que MORAM no mesmo lugar.

<p>3.1 O(a) Sr(a.) pode me dizer os nomes das pessoas que moram nesta casa, com as idades de cada uma delas, sendo que o primeiro é do marido(esposa) ou companheiro(a), se o(a) Sr(a.) tiver; depois dos outros adultos, parentes ou não, que moram nesta casa e depois do(s) filho(s), do(s) mais velho(s) para o(s) mais novo(s).</p>	<p>Observação: o primeiro nome é o do(a) responsável que precisa ser anotado, na Tabela 1. Escrever todos os nomes com letra de forma. ANOTAR O NÚMERO NIS DO CARTÃO DO BOLSA-FAMÍLIA NA LINHA 1 QUE ESTIVER NO CARTÃO DA BENEFICIÁRIA.</p> <p>Tabela 1 – Nomes dos componentes da família: Nome, Idade, Anos ou meses, Sexo, M/F; Data de Nascimento < de 7 anos</p> <p>1. Nome completo do(a) responsável NIS do Cartão Bolsa-Família</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		
<p>3.2 Quantos cartões dos programas de Governo que o(a) Sr(a.) tem?</p>	<p>Nº de cartões =</p>		<p>[]</p>
<p>3.2.1 Quais são eles?</p>	<p>[1] Programa Bolsa-Família [1] Renda-Minha [1] Vale-Gás [1] Cartão Cidadão [1] Bolsa-Escola [1] PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) [1] Outro(s). Qual(is)?</p>		<p>[] [] [] [] [] [] []</p>
<p>3.2.2. O(A) Sr(a.) poderia me mostrar os cartões? Copiar o NIS do cartão BF na linha 1 Tabela 1</p>	<p>[1] Sim [0] Não</p>		<p>[]</p>
<p>3.3. Quanto o(a) Sr(a.) recebe por mês de cada Programa?</p>	<p>Programa Bolsa-Família R\$ _____ Renda- Minha R\$ _____ Vale-Gás R\$ _____ Bolsa-Escola R\$ _____ Benefício de Prestação Continuada (PBC) R\$ _____ Peti (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) R\$ _____ Outros _____ Quanto? R\$ _____</p>		<p>[] [] [] [] [] []</p>

3.4 Em que ano o(a) Sr(a.) começou a receber dinheiro do(s) Programa(s) de Governo?	Ano _____		[]
3.4.1 Qual foi o primeiro programa que o(a) Sr(a.) recebeu dinheiro do governo ? Anotar na Tabela 2	Programa _____		
3.4.2 E depois deste primeiro ano, o(a) Sr(a.) recebeu dinheiro de mais algum outro? Anotar na Tabela 2	[1] Sim [0] Não → Quesito 3.5	→(NÃO) Quesito 3.5	[]
3.4.2.1 Qual (is) foi(ram) este(s)? Pode ser difícil que o responsável se lembre das datas, por isso o entrevistador deverá insistir para que ele procure se lembrar, já que o primeiro dia de recebimento é marco para a família.	ANOTAR NA TABELA 2 NA ORDEM CRESCENTE DO PRIMEIRO RECEBIMENTO. PARA OS DEMAIS, LEMBRAR DE ANOTAR O ANO DO INÍCIO DO RECEBIMENTO DE CADA PROGRAMA. Tabela 2 – Ordem Crescente de Recebimento dos Programas PROGRAMA ANO Ordem crescente de recebimento dos Programas Bolsa-Escola Renda-Minha Vale-Gás Bolsa-Família Peti BPC Outro		
3.5 Quantas pessoas trabalham nesta casa?	Nº de Pessoas _____ [0] Nenhuma → Quesito 3.5.1.2	→(nenhuma) Quesito 3.5.1.2	[]
3.5.1. O(a) Sr(a.) trabalha?	[1] Sim [0] Não → Quesito 3.5.1.2	→(NÃO) Quesito 3.5.1.2	[]
3.5.1.1 O(a) Sr(a.) trabalha em quê?	LINHA 1 DA TABELA 3 - PREENCHER primeiro o nome da responsável.		

3.5.1.2 O(a) Sr(a.) trabalhava antes de receber o dinheiro do(s) programa(s) ?	[1] Sim [0] Não → Quesito 3.5.2	→(NÃO) Quesito 3.5.2	[]
3.5.1.2.1 O(a) Sr(a.) trabalhava em quê?			
Na próxima pergunta, o entrevistador deverá tomar muito cuidado, já que todas as perguntas a respeito de renda podem ser complicadas. O beneficiário poderá se sentir ofendido, desconfiado ou constrangido. Assim, procure perguntar de forma natural e profissional, sem se impressionar com o tipo de resposta que tiver.			
3.5.2. O(a) Sr(a.) pode me dizer o primeiro nome e quanto cada um que trabalha nesta casa ganha por semana ou por mês ?		ANOTAR NA Tabela 3, colunas 1 e 2, respectivamente.	
3.5.2.1 O(a) Sr(a.) pode me dizer em que estas pessoas trabalham ?		ANOTAR NA Tabela 3 coluna 3	
3.5.2.1.1. Estas pessoas que trabalham têm carteira assinada?		ANOTAR NA Tabela 3- coluna 4	

Observar se a renda é por semana ou por mês. Dessa forma, o entrevistador deverá perguntar qual o período referido e anotar na coluna certa. Além disso, o entrevistador deverá preencher a tabela com o primeiro nome e depois perguntar a respeito da renda e da ocupação de cada um terminando o preenchimento da Tabela 3.

Tabela 3 – Ocupação e Salário do Responsável e dos Membros da Família 1. Primeiro Nome 2. Renda por semana R\$ 3. Ocupação (O que faz?) 4. Carteira Assinada, 5. Renda mensal R\$ Sim(1) Não(0)			
3.5.3. Alguém que mora nesta casa recebe Pensão Alimentícia ou Aposentadoria ou auxílio-doença ? Quem são? ANOTAR NA TABELA 4 AS INFORMAÇÕES AO LADO DOS NOMES	[1] Sim [0] Não → Quesito 3.6	→(NÃO) Quesito 3.6	[]
Tabela 4 – Pessoas da Família que Recebem Pensão Alimentícia ou Aposentadoria Primeiro nome da pessoa, Pensão Alimentícia , valor em RS/Mês Aposentadoria , valor em RS/Mês, Auxílio Doença , valor em R\$/mês			
3.6 Qual a última série que o(a) Sr(a.) completou na escola ?	[1] 1ª série/ano [2] 2ª série/ano [3] 3ª série/ano [4] 4ª série [5] 5ª série [6] 6ª série [7] 7ª série [8] 8ª série [9] Não sabe [0] Nunca estudou	[1] curso primário/1º grau/Fundamental (1ª a 4ªsérie) [2] curso ginásial/1º grau/Fundamental (5ª a 8ªsérie) [3] colegial/2º grau/Ensino Médio [4] Supletivo de 1º grau/EJA [5] Supletivo de 2º grau/EJA [6] Curso Superior [7] Pós-graduação [8] Não sabe	[] []

