

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Helena Paula Guerra dos Santos

**COMO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA PERCEBEM O
PROGRAMA E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA VIOLÊNCIA?**

Eusébio-CE
Outubro 2019

Helena Paula Guerra dos Santos

**COMO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA PERCEBEM O
PROGRAMA E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA VIOLÊNCIA?**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da
Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família, Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde
da Família.

ORIENTADOR (A): Prof. Dra. Anya
Pimentel Gomes Fernandes Vieira-
Meyer

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde da
Família

LINHA DE PESQUISA: Atenção e
Gestão do Cuidado em Saúde

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S237c Santos, Helena Paula Guerra dos.
Como as gestantes beneficiárias do Bolsa Família percebem o programa e suas repercussões na saúde e na violência? / Helena Paula Guerra dos Santos. -- 2019.
212 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Programas Governamentais. 2. Renda. 3. Pobreza. 4. Gestantes.
5. Saúde da Família. 6. Violência. 7. Segurança Alimentar e Nutricional.
8. Mortalidade Infantil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.882

Helena Paula Guerra dos Santos

**COMO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA PERCEBEM O
PROGRAMA E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA VIOLÊNCIA?**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ-CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Família.

Banca Examinadora

Presidente/Orientador

Prof.^a Dr.^a Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer
Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz/CE

Membro externo

Prof.^a Dr.^a Kátia Yumi Uchimura
Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu/PR

Membro interno

Prof.^o Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz/CE

Data da Aprovação: ____ de _____ de 2019

Eusébio-CE

EPÍGRAFE

“O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade.”

Herbert José de Sousa (Betinho)

A todos que lutam por um mundo mais justo, inclusivo, tolerante, solidário e livre. A busca por garantir direitos essenciais nos eleva a outro patamar de humanidade.

A todos que sofrem com essas iniquidades e precisam da proteção do Estado e da sociedade civil.

À minha amada mãe, que tanto se dedicou para que eu chegasse até aqui, fez meu mundo melhor e, certamente, continua a me guiar de onde está.

Aos meus sobrinhos amados, às minhas afilhadas queridas, na esperança de que eles se tornem sujeitos históricos e agentes na transformação do nosso mundo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela dádiva da vida e pela chance de aprender e evoluir todos os dias.

Aos meus pais, Maria Helena (*in memoriam*) e Jatis (*in memoriam*), por terem sido instrumento da minha existência e terem me conduzido nessa jornada.

À minha família, para que essa obra os ajude a ressignificar valores e práticas.

À minha irmã Helena Márcia, pelo apoio decisivo ao meu ingresso neste mestrado.

À Profa. Dra. Anya, orientadora e amiga, pela paciência, confiança e conhecimentos transmitidos. Obrigada por tudo! Serei sempre sua admiradora!

Ao Prof. Dr. Roberto Wagner, Profa. Dra. Kátia Yumi e Profa. Dra. Sharmênia Nuto, pela disponibilidade em compor a banca examinadora e apoiar na qualificação deste estudo.

A todos os professores do mestrado, pela dedicação, repasse de conhecimentos e suporte ao longo deste curso.

Aos secretários e trabalhadores da Fiocruz por toda disponibilidade nos momentos necessários.

Aos meus amigos e amores, por toda paciência neste momento de isolamento social e grande torcida pelo meu sucesso.

Às colegas do curso, pelos aprendizados, boa convivência e suportes mútuos em todas as etapas compartilhadas.

À equipe de entrevistadoras, sem as quais esse trabalho não teria sido possível.

Às gestantes beneficiárias entrevistadas, pela disponibilidade e paciência em responder nossos questionamentos, sem elas este estudo não teria razão de existir.

Aos gestores das Unidades de Atenção Primária de Fortaleza, por todo apoio na realização deste estudo.

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família por terem colaborado, direta ou indiretamente, na realização deste estudo.

A minha equipe de trabalho e a todos que compõe a Secretaria Municipal de Saúde, pela retaguarda, torcida e suporte em todos os momentos deste curso e realização desta pesquisa.

À minha coordenadora Alessandra Pimentel, por toda compreensão em permitir minha participação nas aulas do mestrado e no desenvolvimento desta pesquisa.

A todos aqueles que me permitiram completar mais esta etapa da minha carreira profissional, obrigada!

RESUMO

Na literatura existem relatos de desconhecimento das beneficiárias acerca de aspectos gerais do Programa Bolsa Família (PBF) e de interferências controversas deste programa na segurança alimentar e na experiência com a violência doméstica e comunitária. Constatada a lacuna de investigações com gestantes beneficiárias, objetivou-se analisar seu padrão de percepção sobre o programa, critérios de inclusão, condicionalidades da saúde e benefícios, bem como possíveis repercussões na saúde e na violência experienciada. Foi desenvolvido estudo transversal com abordagem quantitativa, em amostra probabilística de 354 gestantes de Fortaleza, acompanhadas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Coletou-se dados sociodemográficos, percepções de acesso e qualidade do pré-natal, autopercepção da ingestão alimentar e experiência testemunhal e sofrida com a violência doméstica e comunitária, por meio da aplicação de formulários validados, em entrevista estruturada, nas dependências das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no período de outubro de 2018 a julho de 2019. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniChristus, sendo aprovado mediante parecer n.º 2.758.702. A análise estatística foi feita em base eletrônica pelo STATA SE 14.2. As gestantes eram jovens (idade média 27 DP $\pm$ 5,8); fortalezenses (74,9%); solteiras (38,7%) ou em união estável (36,7%); pardas ou negras (92,1%); católicas (45,2%) ou evangélicas (44,3%); ocupavam-se do lar (58,8%); com escolaridade de ensino médio (59,3%). A média de renda foi de R\$706,44 (DP $\pm$ 625,4); apresentaram média de 1,4 filhos (DP $\pm$ 1,2); e recebiam do PBF valor médio de R\$ 181,10 (DP $\pm$ 88,2), há, em média, 45 meses (DP $\pm$ 45,9). Observou-se que 74,5% das gestantes conheciam critérios de inclusão, 80,5% citaram condicionalidades da saúde corretas e 94% os benefícios do PBF. Quanto ao pré-natal, 80,9% foram captadas precocemente, 51% tiveram consulta odontológica, 89,5% realizaram todos os exames, 82% realizaram testes rápidos, 86,7% perceberam o pré-natal como bom e 25,1% participaram de palestras educativas. Em relação a segurança alimentar, 69% aumentaram consumo de frutas e sucos, 59% de cereais, 58% de leite e derivados, 57% de ovos e 55% de feijão. No tocante a experiência com a violência doméstica e comunitária, 17,2% sofreram insultos, 13,6% foram humilhadas, 13,3% foram empurradas, 43,2% viram agressão física e 22,6% sofreram assaltos com agressão física. Os achados permitiram concluir que as gestantes têm bom conhecimento sobre o PBF, com melhores resultados associados a realizações de palestras; o acesso e qualidade do pré-natal foi evidente, mesmo com limitações de acesso às palestras educativas, consulta odontológica e realização de ultrassom no Sistema Único de Saúde (SUS); o consumo alimentar refletiu aumento considerável de grupos alimentares mais saudáveis, conectando o PBF a promoção da segurança alimentar; a experiência com violência foi manifesta e real, com evidências de correlações positivas da violência com a baixa escolaridade, residência em regiões mais pobres, religião evangélica, baixa renda e ausência de vínculo matrimonial. Evidenciou-se potencial sinergia das ações de políticas públicas entre si, por meio da intersecção do PBF e da ESF, fortalecendo a Rede Cegonha, em atuação conjunta no empoderamento da gestante, promoção da segurança alimentar, redução da experiência com a violência e melhoria no acesso e qualidade do pré-natal.

Palavras-chave: bolsa família, gestantes, saúde da família, violência, segurança alimentar.

ABSTRACT

The literature contains reports of lack of knowledge of the beneficiaries about Bolsa Família Program's (BFP) general aspects and controversial interference on food security and experience with domestic and community violence. Noting the lack of investigations with pregnant women beneficiaries, we aimed to analyze their pattern of perception about the program, its inclusion criteria, health conditionalities and benefits, as well as possible repercussions on health and violence experienced. A cross-sectional study with a quantitative approach was developed in a probabilistic sample of 354 pregnant women from Fortaleza, accompanied by the Family Health Strategy (FHS). Sociodemographic data, perceptions of access and quality of prenatal care, self-perception of food intake, and witnessed experience with domestic and community violence were collected through the application of validated forms, in a structured interview, in the facilities of the Care Units Health (UAPS), from October 2018 to July 2019. The study was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of UniChristus and was approved by Opinion Approval nº. 2,758,702. Statistical analysis was performed electronically by STATA SE 14.2. The pregnant women were young (mean age 27 SD $\pm$ 5.8); born in Fortaleza (74.9%); single (38.7%) or in stable union (36.7%); brown or black (92.1%); catholic (45.2%) or evangelical (44.3%); took care of the home (58.8%); with high school education (59.3%). The average income was R\$ 706.44 (SD $\pm$ 625.4); had an average of 1.4 children (SD $\pm$ 1.2); and received from the PBF an average value of R \$ 181.10 (SD $\pm$ 88.2), for an average of 45 months (SD $\pm$ 45.9). It was observed that 74.5% of the pregnant women met inclusion criteria, 80.5% cited correct health conditionalities and 94% the benefits of the BFP. As for prenatal care, 80.9% were caught early, 51% had dental consultations, 89.5% performed all examinations, 82% performed rapid tests, 86.7% perceived prenatal care as good and 25, 1% attended educational lectures. Regarding food security, 69% increased consumption of fruits and juices, 59% of cereals, 58% of milk and dairy products, 57% of eggs and 55% of beans. Regarding the experience with domestic and community violence, 17.2% were insulted, 13.6% were humiliated, 13.3% were pushed, 43.2% saw physical aggression and 22.6% were robbed and physical assaulted. The findings allowed us to conclude that pregnant women have good knowledge about the PBF, with better results associated with lectures; prenatal access and quality was evident, even with limitations on access to educational lectures, dental consultation and ultrasound in the Unified Health System (SUS); food consumption reflected a considerable increase in healthier food groups, connecting the BFP to the promotion of food security; the experience with violence was manifest and real, with evidences of positive correlations of violence with low education, residence in poorer regions, evangelical religion, low income and absence of marriage bond. Potential synergy of public policy actions was evidenced among themselves, through the intersection of the BFP and the FHS, strengthening the Stork Network, in joint action on the empowerment of pregnant women, promotion of food security, reduction of experience with violence and improvement in prenatal care access and quality.

Keywords: bolsa família, pregnant women, family health, violence, food security.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ACE	AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BPC	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEPAL	COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE
COGETS	COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
eSF	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
IBASE	INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
MDS	MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME
NOB	NORMA OPERACIONAL BÁSICA
ODM	OBJETIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PCATool	PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL
PETI	PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL
PIASS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PGRM	PROGRAMA DE RENDA MÍNIMA
PGRFM	PROGRAMA DE RENDA FAMILIAR MÍNIMA

PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNAD	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS
PNPS	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PTRC	PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
RC	REDE CEGONHA
RMM	RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA
SEDESOL	SECRETARIA PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SER	SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL
SESA	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SINASC	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE
SISVAN	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UAPS	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
US	UNIDADE DE SAÚDE
VISA	VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Expansão dos programas de transferência condicionada de renda no mundo (1997 a 2008)-----	19
FIGURA 2- Razão de Mortalidade Materna no Brasil 2006-2015-----	41
FIGURA 3- O Brasil e a mortalidade materna em relação à América Latina-----	41
FIGURA 4- Percentual de casos de violência por sexo em Fortaleza/CE-----	50
FIGURA 5- Percentual de casos de violência por faixa etária em Fortaleza/CE-----	51
FIGURA 6- Percentual de casos de violência por raça/cor em Fortaleza/CE-----	51
FIGURA 7- Prevalência do aumento do consumo por grupos alimentares específicos em famílias beneficiárias do PBF, no Brasil, 2007-----	55
FIGURA 8- Organização administrativa da saúde de Fortaleza-----	63
FIGURA 9- Consolidado do Bolsa Família para o total de gestantes em Fortaleza---	64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Programas de Transferência de Renda da América Latina e Caribe - 1990 a 2017-----	21
QUADRO 2- Amostra de gestantes proporcional à população beneficiária de cada regional-----	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. Programas de Transferência de Renda Condicionada	17
2.1.1. Os Programas de Transferência na América Latina	19
2.1.2. O Programa Bolsa Família (PBF)	25
2.2. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	32
2.3. A Saúde Maternoinfantil e a Rede Cegonha	39
2.4. Algumas iniciativas de avaliação do Programa Bolsa Família	43
2.5. Repercussões do Programa Bolsa Família na Saúde e Violência	47
2.5.1. Doenças Negligenciadas	48
2.5.2. Violência Comunitária	49
2.5.3. Violência Doméstica	52
2.5.4. Segurança Alimentar	55
2.5.5. Mortalidade infantil	60
3 OBJETIVOS	62
3.1. Objetivo Geral	62
3.2. Objetivos Específicos	62
4 MATERIAL E MÉTODO	63
4.1. Tipo de estudo	63
4.2. Local do Estudo	63
4.3. Sujeitos do Estudo	63
4.4. Amostra do Estudo	63
4.5. Coleta de Dados	65
4.6. Organização e Análise dos Dados	66
4.7. Aspectos Éticos	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
5.1. Artigo 1- Quem são as gestantes beneficiárias do Bolsa Família e como estas percebem o Programa: Superando o senso comum	71

5.2. Artigo 2- Repercussões dos Programas Bolsa Família e Saúde da Família no acesso e qualidade do pré-natal -----	90
5.3. Artigo 3- Reflexos dos Programas Bolsa Família e Saúde da Família na segurança alimentar das gestantes beneficiárias-----	106
5.4. Artigo 4- O Programa Bolsa Família e a experiência da gestante com a violência doméstica e comunitária-----	128
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO-----	147
REFERÊNCIAS -----	149
APÊNDICES -----	161
Apêndice A (Instrumentos de Coleta de Dados)-----	162
Apêndice A1 (Formulário Sociodemográfico) -----	162
Apêndice A2 (Formulário Bolsa Família e Saúde)-----	163
Apêndice A3 (Formulário Autoavaliação Alimentar) -----	166
Apêndice A4 (Formulário Violência Comunitária e Doméstica)-----	168
Apêndice B (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE) -----	171
ANEXOS-----	172
Anexo 1 (Parecer de Aprovação do CEP)-----	173
Anexo 2 (Carta de Anuência COGETS/SMS)-----	175
Anexo 3 (Artigo de revisão para submeter a Revista Panamericana de Salud Pública – Os Programas Saúde da Família e Bolsa Família impactam indicadores de saúde e violência?)-----	176
Anexo 4 (Artigo submetido para compor capítulo de livro sobre Estratégia Saúde da Família – Impactos do Programa Bolsa Família e do acompanhamento da Estratégia Saúde da Família na segurança alimentar dos beneficiários)-----	197

1 INTRODUÇÃO

Os programas de transferência de renda condicionada (PTRC) são políticas públicas, que integram as redes de proteção social, os quais emergiram pontualmente, em meados dos anos 90, em alguns países da América Latina, a exemplo do Brasil. Desde então, tem havido um rápido espalhamento de tais políticas pelo mundo, com destaque para os países em desenvolvimento, mas também acompanhadas por países desenvolvidos (FISZBEIN; SCHADY, 2009). O que se busca com esses programas são o alívio imediato à pobreza, o rompimento do seu ciclo intergeracional e a disponibilidade de ações e programas complementares, que qualifiquem a oferta de serviços e apoiem o desenvolvimento das famílias (XIMENES; AGATTE, 2011).

O Programa Bolsa Família (PBF) é o PTRC brasileiro, que se destaca como um dos mais antigos e de maior cobertura na América Latina, direcionado às famílias vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza. O PBF objetiva garantir a essas famílias o incentivo ao acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde (PASE; MELO, 2017). Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que coordena e gerencia o programa desde 2004, em torno de 14 milhões de famílias brasileiras, ou 50 milhões de pessoas, estão tendo acesso ao benefício. No Ceará são 1.049,696 famílias beneficiárias, quase 30% da população e em Fortaleza 206.891 famílias, cerca de 20% da população do município (BRASIL, 2019a).

Uma vez conseguida a inserção no programa as famílias eleitas devem cumprir uma série de condicionalidades, que são obrigações relacionadas ao cumprimento de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social para melhorar as condições de desenvolvimento familiar. Dentre os mais pobres, as atenções do PBF se voltam para crianças menores de sete anos, adolescentes até 17 anos e mulheres gestantes. No tocante as mulheres gestantes e nutrízes essas deverão ser acompanhadas em exames pré-natais e de puericultura, participando obrigatoriamente também de ações de educação em saúde que promovam o aleitamento materno e alimentação saudável (BRASIL, 2019b).

Na literatura constam relatos que indicam que as beneficiárias do PBF não sabem o porquê de estarem inseridas no programa, não sabem da sua importância e não conhecem suas condicionalidades e critérios de inclusão (BARBOSA;

DIÓGENES; MONT'ALVERNE, 2014; SANTOS et al., 2011). Mas, quase não há estudos que investiguem essa afirmação sobre as percepções de beneficiárias e a apropriação das mesmas sobre o PBF (FRAGA; PAULI; VALCANOVER, 2015). Com relação a estudos de perspectivas das gestantes sobre o PBF, verificou-se lacuna acadêmica.

Em busca realizada nas bases de dados da literatura nacional e internacional, conseguiu-se localizar apenas um artigo nesse sentido, sobre pesquisa qualitativa voltada somente para a percepção da qualidade alimentar por 38 participantes não gestantes do PBF em Curitiba, Paraná (UCHIMURA et al., 2012). Foram encontrados três outros, usando *Google Scholar* e *Scielo*, dois frutos de dissertação de mestrado, e uma *Survey* de base populacional pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE, 2008), financiada pelo MDS, investigando cinco mil beneficiárias do Brasil sobre repercussões do PBF na segurança alimentar. As dissertações tinham enfoque qualitativo, a primeira investigando as percepções de 28 beneficiárias não gestantes, em uma unidade de saúde em Manguinhos, Rio de Janeiro, acerca do PBF e suas repercussões nas condições de vida (PINTO, 2010). A segunda investigou 10 beneficiárias não gestantes do Morro da Penha, em Santos, para identificar a percepção das mesmas sobre a condicionalidade de saúde como direito (ANDRADE, 2010).