BLOCO 4 – Condicionalidades

4.1 Vou ler umas frases e o(a) Sr(a.) vai me dizer para cada uma destas frases: Sim ou Não			
4.1.1 O(a) Sr(a.) leva todos os seus filhos menores de 7 anos para vacinar ?	[1] Sim [0] Não. Por quê?		[]
4.1.2. O(a) Sr(a.) leva todos os seus filhos menores de 7 anos para fazer as consultas no Posto de Saúde ou no Hospital ?	[1] Sim [0] Não. Por quê?		[]
4.1.3 O(a) Sr(a.) frequênta as aulas ou palestras no Posto de Saúde sobre saúde?	[1] Sim [0] Não. Por quê? [2] Não existem [3]Outros :_____		[] []
4.2 Vou ler de novo as mesmas frases e o(a) Sr(a.) vai me dizer para cada uma delas Sim ou Não, só que agora o que nos interessa é o período ANTES do(a) Sr(a.) participar do Programa Bolsa-Família:			
4.2.1 O(a) Sr(a.) levava todos os seus filhos menores de 7 anos para vacinar ANTES de participar do Programa Bolsa-Família?	[1] Sim [0] Não. Por quê?		[]
4.2.2 O(a) Sr(a.) levava todos os seus filhos menores de 7 anos para fazer as consultas no Posto de Saúde ou no Hospital ANTES de ser do Programa Bolsa-Família?	[1] Sim [0] Não. Por quê?		[]
4.2.3 O(a) Sr(a.) frequêntava as aulas/palestras no Posto de Saúde ANTES de ser do Programa Bolsa-Família?	[1] Sim [0] Não. Por quê? [2] Não existem [3]Outros :		[] []

<p>4.3 O Programa Bolsa-Família tem uma série de obrigações/exigências de saúde para serem cumpridas pelas famílias. Eu vou ler estas obrigações/exigências e queria que o(a) Sr(a.) me desse uma nota de zero (0) a dez (10) para cada uma destas obrigações, sendo que</p> <p>MOSTRAR ESTA ESCALA [0] Não concorda totalmente [1] Praticamente não concorda [2] concorda muito pouco [3] concorda pouco [4] concorda mais um pouco [5] concorda mais ou menos [6] concorda um pouco mais [7] concorda médio [8] concorda bem [9] concorda muito [10] concorda totalmente</p>	<p style="text-align: center;">OBRIGAÇÕES NOTA</p> <p>4.3.1 Fazer o acompanhamento da saúde da(s) crianças menor(es) de 7 anos []</p> <p>4.3.2 Manter a vacina dos(s) menor(es) de 7 anos em dia []</p> <p>4.3.3 Participar de palestras/aulas sobre saúde no Posto de Saúde []</p> <p>4.3.4 Se estiver amamentando tenho que levar o bebê para fazer as consultas no Posto de Saúde. []</p>		<p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p>
<p>4.3.5 O(a) Sr(a.) sabia que o Programa Bolsa-Família tinha estas obrigações/exigências da saúde?</p>	<p>[1] Sim</p> <p>[0] Não → Quesito 4.4</p>	<p>→(NÃO) Quesito 4.4</p>	<p>[]</p>
<p>4.3.5.1 Quem falou para o(a) Sr(a.) sobre estas obrigações/exigências?</p>	<p>[1] Agente Comunitário de Saúde</p> <p>[2] Carta que recebi do Programa com os direitos e deveres do Programa Bolsa-Família</p> <p>[3] Amigos, familiares</p> <p>[4] Mídia (rádio, TV , jornal)</p> <p>[5] Outros _____</p>		<p>[]</p>
<p>4.4 O(a) Sr(a.) tem o Cartão da Criança dos menores de 5 anos ?</p>	<p>[1] Sim</p> <p>[0] Não → Quesito 4.6</p>	<p>→ (NÃO) Quesito 4.6</p>	<p>[]</p>
<p>4.4.1 O(a) Sr(a.) pode me mostrar?</p>	<p>[1] Sim</p> <p>[0] Não → Quesito 4.6</p>		<p>[]</p>

4.5 PREENCHER A TABELA 5 PARA OS MENORES DE 5 ANOS EM RELAÇÃO AO PESO/IDADE E A VACINAÇÃO

Tabela 5 – Tabela de Peso/Idade e Vacinação de Crianças Menores de 5 anos.

Iniciais dos nomes das crianças menores 5 anos. **Houve Preenchimento(s)** Peso/Idade Sim (1) ou Não (0)?

Número de preenchimentos Peso/Idade últimos 12 meses?

Houve Vacinação dos menores de 5 anos nos últimos 12 meses? Sim (1) ou Não (0)?

Número de preenchimentos das vacinas nos últimos 12 meses.

PREENCHER A TABELA 6 PARA OS MENORES DE 7 ANOS EM RELAÇÃO À PERIODICIDADE QUE LEVA OS FILHOS AO POSTO DE SAÚDE

4.6 O(a) Sr(a.) leva seu(s) filho(s) (citar os nomes) menores de 7 anos de **quanto em quanto** tempo ao **Posto de Saúde?** **COLUNA 2 DA TABELA 6**

O entrevistador deverá primeiro escrever as abreviações das iniciais de cada nome completo e depois perguntar para cada um a frequência com que leva a criança ao Posto de Saúde.

4.7 Quais são as **razões que o(a) Sr(a.) leva seu(s) filho(s) ao Posto de Saúde?** **COLUNA 3 DA TABELA 6**

Tabela 6 – Periodicidade ao Posto de Saúde

1. Iniciais dos nomes da criança < 7 anos **2. Periodicidade que leva o(s) filho(s) ao Posto de Saúde**
em dias (ex: 15/15 dias) ou
em meses ou
em anos

3. Razões que leva os filhos ao Posto de Saúde:

[0] Nunca leva

[1] Quando está doente

[2] Fazer acompanhamento periódico

[3] Vacinar;

[4] Fazer tratamento;

[5] Outros

4.8 Depois de receber o benefício do Programa Bolsa-Família o(a) Sr(a.) acompanha a saúde dos seus filhos < de 7 anos: LER OS ITENS:

[1] Igual
[2] Melhor
[3] Pior

[]

ANEXO 6

SELEÇÃO DA AMOSTRA

A unidade amostral foi o domicílio em que a família beneficiária reside. Em função das propriedades do Universo, foi estabelecida a seleção de uma amostra aleatória simples, pois cada unidade domiciliar tinha a mesma probabilidade de pertencer a amostra a partir do método de estimativa de uma proporção populacional.