Há uma variável de acréscimo financeiro no benefício concedida às gestantes na organização do PBF e uma condicionalidade específica de acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2018a). Bem como há a necessidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) ofertar um atendimento pré-natal de boa qualidade, possibilitando um desenvolvimento saudável da gestação e prevenindo mortes por causas evitáveis (FORTALEZA, 2016). Este, deve atingir metas e objetivos da Rede Cegonha (RC) para o componente pré-natal, estratégia que busca como finalidade maior reverter as, ainda altas, taxas de mortalidade maternoinfantil no Brasil (BRASIL, 2011a).

Ademais, é relevante investigar a segurança alimentar, pois a alimentação é ponto chave para o bom desenvolvimento da gestação e das crianças (BRASIL, 2010). Pesquisas apontam para a necessidade de o PBF incorporar ações para facilitar uma alimentação saudável e controvérsias na influência deste sobre a segurança alimentar (LIGNANI et al. 2012; UCHIMURA et al., 2012; COTTA; MACHADO, 2013; COELHO; MELO, 2017; SILVANI et al., 2018).

Do mesmo jeito, é proeminente abordar a violência, pois, além de grave problema de saúde pública (REICHENHEIM *et al.*, 2011), a violência entre parceiros íntimos traz sérios e graves impactos à saúde da mulher e do bebê (GUNTER, 2007), e também tem sua ligação com o PBF povoada de controvérsias (MARTINS *et al.*, 2010; SABOIA, 2016; MOREIRA *et al.*, 2016; DANTAS;NERI, 2013).

Nosso estudo justifica-se na necessidade de conhecer as percepções das gestantes, mas também de investigar como estão sendo feitas as práticas de implementação do PBF e o acompanhamento pré-natal pelas equipes da ESF. Visto que, o PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, depende muito dela para ter sucesso (SILVA; PAES; SILVA, 2018). Cabe aqui ressaltar que essas práticas assistenciais de acompanhamento das condicionalidades já são questionadas, com inferências negativas na literatura pesquisada (BARBOSA; DIÓGENES; MONT'ALVERNE, 2014; PETROLA *et al.*, 2016).

É relevante levantar dados que possam identificar os principais efeitos do PBF sobre as condições de vida das famílias beneficiadas (DRAIBE; FONSECA; MONTALI,1998), sobretudo se esse impacto é percebido pela ótica dos seus beneficiários. Ao adentrar nos condicionantes, sujeitos envolvidos e na análise do próprio desenho e concepção de um determinado programa ou política social obtemos uma importante ferramenta de gestão e controle social (FERNANDES; VASCONCELOS, 2017).

Desta forma, realizou-se estudo transversal, tipo levantamento face a face, com o objetivo de descobrir e analisar o padrão de percepção das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza sobre o programa e seus impactos na saúde e na experiência com violência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA

O debate em torno dos programas de transferência de renda condicionada (PTRC) passou a conhecer novas perspectivas desde o século passado. O combate à fome e à pobreza ganham centralidade e concretizam uma nova solidariedade sob a forma de um pacto social entre o Estado e as classes menos favorecidas. O que vem fortalecer a implantação de políticas públicas de proteção social. Desde 1940 redefinem-se as práticas na garantia dos direitos sociais, consolidando-se uma esfera de ação estatal baseada na ampliação da esfera social para o campo dos direitos civis (ZIMMERMANN; FROTA, 2010).

O sucesso e espalhamento atual dessas políticas pelo mundo devem-se, parcialmente, às evidências sólidas de impactos positivos na acumulação de capital humano, provenientes de estudos de alguns acadêmicos e instituições internacionais que, de início, apontaram para a boa focalização dos programas, eficiência na melhora do capital humano, potencial de redução de desigualdade e baixo custo. Embora, tenha surgido concomitantemente a preocupação com a avaliação e mensuração dos resultados de tais políticas, que até então não se verificava na maior parte dos países latino-americanos (NAZARENO; VASCONCELOS, 2015).

Para uma total compreensão da emergência e disseminação desse tipo de política faz-se necessário também entender o cenário econômico internacional, com a chegada forte do neoliberalismo impondo liberalização irrestrita da economia e pondo em xeque o sistema de proteção social vigente. O Estado viveu um dilema, já que era necessário combater a pobreza com mínima intervenção estatal, o qual foi parcialmente solucionado com a adoção de políticas de transferência condicionada de renda em oposição às políticas tradicionais de assistência social, que não exigiam contrapartidas dos beneficiários (BOIADIJAN, 2009).

Há muita polêmica, dilemas e desafios no terreno dos programas de transferência direta de renda. A questão sobre esse repasse ser feito em espécie e não em produtos ou bens materiais geram um ponto de discussão válido e interessante. O empoderamento do indivíduo ao decidir como vai gastar o dinheiro repassado, bem como o reforço dado pela cobrança de condicionalidades vão além da correção de falhas num sistema desigual de distribuição de renda

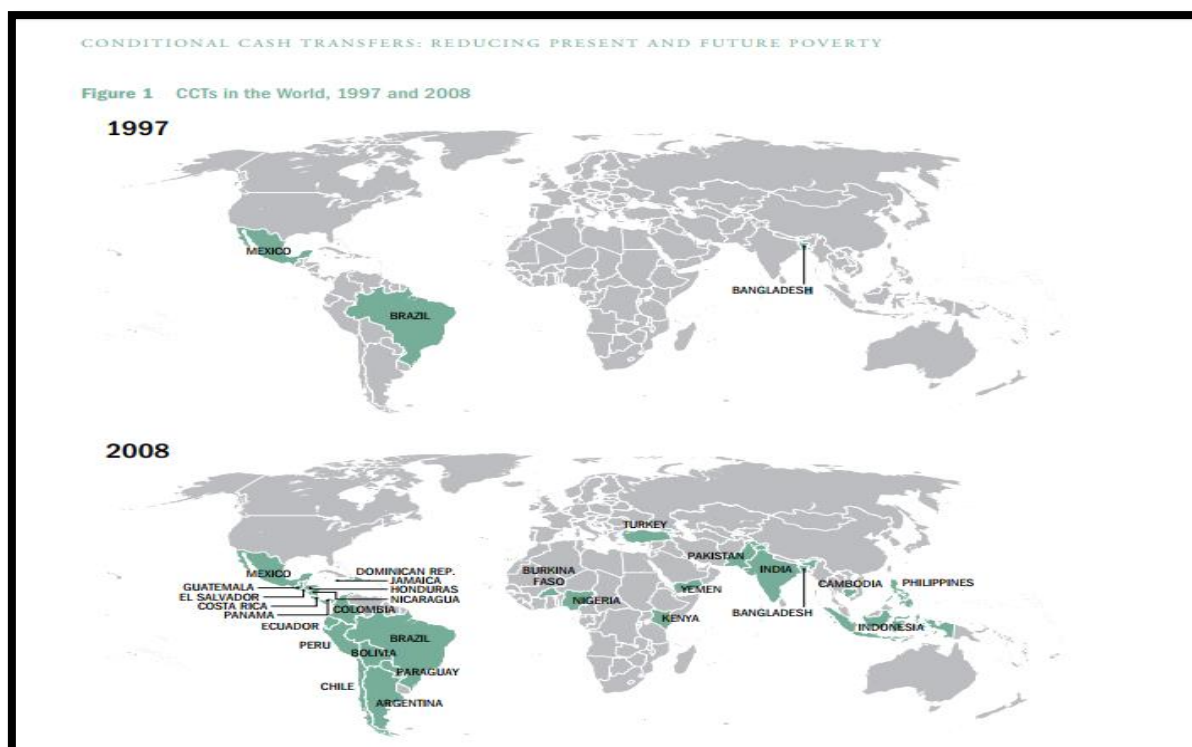
(KERSTENETZKY, 2006). Mas, as transferências diretas poderiam gerar incentivos negativos ao desencorajar sua oferta de trabalho (FISZBEIN E SCHADY, 2009). Embora, tenham a prerrogativa de aumentar o bem-estar das famílias pobres ao funcionar como uma espécie de seguro em períodos de flutuação econômica.

Já para a questão da existência de condicionalidades os argumentos a favor são mais fortes para esses autores, para Fiszbein e Schady (2009) a escolha privada pelo investimento em capital humano pode ser muito inferior ao considerado ótimo do ponto de vista social, e a condicionalidade seria um incentivo direto do Estado como indutor de comportamentos, além de ser melhor vista por não beneficiários. Lomeli (2008) também afirma que a presença das condicionalidades e seu potencial de alavancar o capital humano das famílias pode ser vista como uma política de desenvolvimento de longo prazo, ao contrário das incondicionais, puramente assistencialistas ao seu ver.

No entanto, estipular obrigatoriedades e penalizar uma parcela da população, que já vive em condições precárias, pelo descumprimento de obrigações inerentes ao Estado pode parecer injusto. Santos et al. (2014) apontam que considerando a insuficiência dos serviços básicos, quando falamos de Brasil, para atender às necessidades das famílias do PBF, as condicionalidades deveriam ser impostas ao Estado, nos seus três níveis e não às famílias. Fraga, Pauli e Valcanover (2015) reforçam essa ideia e relatam que o manual de gestão do PBF afirma que as penalidades aplicadas pelo descumprimento das condicionalidades têm fins de evidenciar o não exercício dos direitos das famílias e não as punir.