Para o cálculo da amostra foi estabelecido o tamanho mínimo com um erro tolerável de (E), com o coeficiente de erro amostral máximo de $Z\alpha/2$ e os parâmetros de p e $1-p=q$, onde p é a proporção populacional do atributo a ser avaliado – cumprimento das condicionalidades de saúde exigidas pelo PBF. Cabe destacar que quando não se conhece p, característica desta pesquisa, não existe amostras prévias, um estudo-piloto ou o conhecimento de um perito é necessário. Portanto, em função de fatores relativos à duração da pesquisa, atribuiu-se os valores de 0,5 para p^{\wedge} e q^{\wedge} , que são estimadores de p, de forma que a amostra resultante no mínimo tão grande quanto deveria ser. Para o cálculo da amostra, foi utilizado os seguintes parâmetros:

n – número de famílias a ser pesquisado;

x – número de famílias que cumprem as condicionalidades de saúde;

p – probabilidade de famílias que cumprem as condicionalidades de saúde;

q – probabilidade de famílias que não cumprem as condicionalidades de saúde;

E – igual a 0,06

α - igual a 0,05

O tamanho da amostra foi calculado segundo a seguinte fórmula:

$$n = (Z\alpha/2)^2 p^{\wedge}q^{\wedge}/E^2$$

Assim, o tamanho da amostra a ser pesquisada foi de 278 famílias escolhidas aleatoriamente, para termos 95% de confiança de que o erro amostral está a menos de 6,0%. Como este é o valor mínimo da amostra optou-se por selecionar 350 domicílios em função da possibilidade da mortalidade da amostra. Com o tamanho da amostra definido, foi efetuada a seleção dos domicílios. Este processo foi realizado com a utilização do *software* estatístico SPSS, versão 13.0, *for windows*, pelo processo Random Sample Cases, do menu Data, Select Cases. A variável q 1_002_2 (variável código do domicílio, em que reside a família beneficiária do PBF) foi selecionada para a escolha aleatória de 350 domicílios. Com o tamanho da amostra definido, os domicílios selecionados, pela seleção das variáveis que

deveriam constar no arquivo de campo que facilitaria a identificação dos domicílios, sendo elas:

Q1_000_2 = domicílio

Q1_203 = endereço

Q1_204 = número

Q1_205 = complemento

Assim, para cumprir o objetivo estabelecido em relação ao tamanho da amostra, foi retirada uma amostra-reserva de 350 domicílios, com os mesmos procedimentos de seleção acima descritos, para repor os domicílios que apresentaram um ou mais destes problemas descritos. Ao final da seleção dos domicílios, foi avaliada a semelhança do domicílio a ser substituído com o domicílio não pesquisado. As semelhanças avaliadas foram:

1. número de pessoas residentes no domicílio;
2. renda *per capita*;
3. número de crianças menores de 6 anos, 11 meses e 29 dias.

Ao final do processo a distribuição geográfica dos 338 domicílios da Ceilândia/DF a serem entrevistados - 2006/2007 foi:

Localização	Frequência	%
QNO	55	16,3
QNP	61	18,0
QNM	77	22,8
QNN	75	22,2
QNQ	18	5,3
QNR	16	4,7
CHACARA	36	10,7
Total	338	100,0

ANEXO 7
PADRONIZAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Ministério da Saúde
Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz
Universidade de Brasília

PADRONIZAÇÃO DOS ENTREVISTADORES:
MANUAL DO ENTREVISTADOR

Responsáveis: Valéria Fonseca de Paiva
Denise Oliveira e Silva
Mariana Helcias Côrtes

Brasília, novembro de 2006

APRESENTAÇÃO

Este projeto faz parte da dissertação de mestrado da pesquisadora Valéria Fonseca de Paiva, nutricionista e psicóloga, aluna do mestrado de Nutrição Humana da Universidade de Brasília. É orientado pela Dra. Denise Oliveira e Silva, Doutora em Nutrição Humana e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde. Tem como colaboradoras Mariana Helcias Côrtes, mestre em Nutrição Humana e Júnia dos Santos, estatística.

INTRODUÇÃO

A fim de nivelar-se o conhecimento acerca do Programa Bolsa-Família destaca-se que é um programa do governo federal brasileiro que tem por principal característica a transferência direta de renda para as famílias cadastradas. Estas famílias para terem sido cadastradas deviam ter perfil socioeconômico de renda *per capita* inferior a R\$120,00. Este Programa faz parte da principal estratégia do governo atual de combate à fome e à miséria que se chama: FOME ZERO.

O Bolsa-Família transfere renda para as famílias, no entanto, é um programa condicionado, ou seja, os beneficiários devem cumprir com as condicionalidades impostas (contrapartida dos beneficiários). Há dois tipos de condicionalidades: a) saúde, descritas abaixo, e a da educação, qual seja: frequência escolar mínima de 85%. No caso deste estudo, o interesse é relacionado ao cumprimento das condicionalidades da saúde descritas a seguir:

As condicionalidades impostas aos beneficiários, da área da saúde, vêm a ser o cumprimento por parte dos beneficiários de uma agenda de compromissos:

I - gestantes e nutrizas devem inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde adstrita à sua residência e participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde;

II – os responsáveis pelas crianças menores de sete anos devem levá-las à unidade de saúde ou ao local de vacinação, mantendo em dia o calendário de imunização conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como acompanhar nestas unidades, por meio do cartão de saúde da criança, o estado nutricional e o desenvolvimento e participar de outras ações de saúde¹.

No Programa, as ações de responsabilidade da União, Estados, Municípios e o Distrito Federal devem, além de informar e orientar as famílias sobre seus direitos e responsabilidades, também esclarecer sobre a importância de frequentar os serviços de saúde para a melhoria das condições de saúde e nutrição de seus membros; ofertar os serviços para os referidos acompanhamentos (crescimento e desenvolvimento infantil), assistência pré-natal

e ao puerpério, vacinação, vigilância alimentar e nutricional e assistência aos beneficiários por parte das equipes de saúde da família, por agentes comunitários de saúde, ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

Assim, o Programa de Transferência de Renda Bolsa-Família constitui-se em uma das principais estratégias do governo para a diminuição da desigualdade social brasileira; aumentando a renda familiar melhora a condição nutricional dos beneficiários e permite a inserção em uma rede de proteção social que visa, entre outros aspectos, à melhoria das condições de vida desta parcela da população.

Em função do interesse de investigação deste tipo de programa é que se optou por realizar um estudo sobre o Programa Bolsa-Família que apóie a gestão local de ações de saúde e nutrição podendo vir a contribuir para a melhoria da operacionalização no Distrito Federal e no país.

O desenho desta investigação está baseado em um estudo transversal cujos instrumentos são dois: o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido - TCLE e um questionário semi-estruturado para ser aplicado em famílias beneficiárias, sorteadas aleatoriamente, entre as residentes e beneficiárias do Programa Bolsa-Família da cidade satélite da Ceilândia/Distrito Federal.

Foi calculada uma amostra probabilística, com caráter estatisticamente representativo, que abrange todo o território geográfico da Ceilândia, das famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de 7 anos, estimada a partir do banco de dados do programa das famílias cadastradas na folha de pagamento de junho de 2006, totalizando um n=350 famílias. Esta amostra tem reposição por meio de uma amostra reserva.

Serão excluídos da amostra os demais beneficiários do Programa Bolsa-Família no Distrito Federal, incluindo aqueles em que os entrevistadores visitarem o domicílio por três vezes consecutivas e não obtiverem sucesso no contato por ausência do responsável do(s) beneficiário(s) ou excluído(s) porque o endereço não foi localizável, pela recusa em participar do estudo ou porque a família se mudou.

BENEFÍCIOS ORIUNDOS DA PESQUISA PARA OS SUJEITOS

Os benefícios para os sujeitos da pesquisa são de caráter indireto, uma vez que estes não receberão nenhum valor em espécie, no entanto ao responderem o questionário estarão contribuindo para as melhorias que serão propostas ao Programa após a tabulação dos

resultados encontrados. Está descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o seguinte texto: “A sua participação neste estudo é muito importante porque você, em função das suas respostas, poderá contribuir para melhorar o Programa Bolsa-Família no Distrito Federal”.

LOCAL DO ESTUDO

Domicílios das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família da cidade satélite da Ceilândia/Distrito Federal contidos no cadastro dos beneficiários do Programa Bolsa-Família do Ministério do Desenvolvimento Social.

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Serão utilizados dois instrumentos de pesquisa:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
2. Questionário semi-estruturado para famílias de beneficiários de caráter inédito e que também contém algumas questões, baseadas na Avaliação Sócio-Sanitária, versão 2005, que foram desenvolvidas e aplicadas pela Coordenação-Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

CONDIÇÕES PARA A SUSPENSÃO DA PESQUISA

a) qualquer situação de risco à integridade física e moral da equipe e/ou dos sujeitos; b) dificuldades operacionais que não possam ser contornadas como, por exemplo, exigüidade de recursos financeiros para a adequada execução do estudo.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS EM CADA ETAPA

COMO O BENEFICIÁRIO SERÁ ABORDADO?

Cada entrevistador estará identificado por meio de um crachá. As roupas dos entrevistadores devem ser: calça comprida e blusa ou camisa branca, de forma a não ser confundido com militantes partidários ou funcionários do Centro de Saúde. O(a) entrevistador(a) deverá cumprimentar a pessoa a ser entrevistada e iniciar a pesquisa do seguinte modo:

Meu nome é _____, e estou participando de uma pesquisa sobre o Bolsa-Família que está sendo feita pela Universidade de Brasília. O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa. A sua família foi sorteada porque é beneficiária do Programa Bolsa-Família. Esta pesquisa não tem relação com política, nem como partidos

políticos! Para nós é muito importante que o(a) senhor(a) participe! Eu gostaria de fazer algumas perguntas que estão neste questionário. O(A) senhor(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa e, se não participar, nada de ruim pode lhe acontecer como, por exemplo, a perda do benefício. Porém, se o(a) senhor(a) aceitar participar nos ajudará a entender melhor o Programa e ajudará a melhorá-lo e a vida das pessoas que, como o(a) senhor(a), são beneficiários (as) do Programa. Nós garantimos que só os pesquisadores vão ter conhecimento do que o(a) senhor(a) disser e que nada do que o(a) senhor(a) disser aqui será divulgado.

EXPLICAÇÃO DO TCLE

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento que sempre deverá ser lido antes de iniciada a entrevista e deverá ser assinado pelo beneficiário. Esse documento garante que quaisquer informações fornecidas durante a entrevista não serão divulgadas sob nenhum aspecto e que o beneficiário tem garantido que ele não sofrerá nenhum tipo de prejuízo, seja por ter aceitado a participar da pesquisa, seja por ter recusado sua participação. Alguns itens importantes devem ser ressaltados durante a leitura deste documento. Primeiramente, o entrevistador deverá dizer:

Estou aqui para convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa da Universidade de Brasília, mas o(a) Sr.(Sra.) não é obrigado(a). Participa apenas quem quiser. É uma pesquisa da Universidade de Brasília, não tem NENHUMA relação com candidatos ou com as eleições. Caso o(a) Sr.(Sra.) aceite participar, poderá me interromper em qualquer momento e sempre que não se sentir confortável com alguma pergunta, poderá se recusar a responder. Caso o(a) Sr.(Sra.) se recuse a participar, o(a) Sr.(Sra.) ou sua família não terão nenhuma punição ou prejuízo, ou seja, o seu benefício não será interrompido. Depois de lidas as explicações, o(a) Sr.(Sra.) poderá fazer qualquer pergunta, em qualquer momento. Não serão solicitadas outras formas de contribuição, além de responder sinceramente às perguntas e nenhum dado pessoal será divulgado, como nome, endereço, telefone. o(a) Sr.(Sra.) deverá ler e assinar esse Termo, sendo que uma via ficará com o(a) Sr.(Sra.) e a outra comigo. Se o(a) Sr.(Sra.) preferir posso ler as perguntas.(Anexo 5).

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO COM O BENEFICIÁRIO

Para aplicação dos questionários, serão utilizados como entrevistadores os coordenadores da pesquisa e os alunos de nutrição devidamente treinados. A seleção dos entrevistadores será feita pelos coordenadores obedecendo aos critérios como: atitudes de interesse, disposição, compromisso com a pesquisa e garantia de dados fidedignos que cada

um apresentar durante o treinamento. O mais importante para fazer parte desta equipe é o real interesse em trabalhar com pesquisa e a disposição em apresentar qualidade no trabalho realizado. Destaca-se que os questionários apresentados como realizados pelos entrevistadores serão checados de forma sistemática e periódica a fim de verificar a veracidade do trabalho realizado e que serão excluídos aqueles que não realizaram as tarefas na forma adequada. Tem-se, portanto, uma quantidade de entrevistadores reserva para a substituição dos eventuais desligados da pesquisa.

Para alcançar alguns dos objetivos pretendidos nesta fase da pesquisa, o entrevistador deverá policiar suas atitudes e sua postura durante todo o período de coleta de dados.