Fiszbein e Schady (2009) em seu extenso trabalho realizado para o Banco Mundial conseguem se manter, apesar dos dez anos que se passaram da publicação, uma das principais referências acerca dos PTRC, e a figura extraída do seu trabalho, a qual demonstra a expansão dos programas entre 1997 e 2008 é bastante representativa da disseminação que houve e que já foi explanado em qual contexto e por quais justificativas. A visualização da figura 1 ilustra bem o espalhamento dos PTRC ao redor do mundo, ao longo desses anos, embora já caibam novos países nessa composição.

FIGURA 1-Expansão dos programas de transferência condicionada de renda no mundo (1997 a 2008).



Fonte: *Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty*. Fiszbein e Schady (2009) para o Banco Mundial.

2.1.1. OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA NA AMÉRICA LATINA

Conforme descrevem Magro e Reis (2011) a crise mundial iniciada ao final da década de 60, os processos de globalização dos mercados e mundialização do capital, a “crise da dívida externa” e os desequilíbrios macroeconômicos presentes na América Latina na década de 80 impuseram a adoção de novas medidas econômicas por parte dos países periféricos, sob a regência dos países centrais e das agências multilaterais. De modo ampliado, até meados da década de 90, as políticas de proteção social, com cobertura relativamente alta no contexto da América Latina, estavam estruturadas ao redor do mercado formal e trabalho e do sistema de seguridade social. As dificuldades econômicas e seus impactos na esfera social vivenciados nesse período impulsionaram ações focalizadas, a partir de programas sociais.

Os PTRC da América Latina apresentam diversos qualificadores que representam elementos comuns que os transforma na estratégia prevalente de proteção social adotada desde 1990, embora com visível expansão a partir dos anos 2000. Eles buscam enfrentar as sequelas dos processos de ajuste econômico, representadas pela elevação dos índices de pobreza, de indigência e de diferentes

modalidades de trabalho precarizados, instáveis e de baixos salários. Entre esses qualificadores destacam-se: focalização na pobreza e extrema pobreza; famílias como os principais beneficiários; adoção de condicionalidades, com destaque à saúde e educação, tendo como pressuposto a elevação do capital humano e do capital social em relação às novas gerações e às formas de organização societária (SILVA, 2015).

Alerta-se para o fato de que a forte desigualdade econômico-social nos países de inserção subalterna no mundo econômico traz como impacto na regulação social uma redução do alcance da política social. Assim, as políticas de renda mínima na América Latina surgem pautadas na ideia de focalização, não sendo vistas como um direito social universal de cidadania e são fortemente construídas sob uma ótica residualista de diminuição da pobreza, e não de dignidade como direito de cidadania (ZIMMERMANN; FROTA, 2011). E, para Magro e Reis (2011) ainda muito longe do alcance de uma das metas dos Objetivos do Milênio (ODM) para a região, onde o principal alvo é a erradicação da pobreza.

Pobreza essa que possui várias facetas e dimensões, para Silva (2015) ela possui caráter e perspectivas multidimensionais e multifuncionais, mas é sobretudo estrutural, a depender da forma como a sociedade se organiza para produzir e distribuir o produto do trabalho. A pobreza decorreria principalmente da concentração da renda e dos meios de produção pelos proprietários, que são poucos e cada vez mais ricos, baseado na lógica capitalista da exploração da mão de obra trabalhadora, que são muitos e cada vez mais explorados. Para a autora, os PTRC implementados na América Latina tem desconsiderado essa lógica estrutural de pobreza, o que termina instituindo a responsabilização dos pobres pela sua pobreza e superação dela. E que também finda na produção de ações focalizadas e compensatórias, pois não se pensa em qualquer intervenção sobre as determinações estruturais geradoras e mantenedoras da pobreza e de sua reprodução.

O que fica estabelecido no âmbito do texto escrito por Silva (2015) é que a concepção de pobreza formulada por Sen (2000) é que vem inspirando e fundamentando a concepção de pobreza que orienta as propostas e a implementação dos PTRC na América Latina. Para Amartya Sen a pobreza é concebida na sua multifuncionalidade, constituindo-se num fenômeno social complexo, decorrente de privações de necessidades materiais, de bem-estar, e de negações de oportunidades de acesso a padrões aceitáveis socialmente. Essa condição seria enxergada nos

critérios de elegibilidade das famílias e pessoas, nos objetivos dos programas, na fixação das condicionalidades e na oferta de benefícios não monetários e ações complementares.

Magro e Reis (2011) reforçam a fala de Silva (2015) ponderando que evidencia-se que esses programas seriam ineficazes do ponto de vista do enfrentamento da pobreza, sobretudo porque não combatem as raízes da desigualdade na região, e ainda acabam por reforçar o estigma da subalternidade, pois a pobreza permanece tratada à margem das políticas sociais e relegada ao campo do não direito.

Segundo dados consultados na base de dados de programas de proteção social não-contributiva da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - CEPAL (2017) temos a indicação que 20 países, que compõem a América Latina e Caribe, possuem programas de transferência de renda condicionada em nível nacional em funcionamento até início de 2018, quais sejam: Argentina, Belize, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Peru, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Trinidad Tobago e Uruguai. O quadro abaixo (quadro 1) foi construída a partir de consulta a página e ilustra a implantação e as reformas nos referidos programas de cada país, no período de 1990-2017:

Quadro 1- Programas de Transferência de Renda da América Latina e Caribe - 1990 a 2017

PAÍS	ANO	PROGRAMA
Honduras	1990	Programa de Asignacion Familiar (PRAF) (1990 - 2009)
	1998	PRAF/BID Fase II (1998-2005)
	2006	PRAF/BID Fase III (2006-2009)
	2010	Bono Vida Mejor [ex Bono 10.000 Educacion, Salud y Nutricion] (2010 -)
Brasil	1996	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil- PETI (1996 -)
	2001	Bolsa Escola (2001-2003)
	2001	Bolsa Alimentação (2001-2003)
	2003	Cartão Alimentação (2003-2003)
	2003	Bolsa Família (2003 -)
	2011	Programa Bolsa Verde (2011 -)
México	1997	Oportunidades (Programa de Desarrollo Humano, ex Progresa) – em 2001 troca-se o nome do programa, que passa a beneficiar também a zona urbana. (1997 – 2014)
	2014	Prospera- Programa de Inclusión Social (2014 -)
Equador	1998	Bono Solidário (1998-2003)

	2003 2011	Bono de Desarrollo Humano (2003 -) Desnutricion Zero (2011 -)
Nicaragua	2000 2005	Red de Proteccion Social (2000-2006) Sistema de Atención a Crisis (2005-2006)
Costa Rica	2000 2006	Superémonos (2000-2002) Avancemos (2006 -)
Colômbia	2001 2005 2007	Família em Ação (2001 -) Subsídios condicionales a la asistencia escolar (2005-2012) Red Unidos [ex Red Juntos] (2007 -)
Jamaica	2001	Programme of Advancement through helath and education (2001 -)
Argentina	2002 2005 2005 2009	Jefas e Jefes de Hogar Desocupados (2002-2005) Familias por la Inclusion Social (2005- 2010) Programa de cidadania Porteña (2005 -) Asgnacion Universal por Hijo para Protección Social (2009 -)
Chile	2002 2012	Chile Solidário (2002 - 2012) Subsistema de Seguridades e Oportunidades- SSyOO (2012 -)
El Salvador	2005	Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias en El Salvador [ex Comunidades Solidarias Rurales o Red Solidaria] (2005 -)
Peru	2005	Programa Juntos (2005 -)
Paraguay	2005 2005	Tekoporã [em Guaraní significa bem-estar] (2005 -) Abrazo (2005 -)
Uruguay	2005 2006 2008	Plan de Atencion Nacional a la Emergencia Social – PANES (2005- 2007) Tarjeta Alimentaria (2006 -) Asignaciones Familiares (2008 -)
Panamá	2005 2006	Bonos familiares para la Compra de Alimentos [Componente especial para zonas rurais e indígenas. Integra a Red de Oportunidades desde 2006. (2005 -) Red de Oportunidades (2006 -)
República Dominicana	2005 2012	Programa Solidariedad (2005-2012) Progresando com Solidariedad (2005 -)
Trinidad e Tobago	2005	Targeted Conditional Cash Transfer Program- TCCTP (2005 -)
Bolivia	2006 2009	Bono Juancito Pinto (2006 -) Bono Madre Niño-Niña Juana Azurduy (2009 -)
Guatemala	2007 2008 2012	Proteccion e Desarrollo de la Niñez y Adolescencia (2007-2008) Mi Familia Progresa (2008-2011) Mi Bono Seguro (2012 -)
Belice	2011	Creando oportunidades para nuestra transformacion social (Building

		Opportunities for our Transformation -BOOST) (2011 -)
Haiti	2012	Ti Maman Cheri Tou (2012 -)

Fonte de dados brutos: Base de Dados de Programas de Proteção Social não-contributiva da CEPAL, 2017. Elaboração própria.

Observando o levantamento feito no quadro 1 pôde-se atentar ao fato de que dos 48 programas já iniciados somente 28 encontram-se em atividade, mas isso se deve principalmente as reformulações, evoluções e incorporações de um programa no outro. A Nicarágua é o único país que já teve dois programas ativos e não possui mais nenhum em atividade. Honduras, Brasil, México e Equador foram pioneiros e iniciaram esse tipo de programa ainda na década de 90. Belize e Haiti foram os dois últimos países a providenciar um PTRC, ainda no início dessa década, e já poderiam compor e ampliar o mapa apresentado na figura 1 dessa revisão. O Brasil se destaca por ter três programas dessa natureza em atividade, seguido do Equador, Colômbia, Argentina, Paraguai e Uruguai com dois programas ativos, os outros catorze países desenvolvem apenas um programa em seus territórios.