Primeiramente, o entrevistador deverá utilizar sempre uma linguagem coloquial, simples de ser compreendida pela população e sempre apresentar-se de forma agradável e gentil, não sendo rude ou apressado em nenhum momento. O entrevistador deverá estar atento para não expressar sentimentos negativos como decepção, medo, receio ou dúvida (em relação à veracidade da resposta do beneficiário). Costuma-se dizer que o entrevistador deve manter “a cara de paisagem”, ou seja, sempre o mesmo semblante gentil e sereno, sem expressar alterações de humor drásticas.

A entrevista deverá ser conduzida de forma que o entrevistador NUNCA reinterprete o que está escrito, ou seja, as perguntas devem ser feitas na ordem em que aparecem e da forma como estão no questionário. Foram realizados mais de dez testes pilotos com esse questionário até que se alcançasse o formato atual, que é o preferido pela equipe, portanto o entrevistador não poderá modificar o que está escrito.

Podem aparecer situações em que o entrevistado não compreenda o que está sendo perguntado. O entrevistador deverá ler a pergunta conforme ela está no questionário três vezes. Se, mesmo relendo pausadamente o beneficiário não for capaz de compreender o que está sendo questionado, o entrevistador deverá deixar a pergunta em branco, pois este será o código do não-entendimento. (Anexo 5).

PROBLEMA POSSÍVEL DURANTE A COLETA DOS DADOS

ENDEREÇO ERRADO/NÃO LOCALIZADO

Pode acontecer de o endereço no cadastro nunca ter realmente sido o oficial local de moradia da família. Algumas pessoas podem dar o endereço de seus pais, por exemplo, para o cadastro no Programa. Quando isso ocorrer, o entrevistador deverá tentar localizar a moradia da família selecionada de todas as formas possíveis: perguntando, gentilmente, para o

morador do endereço que consta no cadastro, falando com os vizinhos ou pessoas que trabalham em locais próximos. Em último caso, se o entrevistador não encontrar o beneficiário, ele deverá reportar essa dificuldade para algum dos responsáveis pela pesquisa, que tomará as medidas necessárias.

ANEXO 8

CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DAS OCUPAÇÕES

Para fins de análise optamos por classificar as ocupações declaradas pelos respondentes nas seguintes categorias:

- AUTÔNOMO/CONTA-PRÓPRIA SEM CARTEIRA ASSINADA: cabeleireira, sem carteira assinada atendendo em domicílio; vigilante de carro sem carteira assinada; carroceiro; catador de latas; artesã sem carteira assinada; conserta eletrodomésticos sem carteira assinada e por conta própria; consultora de produtos de beleza (Natura ou Avon); costureira sem carteira assinada/conta própria; doceira sem carteira assinada/conta própria; feirante sem carteira assinada/conta própria; manicure sem carteira assinada/conta própria; salgadeira sem carteira assinada/conta própria; vendedor ambulante de churrasquinho; vendedor ambulante de verduras; pintor de carro sem carteira assinada/conta própria; vendedor de din-din; ferramenteiro sem carteira assinada/conta própria; ajudante s/carteira; alinhador de automóveis sem carteira/conta própria; panfletagem s/carteira; instalador de antena sem carteira/conta própria; salgadeira sem carteira/conta própria; escovista sem carteira/conta própria.

- ATIVIDADES LIGADAS AO COMÉRCIO COM OU SEM CARTEIRA ASSINADA: açougueiro; balconista; chapeira; confecção de etiquetas em loja; envelopadora; atendente de loja; auxiliar administrativo com ou sem carteira em loja; auxiliar de gráfica; auxiliar de cozinha; costureira com carteira assinada trabalhando em loja; promotor de vendas com carteira; repositor de estoque; ajudante de mecânico com ou sem carteira que trabalha em comércio; montador de móveis com carteira assinada; almoxarife; garçom; auxiliar de manutenção sem carteira trabalhando no comércio; ajudante de oficina sem carteira; supervisor; recepcionista; mecânico de bicicleta sem carteira trabalhando no comércio; padeiro; auxiliar de tesouraria com carteira; ajudante de salgadeira com carteira; cobrador com carteira; mecânico sem carteira trabalhando no comércio, promotor de vendas com carteira; empregado de empresa de telecomunicação com carteira; ajudante de carga; *motoboy*, comerciária; telefonista; instalador de som com carteira; agente patrimonial; mecânico com carteira.

- AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS/LIMPEZA.

- SERVIÇOS DOMÉSTICOS COM OU SEM CARTEIRA ASSINADA: empregada doméstica; faxineira; babá; cuidadora de crianças; cozinheira; lavadeira; diarista.

- ATIVIDADES CORRELATAS À CONSTRUÇÃO CIVIL/ACABAMENTO DE OBRAS COM OU SEM CARTEIRA ASSINADA: ajudante de obra; pedreiro; pintor; carregador e descarregador de caminhão em obra; eletricista; servente de obra; técnica em edificação; carpinteiro; montador de forro PVC; serralheiro; entregador de material de construção; gesso; bombeiro hidráulico; ajudante de marceneiro.

- OUTRAS CATEGORIAS COM OU SEM CARTEIRA ASSINADA: auxiliar de vigilante; vigilante com carteira assinada; camareira; caseiro; porteiro(a); técnica de informática, descarregador de frutas; auxiliar de redes com carteira; segurança; motorista c/ou s/carteira; jardineiro c/carteira, metalúrgico c/carteira; manutenção de informática; cobrador de lotação; músico; técnico de informática c/carteira; funcionária pública; auxiliar de enfermagem; frente de trabalho do GDF; professor de música; monitor ; aula particular.

ANEXO 9
SUPERVISÃO DE CAMPO
PADRONIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO DE CAMPO

A fase de pesquisa de campo desta pesquisa contou sempre com a presença de uma coordenadora de campo. Esta coordenadora é Nutricionista, com mestrado em Nutrição Humana na área de Saúde Pública, e possui experiência em metodologias de pesquisa em Educação Alimentar e Nutricional e Avaliação de Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição.

Ela acompanhou todos os passos de treinamento e seleção do grupo de pesquisadores, inclusive realizando parte da capacitação.

Suas principais funções no campo eram: 1. organizar a logística da pesquisa de campo; 2. acompanhar os pesquisadores durante toda a coleta de dados, o que conferia maior segurança e suporte nas atividades; 3. solucionar os obstáculos e empecilhos que surgissem ao longo do processo; 4. garantir a qualidade das informações obtidas.

Dias antes da ida ao campo, a coordenadora já tinha acesso ao cadastro das famílias beneficiárias que seriam visitadas no próximo final de semana. Procedia-se, então, para a listagem dessas famílias a cada um dos pesquisadores, de forma que cada um ficasse com endereços residenciais próximos uns dos outros, além de não dispersar o grupo de pesquisadores. Todas as famílias presentes no cadastro fizeram parte das listas de visitas e foram procuradas, conforme detalhamento a seguir.

Nos dias da coleta de dados, a coordenadora ia juntamente com o grupo, composto pelos pesquisadores de campo e um motorista. O motorista requisitado para o trabalho já tinha experiência em pesquisas de campo, e era morador da Cidade Satélite da Ceilândia, o que facilitou o trabalho de busca por endereços.

Cada um dos pesquisadores era, então, encaminhado à sua área listada para o dia. A coordenadora possuía um telefone móvel específico para a pesquisa, de forma que a qualquer tempo fosse fácil a comunicação.

Algumas regiões visitadas eram conhecidamente mais perigosas, o que poderia expor os pesquisadores a riscos. Para evitar tais problemas, a cada final de semana apenas uma região considerada perigosa era visitada por um pesquisador, de preferência do sexo masculino, sendo que a coordenadora e o motorista permaneciam no carro próximos a ele.

Quaisquer casos de dúvidas em relação à inclusão da família na amostra, procedimentos de entrevista ou em relação ao instrumento de pesquisa poderiam ser

resolvidos pelo telefone móvel. Ainda, todos os pesquisadores, ao retornarem para o carro depois de alguma entrevista, entregavam os instrumentos utilizados para que a coordenadora realizasse uma análise prévia. Por esta análise, os casos de respostas em branco ou respostas dúbias foram resolvidos na hora, às vezes, necessitando que o pesquisador retornasse à residência que havia acabado de deixar.

A coordenadora de campo sempre tinha em mãos duas listagens de endereços: a primeira com os endereços entregues aos pesquisadores para realizarem as visitas no dia, e uma com endereços da amostra de reposição. A segunda listagem, a de reposição, somente foi utilizada nos casos em que os beneficiários foram excluídos da pesquisa de campo e, conseqüentemente, precisaram ser substituídos por outros sorteados. Os casos de substituição ocorreram quando o beneficiário e sua família já haviam mudado de endereço residencial, não deixando indicação da nova residência; quando o beneficiário não recebia o benefício em valor monetário ou o mesmo havia sido suspenso; quando o endereço constando na listagem era inexistente, não era possível localizá-lo, ou porque se encontrava incompleto na listagem, ou porque o grupo não conseguiu localizá-lo depois de, no mínimo, três tentativas.

Todos os dias, em torno das 12 horas, o grupo se reencontrava para o almoço. Essa estratégia foi pensada de forma a não interromper as refeições das famílias, que costumam almoçar juntas perto deste horário, e a motivar os pesquisadores, para que não permanecessem muito tempo sem se alimentar e não sentissem tanto o cansaço do dia.

O horário do almoço também era utilizado para conversas entre o grupo, que poderia inclusive sanar novas dúvidas e reorganizar a logística das visitas do período da tarde. Nesse segundo turno de visitas, o grupo poderia escolher por retornar à mesma área que visitou na parte da manhã ou iniciar nova área, dependendo das circunstâncias.

Nenhuma área constante do cadastro foi deixada sem visitas. O grupo apenas tinha a liberdade de escolher qual região gostaria de trabalhar naquele período. Por isso mesmo, o grupo teve de retornar a muitas áreas mais de duas vezes, de forma a esgotar as possibilidades de entrevistas na região.

Próximo das 14 horas, os pesquisadores eram levados às áreas de visitas da tarde, mantendo a mesma metodologia citada anteriormente de busca por residências.

A coleta de dados se encerrava por volta das 17h30, dependendo da situação. Em dias de muita chuva, que impossibilitava que os entrevistadores andassem a pé por longas distâncias, o dia teve de ser encerrado mais cedo. Essas horas foram compensadas no próximo dia de coleta de dados.

A coordenadora do campo também foi responsável por fazer o acompanhamento das entrevistas. Cada pesquisador foi acompanhado pela coordenadora durante, pelo menos, uma entrevista. A coordenadora apreciava itens importantes considerados já no treinamento, como entonação de voz, atitudes com a família, utilização adequada do instrumento e marcação das respostas. Depois da entrevista, a coordenadora realizava uma conversa com o entrevistador, de forma a indicar sugestões e considerações sobre seus procedimentos.

Ainda, a coordenadora era responsável por quaisquer contatos (por telefone ou mensagem eletrônica) entre os pesquisadores e a coordenação da pesquisa e por controlar a presença dos pesquisadores nos dias de coleta. Assim, os pesquisadores só recebiam o pagamento pelos dias efetivamente trabalhados. Esta estratégia foi pensada como uma forma de incentivar a permanência da equipe do início até o final dos trabalhos. De forma geral, pode-se dizer que após a primeira perda de pesquisadores no primeiro mês de coleta – fato considerado comum e esperado em pesquisas de campo - as faltas dos pesquisadores nos dias de coleta foram muito poucas e sempre motivadas por força maior (como realização de provas de concursos públicos ou emergência familiar) e justificadas previamente.

De maneira a garantir a qualidade dos dados e o controle das atividades, cada pesquisador era responsável por encaminhar, em até 24 horas depois do dia de coleta de dados, um relatório detalhado a respeito de cada visita realizada. A partir desses dados, foi possível elaborar os indicadores relativos às visitas: número de residências visitadas, número de entrevistas realizadas, número de beneficiários não encontrados etc. A coordenadora também se responsabilizava por conferir cada relatório encaminhado com as listagens elaboradas para as coletas e o cadastro utilizado. Os relatórios eram também utilizados para elaborar as listagens de visitas dos próximos dois dias de visita: se o beneficiário não se encontrava na hora, se a residência não foi encontrada, se o beneficiário se recusou a responder etc..

Todos os recursos financeiros utilizados foram controlados pela coordenadora de campo, sendo os principais: gasto com combustível, gasto com telefone móvel, pagamento do motorista e dos pesquisadores.

ANEXO 10

TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

1ª FASE. 03.11.2006

Lista de presentes: Denise Oliveira e Silva, Valéria Paiva, Anita Grazielle M. Rodrigues, Carla Gabriela L. G. Cauhy, Cristiane Ortiz Xavier, Keila de Moraes, Khatherine C. P. Silva, Layla F. de Souza, Letícia Moreira Oliveira, Luciana F. dos Santos, Nithyama Gouveia Rodrigues, Patrícia Bandeira Castro, Vanessa Oliveira.

Atividade 1: Apresentação dos participantes. Discussão: os candidatos foram solicitados a se apresentarem por seus nomes, cursos, semestres e faculdades que frequentam, como ficaram sabendo sobre a pesquisa, se já participaram de alguma pesquisa anteriormente e suas expectativas em relação ao projeto.

Atividade 2: Apresentação dos coordenadores. Discussão: os coordenadores responsáveis presentes se apresentaram por seus nomes, profissões, atuações profissionais e acadêmicas.