Outro ponto válido de destaque na análise do quadro foi a recente reformulação ou renomeação no PTRC do México, que já vinha desde 1997 com o seu programa Oportunidades (antigo Progres, exclusivo para trabalhadores rurais) em desenvolvimento, com ressalva para a mudança para esse nome em 2001, devido a incorporação dos trabalhadores urbanos, e agora em 2014 rebatizado Prospera (mantendo a linha de ação do Oportunidades) pelo presidente Enrique Peña Nieto. Também é destacável o programa mexicano porque ele foi de fato o primeiro PTRC de grande porte e cobertura que visou adotar medidas de combate à pobreza extrema, tornando-se um dos mais conhecidos e dos mais potentes em atividade. Por isso, será feita abordagem com mais detalhes sobre o modelo mexicano de PTRC.

De acordo com a Secretaria de Desenvolvimento Social- SEDESOL (MÉXICO, 2018), o Prospera – Programa de Inclusão Social articula e coordena a oferta institucional de programas e ações de políticas sociais, incluindo as relacionadas ao desenvolvimento produtivo, geração de renda, bem-estar econômico, inclusão financeira e laboral, educação, alimentação e saúde, voltadas para a população em situação de pobreza. O programa tem cobertura nacional, identifica famílias que estão em situação de pobreza, por meio de uma pesquisa de características socioeconômicas e demográficas e se a família se qualifica é incorporada ao

Prospera. O beneficiário geralmente, e preferencialmente, é a mãe da família, ou quem se encarrega da família, e deve cumprir as responsabilidades em saúde e educação para receber o apoio monetário.

O Prospera beneficia as famílias mexicanas nas áreas da saúde, educação, alimentação, inclusão trabalhista, inclusão produtiva, inclusão social e participação social. Na educação oferece bolsas de estudos para cada uma das crianças e jovens integrantes de famílias beneficiárias que frequentam e concluem os seus estudos de ensino fundamental e médio, bem como apoio para a compra de material escolar. Além disso, apoia os emancipados para que continuem estudando por meio de bolsas universitárias, bolsas para jovens com deficiência e bolsas para a formação técnica.

Na saúde oferece acesso a um pacote básico com oficinas de autocuidado, cuidados médicos, prevenção e tratamento de desnutrição, apoio às pessoas idosas, suporte para os membros de zero a nove anos e apoio alimentar suplementar. Na área de inclusão no mercado de trabalho oferece apoio para que as famílias encontrem um trabalho por meio do Serviço Nacional de Emprego. Oferecendo ainda acesso prioritário a 15 programas federais de estímulo à criação de rendimentos de forma autônoma e sustentável.

Os critérios para ter acesso ao Prospera seriam rendimento familiar *per capita* diário inferior a US\$ 1,79 dólar nas áreas rurais e US\$ 2,34 dólares nas áreas urbanas. As condicionalidades são: participação de mães (beneficiárias) em palestras governamentais sobre nutrição e saúde, regularidade em consultas médicas, cumprimento do calendário de vacinação das crianças, frequência escolar regular das crianças, dos adolescentes e jovens, nos ensinos fundamental, médio e superior.

Magro e Reis (2011) ao estabelecer um comparativo entre os programas em execução na América Latina identificaram um conjunto de semelhanças em sua estrutura, composição e objetivos. Como por exemplo, geralmente, esses programas procuram elevar o orçamento monetário das famílias pobres através da transferência monetária de recursos financeiros que varia de acordo com as possibilidades e objetivos de cada País, o que faz com que o valor seja distinto entre as famílias beneficiárias. Um dos pontos mais vulneráveis desses programas é o recorte dos mais pobres entre os pobres e que resulta em grande focalização, exceto no caso do México e Brasil, que possuem grande contingente populacional beneficiário.

Pase e Melo (2017) revelam que o investimento do México e do Brasil em seus

PTRC chamam atenção quando comparados aos demais implantados na América Latina. Embora tenham um percentual de subnutridos menor que 5% beneficiam os maiores percentuais da população, 21,4%, ou 27 milhões de pessoas no caso Mexicano e 24,9%, quase $\frac{1}{4}$ dos seus habitantes, próximo a 50 milhões de habitantes no caso brasileiro, comprometendo 0,41% e 0,47% do PIB, respectivamente. Ou seja, o Prospera e o PBF beneficiam parcela da população acima daqueles em pobreza extrema. O PBF beneficia população maior que a soma da população da Bolívia, Uruguai e Paraguai, sendo também este contingente maior que a população da Argentina.

Como se trata de PTRC de grande relevância e matéria específica desse estudo será dedicado um subcapítulo dessa revisão ao PBF separadamente.

2.1.2. O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Segundo França (2013) a pobreza brasileira é puramente histórica, engendrada na tradição política, socioeconômica e cultural, baseada na acumulação de terra, concentração do poder político, do caráter patrimonialista do gerenciamento público e do modelo econômico excludente. A experiência escravocrata e colonial prolongada, elegeu aos trabalhadores brasileiros a exclusiva responsabilidade por sua sobrevivência. Nesse período, embora essa visão ainda predomine atualmente, a pobreza era somente visualizada por uma incapacidade pessoal.

Assim, a filantropia e a igreja católica, movidas pela rede de solidariedade eram quem disparava ações amenizadoras e paliativas para a questão social. Já durante o processo de transformação societária e da era neoliberal com consequências sobre o quadro de expansão do desemprego e exacerbação da pobreza, chamada crise do *Welfare State* {Estado de Bem-Estar Social}, é que predominam os PTRC no Brasil como possibilidade de enfrentamento das novas expressões da questão social.

Na última década do século XX, na quase totalidade da América Latina, foram implantadas uma série de reformas estruturais que objetivavam estabilizar, fortalecer e criar condições macroeconômicas consistentes no âmbito da reestruturação produtiva. A expectativa era a globalização, o crescimento econômico e ganhos de produtividade. Essas não se concretizaram, e findaram com o aumento quantitativo e generalizado da pobreza, maior desigualdade social e crescimento econômico apenas modesto (MAGRO; REIS, 2011).

Para Silva (2008) a trajetória de institucionalização dos PTRC no Brasil pode ser sintetizada em cinco momentos fundamentais. No primeiro momento, instaurado pelo senador Eduardo Suplicy em 1991 quando instituiu o Programa de Renda Mínima (PGRM) para todos os brasileiros com idade igual ou superior a 25 anos. O segundo momento é inaugurado com uma proposta inovadora que a transferência monetária abrangesse as famílias que possuísem crianças com idade de 5 a 16 anos e que estivessem matriculadas regularmente em escolas públicas (SILVA, 2008).

O terceiro momento é quando se intensifica o debate das primeiras experiências municipais do programa, que coincide com experiências pontuais de Bolsa-Escola no Distrito Federal idealizada por Cristovam Buarque em 1995, na sua campanha para governador e o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRFM) em Campinas, também em 1995 (SILVA, 2008).

O quarto é caracterizado pela implementação dos PTRC no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, que são: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Bolsa Renda, Vale Gás, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), onde ficam expressas a preocupação e reconhecimento das necessidades dos usuários, embora a execução tenha se dado de forma fragmentada (SILVA, 2008).

O último, e mais definitivo momento, é destacado com a instituição do Programa Fome Zero, no ano de 2003, governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Esse governo tinha como ação prioritária o combate à fome e a pobreza, e através de diagnóstico na avaliação dos programas sociais do governo antecessor constatou a necessidade de unificação dos PTRC com criação de um cadastro único e ampliação da abrangência para todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal (SILVA, 2008).

Nesse contexto, teve início o processo de unificação dos programas nacionais de transferência de renda, que envolveu o Bolsa alimentação, o Cartão Alimentação, o Vale Gás, e o Bolsa Escola, dando origem ao PBF, que se destaca pela elevação do valor monetário do benefício em relação aos demais programas que foram unificados, além de ser apontado como o maior da nova geração de programas sociais na América Latina (IPEA, 2007). Em janeiro de 2004 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) com a atribuição de implementar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e coordenar, supervisionar, controlar e avaliar a operacionalização do programa de transferência de renda

(BRASIL 2018a).

O PBF, foi então instituído pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, caracteriza-se como um PTRC e tem como objetivos, em relação aos seus beneficiários: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2018c).

Conforme Lei Federal n.º 10.836 que criou o PBF, a família fica definida como a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros. Nutriz define a mãe que esteja amamentando seu filho com até 6 (seis) meses de idade para o qual o leite materno seja o principal alimento. E a renda familiar mensal representa a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda, nos termos do regulamento. (BRASIL, 2004).

É utilizado um limite de renda para definir os patamares de extrema pobreza e pobreza, limite esse que vem sendo ajustado periodicamente pelo Poder Executivo. Assim, para a vigência do ano de 2018, conforme o MDS, podem fazer parte do Programa todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais, condição considerada de extrema pobreza, e famílias com renda entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham gestantes e crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos em sua composição, condição considerada como pobreza (BRASIL, 2018a).

Para ter acesso ao benefício as famílias devem procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), ou setor do PBF do seu município e se inscrever no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal. Mas, esse cadastro não garante a inclusão imediata. A seleção das famílias é feita por um sistema informatizado, a partir dos dados informados e das regras do programa. E a concessão do benefício dependerá ainda do limite orçamentário e da quantidade de famílias que já foram atendidas no município (BRASIL, 2018a).