Atividade 3: Apresentação dos objetivos. Discussão: objetivo geral: “Descrever o processo de cumprimento das condicionalidades, relacionadas à saúde, das famílias beneficiárias do Programa de Transferência de Renda Bolsa-Família da cidade satélite da Ceilândia/Distrito Federal e propor recomendações de intervenções para o aperfeiçoamento do Programa”. Objetivos Específicos: “Descrever as estratégias de intervenção utilizadas pelas esferas governamentais para: cadastramento dos beneficiários, controle, avaliação, monitoramento e incentivo ao cumprimento das condicionalidades da saúde do Programa; avaliar a qualidade da informação disponível no Cadastro dos Beneficiários do Programa; conhecer o grau de informação e a opinião das famílias dos beneficiários acerca das condicionalidades da saúde do Programa; descrever os principais fatores socioeconômicos e de acesso relacionados às ações de saúde para o cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias.”.

Atividade 4: Explicação da fase do campo da pesquisa. Discussão: serão entrevistados \pm 350 domicílios por \pm 10 entrevistadores (40 questionários por entrevistador). Serão 11 finais de semana utilizados para a pesquisa, iniciando em dezembro até março de 2007, sem os fins de semana das festas de fim de ano e de carnaval (9 e 10, 15 e 16 de dezembro; 6 e 7, 13 e 14, 20 e 21, 27 e 28 de janeiro; 3 e 4, 10 e 11 de fevereiro; 3 e 4, 10 e 11, 17 e 18 de março de 2007), o que completa 22 dias de trabalho. Considerando 400 questionários por 22 dias, em média, tem-se 19 questionários realizados por dia, ou seja, 2 questionários por dia por entrevistador.

Atividade 5: Explicação do Processo de Seleção. Discussão: trata-se de um processo em 3 etapas. A primeira (atual) em que ocorrerá a apresentação dos candidatos. A segunda e a terceira fases ocorrerão em 13 e 14 de novembro e de 4 a 7 de dezembro para treinamento. Após essas etapas, serão selecionados os candidatos considerados aptos para participarem da pesquisa. Será emitido um certificado de participação deste treinamento a fim de poder fazer parte dos currículos, independente da seleção para a pesquisa. Os horários de treinamento serão entre as 18h30 e as 21h30 horas na sede II do Ministério da Saúde, na W3, 510 Norte.

Atividade 6: “Quem está disposto a continuar?” Discussão: Todos os candidatos presentes responderam que tinham interesse em participar: Anita Grazielle Martins Rodrigues, Carla Gabriela L. G. Cauhy, Cristiane Ortiz Xavier, Keila de Moraes, Khatherine Christine Pereira Silva, Layla Ferreira de Souza, Letícia Moreira Oliveira, Luciana Ferreira dos Santos, Nithyama Gouveia Rodrigues, Patrícia Bandeira Castro, Vanessa Oliveira Reis.

Atividade 7: Sorteio de livro.

2ª FASE: Dia 13.11.2006

Lista de presentes: Denise Oliveira e Silva, Valéria Paiva, Mariana Helcias Côrtes, Anita Grazielle M. Rodrigues, Caio Eduardo; Carla Gabriela L. G. Cauhy, Cristiane Ortiz Xavier, Heloísa Cleide Leles Lima da Silva, Jamile Angélica R. Freire, Joanice dos Santos Rosa Keila de Moraes, Khatherine C. P. Silva, Layla F. de Souza, Letícia Moreira Oliveira Luciana F. dos Santos, Luciano Fernandes de Oliveira, Nithyama Gouveia Rodrigues Patrícia Bandeira Castro, Vanessa Oliveira.

Atividade 1: Apresentação da equipe de coordenadores e da turma de pesquisadores. Duração: 20 minutos. Discussão: como havia novos participantes na equipe que não estiveram presentes na primeira fase do treinamento, foi realizada nova apresentação de todos os membros. A equipe foi composta de 15 alunos, todos do curso de Nutrição, sendo que apenas um deles aluno de Universidade Pública. Havia alunos que estavam no final do curso (6º e 7º semestres) e alunos do início da graduação (3º e 4º semestres).

Atividade 2: Filme “A História das Políticas Sociais no Brasil”. Duração: 40 minutos. Discussão: os alunos foram divididos em três grupos, aleatoriamente, e discutiram o filme assistido. Observou-se que cada grupo fez destaque a um aspecto que considerou como o mais importante. A turma como um todo fez uma discussão rica do filme e levou para casa a tarefa de refletir o porquê de assistir esse filme nessa fase do treinamento. O grupo, em geral, focalizou a importância do filme em comprovar os desvios nas políticas públicas sociais como um fato que ocorre desde o início da sua história e se mantém ainda hoje, e não como uma falha de governos mais recentes. Já foi possível identificar alguns “líderes” do grupo, que se

destacaram pela maior expressividade e pela facilidade em se comunicar com o restante do grupo. Outros ainda se mantiveram mais silenciosos e tímidos.

Dia 14.11.2006

Atividade 1: Filme “A Ilha das Flores”. Duração: 20 minutos. Discussão: aberta, de forma que cada aluno expressasse o que considerou como mais importante. A discussão foi rica e a interação do grupo foi muito boa. O grupo discutiu temas como a valorização do ser humano pelo seu poder de compra e não por seu aspecto humano. Também se abordou questões como a proximidade da realidade vista no filme com o cotidiano, apesar das tentativas de ignorar esse fato por muitos. Os líderes destacados no dia anterior se confirmaram como importantes peças no grupo, mas outros que estavam mais quietos já passaram a se expressar mais e expuseram suas idéias junto com os demais.

Atividade 2: Autocrítica: “Sou um bom ouvinte?”

Leia as questões, avalie-se em relação a cada uma das características abaixo utilizando a escala ao lado. Totalize os pontos conforme a matriz de contagem ao final e avalie se você é um bom ouvinte ou precisa mudar.

Refaça o questionário com um colega de trabalho e peça *feedback*.

QUESTÕES	SEMPRE	QUASE SEMPRE	RARAMENTE	NUNCA
1. Você permite que o outro se expresse sem interrompê-lo?	4	3	2	1
2. Você escuta nas “entrelinhas” procurando o significado oculto das palavras, especialmente quando a pessoa usa a linguagem de significado não claro?	4	3	2	1
3. Você se esforça para desenvolver sua habilidade para reter informações importantes?	4	3	2	1
4. Você registra os detalhes mais importantes de uma conversação?	4	3	2	1
5. Ao rememorar um acontecimento qualquer, você se preocupa em localizar e registrar fatos mais importantes e as palavras-chaves?	4	3	2	1
6. Você repete para o seu interlocutor os detalhes essenciais de uma conversa, antes que ela chegue ao fim, visando a confirmar o que foi entendido?	4	3	2	1
7. Quando em conversa com outra pessoa você começa a imaginar a resposta a qualquer colocação apenas quando o outro expressou 80% de suas idéias?	4	3	2	1
8. Você ignora outros fatos paralelos à conversa quando está ouvindo?	4	3	2	1
9. Você evita tornar-se hostil ou exaltado quando o ponto de vista do seu interlocutor difere do seu?	4	3	2	1
10. Você sente e transmite um interesse genuíno no que o outro está dizendo?	4	3	2	1

Interpretação:

- Você é um BOM OUVINTE caso tenha alcançado mais de 31 pontos. Você desperta confiança e sabe captar as idéias dos seus interlocutores.