O PBF possui um caráter dinâmico, todos os meses há famílias que entram e

outras que saem do programa. O MDS afirma que há mecanismos de controle para manter o foco nas famílias que vivem em condição de pobreza e de extrema pobreza. Por isso, as famílias que não atualizam suas informações, ou alteram seu perfil de renda, podem perder o acesso ao benefício. O descumprimento das condicionalidades nas áreas de educação e de saúde também podem levar ao cancelamento do benefício. Mas, isso só acontece em último caso, visto que o objetivo dessas condicionalidades é reforçar o acesso das famílias mais pobres a direitos sociais (BRASIL, 2018a).

O PBF aplica efeitos gradativos, começando com uma advertência, que não afeta o recebimento do benefício. Quando o descumprimento se repete em um período de até seis meses, há o bloqueio, que impede que as famílias recebam o benefício por um mês, embora esse valor possa ser sacado depois. Se, após o bloqueio, houver novo descumprimento em até seis meses, o benefício fica suspenso por dois meses, sem possibilidade de a família reaver essas parcelas. O efeito mais grave é o cancelamento do benefício, mas isso é uma exceção, pois o descumprimento dos compromissos do programa de forma reiterada pode ser um sinal de que a família está em maior vulnerabilidade. Assim, famílias nessa situação só podem ser desligadas do Bolsa Família depois de passarem por acompanhamento pela área de assistência social no município. O processo segue regras específicas da gestão de condicionalidades (BRASIL, 2018a).

Ainda conforme o MDS, os benefícios pagos podem ser do tipo benefício básico de R\$ 89,00, concedido às famílias em situação de extrema pobreza, e podem receber complementarmente benefícios variáveis, pois famílias pobres e extremamente pobres, que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de 0 a 16 anos incompletos podem receber R\$ 41,00 por cada membro nessa condição, com acúmulo máximo de 5 benefícios por mês, chegando a R\$ 205,00 (BRASIL, 2018a).

O benefício variável a gestante pode ser pago em nove parcelas consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o 9º mês. O benefício variável nutriz pode ser pago em 6 parcelas consecutivas e é destinado às famílias com bebês de 0 a 6 meses, em período de amamentação, desde que a criança seja identificada até o 6º mês de vida e tem valor de R\$ 41,00 também (BRASIL, 2018a).

Há ainda o benefício variável jovem para famílias que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos, o valor é de R\$ 48,00 por mês e cada família pode acumular até dois benefícios, ou seja, R\$ 96,00. E finalmente, há o benefício para superação da extrema pobreza, que é destinado àquelas famílias em situação de extrema pobreza, o valor varia em razão do cálculo realizado a partir da renda por pessoa da família e do benefício já recebido no PBF. Essas famílias podem acumular o benefício básico, o benefício variável e o benefício variável jovem, até o máximo de R\$ 390,00 por mês, além de um benefício para superação da extrema pobreza (BRASIL, 2018a).

Em Fortaleza, os dados do MDS de junho de 2018 mostram que há 196.082 famílias beneficiárias do PBF. Essas famílias equivalem, aproximadamente, a 18,93% da população total do município, e inclui 77.809 famílias que, sem o benefício, estariam em condição de extrema pobreza. Foram transferidos no mês de junho de 2018 R\$ 32.197.550,00 às famílias do PBF e o benefício médio repassado foi de R\$ 164,20 por família (BRASIL, 2018a).

França (2015) afirma que os impactos reais do programa são indiscutíveis, no sentido que representa para muitas famílias uma elevação no nível de renda, ou acesso a única garantia de renda. Embora saliente que o nível de distribuição de renda é insatisfatório, algo compensatório, que não permite superar a condição de pobreza, apenas a ameniza.

Zimmermann e Frota (2010) concordam e acrescentam que não há uma rede de proteção social consolidada no Brasil, que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome e na diminuição dos níveis de pobreza, mas não garante de fato a efetivação dos direitos humanos.

Apesar de que, para receberem seus benefícios regularmente as famílias deverão cumprir uma série de condicionalidades, que são obrigações relacionadas a realização de ações nas áreas da saúde, educação e assistência social. Essas ações objetivam possibilitar a melhora nas condições de desenvolvimento familiar, principalmente de crianças, adolescentes e mulheres gestantes e nutrizes (PASE E MELO, 2017; BRASIL, 2018a).

Na área da educação, cobra-se matrícula e frequência escolar mensal de 85% para crianças de 6 a 15 anos, e matrícula e frequência escolar mensal de 75% para adolescentes de 16 a 17 anos. Na área da saúde, exige-se a vacinação dos menores

de 7 anos, aferição de peso e estatura para acompanhar desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e nutrízes, tanto no aspecto clínico do pré-natal e puericultura, como na prevenção com palestras de aleitamento materno e alimentação saudável. Finalmente, na área da assistência social, crianças e adolescentes com até 17 anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil, devem participar dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, além da frequência mínima escolar de 85% (BARBOSA et al., 2014; PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2018a).

Ximenes e Agatte (2011) destacam que o adequado acompanhamento dessas condicionalidades possibilita a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos a que as famílias têm direito. No entanto, há estudos revelando e apontando o despreparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), atuantes na ESF e responsáveis por esse acompanhamento, onde não entendem ser de sua responsabilidade ações de saúde específicas e prioritárias para o grupo (PETROLA et al., 2014; SANTOS et al.; 2014).

Carnelossi e Bernardes (2014) observam que as condicionalidades de saúde e educação são utilizadas pelo PBF como eixos estratégicos no enfrentamento da pobreza, mas, sem que se problematize a sua real potencialidade e eficácia na quebra do ciclo intergeracional de pobreza. Já para Ximenes e Agatte (2011) está clara a expectativa de que, caso se cumpram os acompanhamentos de educação e saúde, as crianças terão maior chance de formação, inserção no mercado de trabalho e exercício da sua cidadania que seus pais, em sua maioria analfabetos absolutos ou funcionais.

Barbosa et al. (2014) salientam que o PBF representa um avanço inegável no campo social, no entanto se limita por não atingir a universalidade, nem conseguir chegar a todos que dela precisam. Limitando-se também pois cobra obrigações de frequência escolar e consultas em saúde, mas não se preocupa em garantir a qualidade do ensino e do atendimento em saúde.

Santos e Nascimento (2008) afirmam que não podemos negar a importância desse programa para aqueles que não tem condição de se inserir no mercado de trabalho e ponderam que ser contra a ideia da transferência de renda, nos dias atuais, seria, no mínimo, falta de bom senso, uma vez que representaria deixar inúmeras famílias na extrema pobreza, sem alternativas de condições mínimas de sobrevivência.

Para Santos et al. (2011) considera-se que a sustentabilidade do programa e a constante atualização do seu marco legal são elementos fundamentais para introduzir novas lógicas na forma de operar o social no âmbito local, o que conformaria uma arena pública em que o conjunto de atores enxergue reais oportunidades de realizar seus objetivos.

No aspecto de complementaridade e sinergia das ações que podem apoiar a emancipação sustentada das famílias (BRASIL, 2018c) surgem articulações com outros Programas Sociais. O Progredir, por exemplo, é um conjunto de ações do governo federal para promover a autonomia, por meio da geração de emprego e renda, das famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e beneficiárias do PBF. O plano reúne qualificação profissional, apoio ao empreendedorismo e encaminhamento ao mercado de trabalho, a fim de contribuir para fortalecer as capacidades individuais e gerar independência socioeconômica (BRASIL, 2018a).

Com o objetivo de aumentar as oportunidades de emprego para as pessoas inscritas no Cadastro Único, o Progredir oferece cursos gratuitos de qualificação profissional, educação financeira, inclusão digital e empreendedorismo. O Progredir busca fazer com que as pessoas inscritas no Cadastro Único alcancem a autonomia por meio do emprego e da geração de renda, principalmente os beneficiários do PBF. Para facilitar o acesso a oportunidades, o Progredir oferece uma ferramenta digital que ajuda as pessoas a preparar o próprio currículo. Além disso, são ofertadas vagas de emprego e preparação para o mercado de trabalho (BRASIL, 2018a).

Outro exemplo de sinergia é a articulação com o Programa Criança Feliz, que surge como uma importante ferramenta para que famílias com crianças entre zero e seis anos ofereçam a seus pequenos ferramentas para promover seu desenvolvimento integral. Por meio de visitas domiciliares às famílias participantes do PBF, as equipes do Criança Feliz farão o acompanhamento e darão orientações importantes para fortalecer os vínculos familiares e comunitários e estimular o desenvolvimento infantil. Para participar do programa, é preciso manter os dados no Cadastro Único atualizados, principalmente quando há grávidas e crianças de até três anos na família (BRASIL, 2018a).

A participação social e o controle social no âmbito do PBF — assim como do Cadastro Único — também estão previstos na legislação e, atualmente, fazem parte das atribuições dos conselhos de assistência social. Em alguns municípios, ainda existem instâncias de controle social específicas para o programa. É importante que os conselhos ou as instâncias estimulem a participação de beneficiários (as) nas discussões referentes ao PBF e ao Cadastro Único (BRASIL 2018a).

2.2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O Brasil optou por um sistema de saúde universal, mesmo tendo uma enorme extensão territorial, 47% da América do Sul, sendo o quinto país mais populoso do mundo e com diferentes condições econômicas, demográficas, sociais, culturais e de saúde. Diante disso, e para que o direito social à saúde previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) seja garantido, o Brasil escolheu como modelo de organização para o Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Básica (AB).

Essa atenção está presente nos 5.570 municípios brasileiros e tem como fundamentos assegurar os princípios e diretrizes do SUS, conforme a Lei 8.080 (BRASIL, 1990) que são: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; e participação social; que deveriam possibilitar a promoção, proteção e recuperação à saúde.

Para organizar a AB de forma que ela contribua para a consolidação do SUS, algumas experiências bem sucedidas no Brasil ocorreram, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que deram origem, junto com experiências internacionais sobre Atenção Primária, à construção do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1993.

Em 1996 a Norma Operacional básica (NOB) 96, apresentava, pela primeira

vez, o PSF como modelo para a organização da AB no País. Somente em 1998 foi publicada a primeira portaria que regulamentou a Atenção Básica no Brasil e, desde então, várias outras vem sendo publicadas. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), que regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nesse período, tornou equivalentes os termos: Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS).

Vários estudos demonstram que a forma de atuação das Equipes de Saúde da Família (eSF) influenciou nos determinantes sociais à saúde. Algumas pesquisas demonstram essa influência, tais como: a pesquisa de análise de resultados das ações realizadas pelas eSF para o alcance dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) apresentados pelo Brasil (BRASIL, 2010a); a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), em 2010, sobre a percepção das pessoas sobre os serviços prestados pelo SUS, na qual a maioria das opiniões positivas relatadas pelas pessoas foi referente às eSF; e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2009, que demonstrou melhoria do acesso de pessoas mais vulneráveis aos serviços de saúde do SUS através da ESF (BRASIL, 2010b).

As pesquisas acima também indicam que a APS, organizada pelas eSF, é o modelo que melhor possibilitaria a concretização dos direitos sociais à saúde. De acordo com Mendes (2012) há evidências de que a AB tem uma função resolutiva que pode atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde. Mendes (2012) destaca ainda que a APS reflete em melhores indicadores de saúde, com melhores resultados sanitários com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e causas específicas por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, maior satisfação dos usuários e com menor custo agregado. Os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tenderam a ser mais equitativos e mais acessíveis

Elevado à categoria de Estratégia por meio da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, a ESF propõe a mudança de paradigma nos processos de trabalho e a reorganização dos serviços de saúde, objetivando ampliar a relação entre cuidado em saúde e território. Desta forma, ao se responsabilizarem por um território de abrangência relativamente pequeno, profissionais da ESF teriam mais oportunidades de atuar de forma consistente, compreendendo os processos de saúde e de

adoecimento das famílias (TINOCO, 2015).

A última PNAB, publicada na portaria 2.436 setembro de 2017 define que atenção básica, ou atenção primária à saúde, é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Conforme a PNAB (BRASIL, 2017) a ESF é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da AB no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Ainda segundo a PNAB 2017, cada eSF deverá ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Poderão fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada equipe será responsável pelo acompanhamento de 2.000 a 3.500 pessoas, residentes em seu território, garantindo os princípios e diretrizes da AB. Dentro das equipes, o território deverá ser dividido em microáreas, a fim de que se preste assistência integral, contínua e de qualidade (BRASIL, 2017).

Para Starfield (2002) a APS é definida como “a atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada, que se proporciona à população, sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico.” Aguiar e Martins (2012) referem que a APS, historicamente, tem sido associada ao primeiro nível de atenção de um sistema de saúde e caracterizado pelo tipo de profissional que nela atua. Para que não se limite a caracterização do serviço por esse perfil, que pode variar de lugar para lugar, e pode não estar vinculado a especialistas na área, é essencial que se caracterize e atribua significados ao serviço e remova-se a dependência de perfis para sua

execução.

Nessa investida de caracterização da APS foi que começaram a surgir atributos, abordagens e indicadores para avaliar e caracterizar o que se esperava dela. O Instituto de Medicina Americana, em 1978 sugeriu uma abordagem em que listou seus atributos como: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. A Associação Médica Canadense considerou, em 1996, a APS como porta de entrada e incluiu intervenções comunitárias nas funções da APS. Nesse mesmo ano foi divulgada a Carta para Clínica Geral/Medicina da Família na Europa, que a descreveu com 12 características: geral, acessível, integrada, continuada, em equipe, holística, personalizada, orientada para a família e comunidade, coordenada, confidencial e defensora (AGUIAR; MARTINS, 2012).

Os atributos atualmente considerados e apontados como essenciais e exclusivos da APS seriam: acesso/atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Partindo de um alto nível de alcance dos primeiros teríamos atributos derivados, ou qualificadores, que seriam: centralização na família, competência cultural e orientação comunitária (STARFIELD, 2002). Para Oliveira e Pereira (2013), no caso brasileiro, a opção pelo combate as iniquidades em saúde ainda elevaram a APS à condição de reordenadora do sistema.

Diversos estudos comparando a APS operada pela ESF e pelo modelo tradicional de atendimento reforçam o texto da PNAB quando elencam a ESF como estratégia prioritária para reorganizar a APS. Martins et al. (2016) realizaram estudo comparativo entre Unidades de Saúde (US) com e sem ESF por meio do *Primary Care Assessment Tool (PCA Tool)*. Esse instrumento foi desenvolvido por Shi, Xu e Starfield em 2001, e mede a presença e a extensão dos quatro atributos considerados essenciais e dos três considerados derivados, possibilitando o cálculo de um escore para cada um dos atributos e para a APS como um todo. No Brasil foi validado por Harzheim et al.(2004), dando origem ao PCATool-Brasil.

Em seu estudo Martins et al. (2016) encontraram um melhor desempenho da ESF nos atributos longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária, o que apontou no escore geral que o processo de trabalho na ESF favorece que tais atributos apresentem melhor desempenho, agregando qualidade à APS, embora o acesso não tenha sido bem avaliado em nenhum dos modelos.

Em estudo comparando o custo-efetividade da assistência tradicional com a

ESF, Castro et al. (2007) encontraram que a ESF foi mais custo-efetiva que a tradicional. Apesar de melhores salários na ESF, pois o modelo tradicional requer número maior de trabalhadores, assim a ESF consegue realizar, a um custo menor, com menos trabalhadores, um número maior de atividades, com maior qualidade.

Em Curitiba, Chomatas et al. (2013) realizaram um estudo comparativo entre unidades de APS tradicionais e unidades com ESF, utilizando o *PCA Tool-Brasil* entre os profissionais de saúde, tendo as Unidades ESF alcançado maior percentual tanto nos atributos individuais, quanto nos essenciais, derivados e geral da APS. Um estudo semelhante, realizado em Diamantina, por Batista et al. (2016), já não encontrou resultados de diferenças tão significativas entre as tradicionais e com ESF, levando a reflexão a necessidade de se investir em políticas de saúde voltadas para APS e adequações no modelo de atenção à saúde.

Tesser (2018) coaduna com essa reflexão, em artigo que descreve a situação atual do acesso na APS declara que as pesquisas convergem para demonstrar que o acesso é precário, sendo o atributo com a pior avaliação, independentemente de ser unidade tradicional ou com ESF atuante. Relata ainda que esse acesso ruim reflete nos demais atributos da APS e na efetividade do SUS como um todo.

Os princípios que regem o SUS e as Redes de atenção à Saúde (RAS), desde a publicação da lei 8080 em 1990, universalidade, integralidade e equidade, são os mesmos que regem a APS. As diretrizes da APS, no entanto, são mais específicas, tendo em vista ser a porta preferencial de acesso e centro de comunicação das RAS. São elas: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. (BRASIL, 2017)

A integralidade, junto a universalidade e equidade, é um dos princípios pilares na construção do SUS e possui quatro dimensões: primazia de ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, prevenção e proteção, e abordagem integral dos indivíduos e famílias. Aqui se incluem o leque de serviços disponíveis e prestados pela APS, mas também todas as ações e encaminhamentos necessários para que o indivíduo seja abordado e atendido em todas as suas necessidades, desde o caráter biopsicossocial do processo saúde-doença até as ações clínicas necessárias para

prevenir, promover, curar e reabilitar os mesmos, seja com ações da APS ou dos demais níveis de complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Quando se fala em abordagem integral dos indivíduos e famílias estamos lidando com o espírito maior da ESF. A atenção centrada na família e com vistas a atender todas as necessidades dos indivíduos é o que buscamos para efetivar o SUS e suas RAS, de uma vez por todas. O acompanhamento das condicionalidades de saúde, obrigatórias pelo PBF, é estabelecido pela PNAB (2017) como atribuição comum dos profissionais que atuam na APS, por sua vez pelas eSF, o que traz a rica possibilidade prática de efetivação dessa abordagem integral e de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde (XIMENES; AGATTE, 2011).

Esse acompanhamento das famílias em sua trajetória de vida possibilita abordar tanto o aspecto físico da saúde, como o desenvolvimento de ações para superação das suas situações de vulnerabilidades nas áreas essenciais. Trabalhando ainda a equidade e a elevação do grau de efetivação dos direitos sociais, tendo em vista que, historicamente, esses beneficiários são os mais excluídos dos serviços de educação e saúde, ou os mais precariamente atendidos (XIMENES; AGATTE, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação de e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

O PBF em sua essência articula-se inteiramente com a PNPS pois busca promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2018c).