-É um OUVINTE MÉDIO com 27 a 31 pontos.

-É um OUVINTE CARENTE com 22 a 26 pontos, e precisa praticar conscientemente a ARTE DE OUVIR.

-Abaixo de 21 pontos VOCÊ é um OUVINTE? Você não deve estar entendendo boa parte das mensagens e quando as retransmite deve realizá-lo com interferência.

Duração: 15 minutos. Objetivo: Promover a reflexão pessoal em relação ao critério: “Tenho capacidade de ouvir os outros?” Como os outros me percebem neste critério?

Discussão: de forma geral, o grupo considerou que sua auto-imagem é compatível com a imagem dos amigos próximos. A discussão foi em torno do cuidado que todo pesquisador deverá ter na hora de se expressar e na conduta que deverá manter durante as entrevistas.

Atividade 3: Questionário de sugestões dos pesquisadores sobre a logística da pesquisa.

Considerando o universo de 400 domicílios, distribuídos em toda a Ceilândia, para visitar e fazer a entrevista, com uma média de 10 entrevistadores para realizar a pesquisa, discuta em seu grupo as melhores estratégias para:

A) Forma de deslocamento dos entrevistadores pelo espaço geográfico.

B) Necessidade de refeição. Sugira as melhores estratégias e locais que são possíveis de serem feitas ou outras possibilidades.

C) Melhor local de se encontrar e melhor horário pela manhã.

D) Qual a melhor divisão geográfica das aplicações pelo território?

E) Enuncie os pontos que são considerados como “perigosos” e quais as melhores formas de se trabalhar neste espaço.

F) Pense serão no mínimo 7 questionários/entrevistador/final de semana até março de 2007.

G) Outras possibilidades discutidas e consideradas importantes no seu grupo.

Cronograma: 9 e 10/12. 16 e 17/12. 6 e 7/01. 13 e 14/1. 20 e 21/1. 27 e 28/01. 3 e 4/2. 10 e 11/2. 24 e 25/2. 3 e 4/3. 10 e 11/3.

Duração: 40 minutos. Discussão: os alunos foram divididos em três grupos de forma aleatória, e cada grupo apresentou suas sugestões. As sugestões foram muito

semelhantes de forma geral e foi possível observar algumas respostas mais simples a algumas dúvidas da equipe de coordenação.

Grupo 1: Khatherine, Jamile Angélica, Patrícia Bandeira, Nithyama, Heloísa.

a) Estabelecer um ponto de encontro para todos os entrevistadores, aonde um veículo do projeto os conduziria até as suas respectivas áreas de atuação, com reencontro para o local inicial. Ex: ponto de encontro em Taguatinga Centro. Em último caso, a disponibilização de vale-transporte e o entrevistador se responsabiliza por seu deslocamento.

b) A necessidade da refeição dependerá do período, tempo, em que o entrevistador permanecerá em campo. Em até 4 horas, um lanche rápido é suficiente; ultrapassando este tempo faz-se necessária a realização de almoço. No caso de lanches, poderiam ser entregues pela manhã antes de serem iniciadas as entrevistas. Em caso de almoço, haveria um ponto de apoio para que os entrevistadores se encontrassem e se alimentassem.

c) A partir das 9 horas da manhã, no Centro de Taguatinga ou no Centro da Ceilândia.

d) De acordo com a própria divisão da Ceilândia em: Leste, Oeste, Setor “O”. A cada final de semana, todos os entrevistadores “devastariam” uma área juntos.

e) Estar sozinho, não ter um ponto de apoio próximo (situações que podem causar perigo).

f) É essencial um ponto de apoio próximo à localidade em que os entrevistadores estão e que tenha uma pessoa que conheça esta localidade.

Grupo 2: Anita, Luciana, Luciano, Layla, Joalice.

a) Dividir por sub-regiões, marcando “pontos de encontro” e a partir das mesmas sub-regiões, iniciar a pesquisa. Caso haja um transporte para facilitar, a estratégia permanecerá a mesma.

b) Sim, dependendo do horário. Em duplas, em locais mais próximos da região aonde está sendo aplicado o questionário, em horário determinado pela dupla.

c) Na sub-região marcada pela equipe; a partir das 8 horas da manhã.

d) Subdivisão em Ceilândia Sul, Ceilândia Norte e Ceilândia Centro, começando pela Ceilândia Sul devido à proximidade com a pista Estádio, facilitando o acesso e a familiarização com o local. A partir daí, estendendo para os outros locais como Guariroba, P. Sul e P. Norte.

e) Locais perigosos: Ceilândia Norte, Expansão do Setor “O”. Sem chamar atenção, porém tendo uma identificação adequada.

f) É viável, sem considerar os contratemplos: a pessoa não está em casa, a pessoa não está interessada em responder o questionário e outros.

g) Identificação própria dos entrevistadores como camisetas da mesma cor, crachá.

Grupo 3: Vanessa, Caio, Letícia, Cristiane, Keila

a) Deslocamento: uma condução que saia de um ponto estratégico e de fácil acesso para todos os entrevistadores/pesquisadores da área e que a mesma distribua os entrevistadores em seus respectivos locais.

b) Sim, pois não sabemos o tempo que será gasto no dia. Auxílio-alimentação (valor a ser discutido) para cada um ter livre arbítrio de realizar suas refeições de acordo com seus horários. Cada um vai ao local mais próximo. Locais: lanchonetes, padarias, restaurantes.

c) O local deve ser dividido em setores:

Ceilândia Sul → Hipermercado Extra (ponto de referência)

Ceilândia Centro → Caixa Econômica (ponto de referência)

Ceilândia Norte → Beth e Lili ou Fundação Bradesco (ponto de referência)

Melhor horário: às 9 horas da manhã.

d) Ceilândia Centro, Sul e Norte.

e) Pontos perigosos: área mais perigosa da Ceilândia: Norte. O que fazer? Os pesquisadores não devem utilizar trajes chamativos, tênis caros, celular à mostra, jóias.

f) Viável, visto que se deverá considerar os contratemplos surgidos no decorrer da pesquisa.

g) Sempre ter um apoio dando suporte aos entrevistadores.