No entanto, faz-se necessário eSF preparadas para enxergar a lógica sistêmica que o SUS necessita para seguir superando os desafios de sua concretização, para garantir o direito aos serviços de saúde com equidade. Amaral, Portilho e Mendes (2011) afirmam que é importante compreender que a opção política-filosófica pela construção de uma sociedade inclusiva faz com que todos os profissionais da saúde

sejam corresponsáveis pela efetivação de ajustes que garantam o acesso dos pacientes socialmente desfavorecidos.

Ainda, conforme estudo de Ramos e Cuervo (2012), no que tange os trabalhadores da ESF, para avançar no processo de operacionalização do PBF, necessitam superar a alienação da atividade profissional e entender as proposições do programa como estratégias político-sociais, para além de promoverem o acesso ao serviço de saúde, ajudarem a desenvolver os mecanismos capazes de redundarem em maiores garantias dos direitos sociais básicos.

Mudajalieb (2011) bem defende que para a concretização do direito à saúde, conforme consta na Constituição de 1988, é preciso muito mais do que aquilo que está na lei, nas normatizações e protocolos. É preciso sujeitos para levar à cabo essas mudanças, que estejam nos serviços de saúde e nas instâncias de gestão do sistema, garantindo através de suas práticas cotidianas, das relações que estabelecem, formas de democratizar efetivamente a saúde para todos.

Trevisani e Jaime (2012) em estudo que avaliou o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF em 128 UAPS do Rio de Janeiro encontraram que as ações básicas ligadas ao acompanhamento estavam sendo realizadas em percentuais que variavam de 95 a 100%, pré-natal e vacinação respectivamente, 98% mediam e pesavam as crianças. No entanto, somente 48% realizavam grupo educativo, 91% acompanhavam o desenvolvimento e crescimento infantil, e em 48% não se priorizava a inserção das famílias nas ações oferecidas. O que as fez concluir que há necessidade de estratégias para qualificação do acompanhamento das condicionalidades de saúde e de potencialização da promoção do acesso pelas eSF na cidade.

Ou seja, conectando os achados de Tesser (2018) e Batista et al (2016) sobre a precariedade do acesso, com as falhas no acesso e qualidade apontadas por Trevisani e Jaime (2012), Petrola et. al (2014) e Barbosa et al. (2014), fica clara a necessidade de se investigar o que está sendo feito pela ESF em Fortaleza, no que se refere ao acompanhamento dessas condicionalidades de saúde, para que sigamos aperfeiçoando as práticas e alcançando os objetivos dos Programas e Redes.

Muito embora, seja válido pontuar o ponto de vista dos profissionais que atuam nas eSF, em sua defesa destaca-se estudo realizado por Carvalho, Almeida e Jaime (2014) em Alagoas e Rio Grande do Norte, por apresentarem respectivamente a mais

baixa e a mais alta cobertura de acompanhamento do PBF pelo setor saúde. Os profissionais que participaram da pesquisa pontuaram dificuldades de caráter organizacional devido ao aumento da demanda de trabalho, com sobrecarga clínica e curativa, e consequente descaracterização da ESF, que dificultam a intensificação de atividades de promoção à saúde e o desempenho da APS como porta de entrada preferencial do SUS.

2.3. A SAÚDE MATERNOINFANTIL E A REDE CEGONHA

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entradas do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Assim, a APS, como porta de entrada deve ser base, resolutive, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (BRASIL, 2011c).

As redes buscam-se que sejam conformadas desde 1990, quando da criação do SUS, quando já se falava em regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990). No entanto, os desafios para implementação do SUS em seus quase 30 anos de vida seguem com a fragmentação dos serviços e a dificuldade de se organizar uma rede que seja fluida e comunicante. Ao final de 2010, publicou-se a Portaria 4.279 (SAS/MS) com diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Conforme justifica a portaria o modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa interrelação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade

que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Há um grande desafio posto para os sistemas de saúde como um todo, a transição demográfica acelerada e a situação epidemiológica que acumula doenças infecciosas e parasitárias, problemas de saúde materno-infantis, causas externas e condições crônicas (MENDES, 2011). Muito embora, a crise esteja na forma como se lida com esse cenário, pois mesmo com domínio das crônicas, só se atua de forma fragmentada, reativa e episódica, respondendo aos eventos agudos e as agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011).

Por outro lado, não se podem negar os avanços de uma política jovem, mas com avanços e resultados sólidos, segundo o MS, no que tange a mortalidade materna no Brasil houve queda de 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Levando em consideração os dados de 2010 e 2015, a proporção da mortalidade materna diminuiu 12%, saindo de 67,9 para 60 óbitos por 100 mil nascidos (VERDÉLIO, 2017).

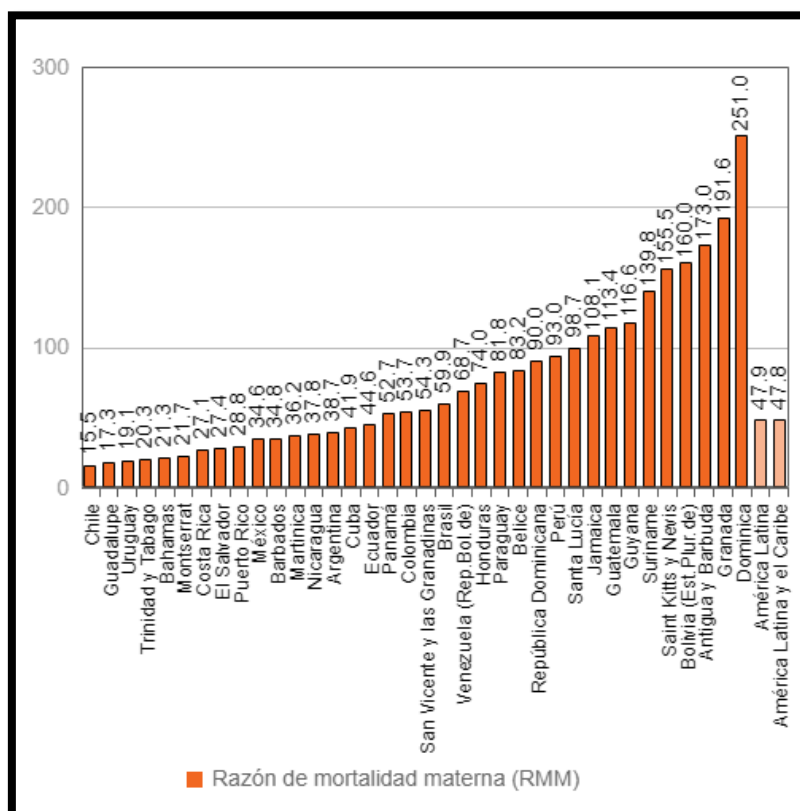
Ilustra-se o quadro atual da Razão de Mortalidade Materna (RMM) através do acesso ao observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e Caribe da CEPAL, de onde foram extraídos dados atualizados desse indicador (Figura 2), e a comparação da situação brasileira em relação aos demais países da América Latina (Figura 3). Fazendo-se o comparativo entre os países fica clara a situação brasileira com RMM de 59,9, superior à RMM média dos países que compõem a América Latina, que foi de 47,9 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (CEPAL, 2018).

FIGURA 2- RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DO BRASIL 2006-2015



FONTE: CEPAL (2018)

FIGURA 3- O BRASIL E A MORTALIDADE MATERNA EM RELAÇÃO À AMÉRICA LATINA



FONTE: CEPAL (2018)

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) é utilizada como indicador de pobreza, iniquidade social, da cobertura e qualidade da atenção à saúde que é ofertada a população, sendo importante problema de saúde pública em países de baixa renda (Rodrigues et al., 2016). A inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto das ações básicas desenvolvidas pelas eSF propiciou o aumento do acesso (BRASIL, 1998), no entanto, mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como

da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Estes aspectos refletem o comprometimento da qualidade da atenção prestada, pois, essas mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal (MEDRONHO et al., 2006; BRASIL, 2012a).

O contraste é evidente ao comparar a RMM de países desenvolvidos como Canadá (7,3), França (7,8), Japão (6,4) e Dinamarca (4,2) com RMM inferiores a 8 (oito) mortes para cada 100.000 nascidos vivos, com países em desenvolvimento como Granada e Dominica com 191,6 mortes e 251 mortes por cada 100.000 nascidos vivos em 2015. Os melhores resultados da América Latina são de Chile e Guadalupe, com 15,5 e 17,3 mortes para 100.000 nascidos vivos respectivamente (CEPAL, 2018).

Estudo de Rodrigues et al. (2016) que avaliou a evolução temporal e espacial da mortalidade materna e neonatal no Brasil, entre 1997 a 2012, registraram queda progressiva da mortalidade neonatal, no entanto apontaram estagnação da mortalidade materna, que caiu 10% entre 1997 a 2000, mas aumentou 11% entre 2009 e 2012. Os autores concluíram que para que as taxas de mortalidade materna sigam caindo, na busca por atingir os ODM, que estabelece taxa de 30 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos até 2030, as políticas públicas de saúde, como a Rede Cegonha, iniciada em 2011, devem contribuir com os esforços do MS para reduzir esses indicadores.

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia para implementar uma rede de cuidados, com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo; a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro; o crescimento e ao desenvolvimento dos mesmos saudáveis; e a redução dos índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Seus principais objetivos são: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materno-infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

A integração das práticas das ações de Vigilância Sanitária (VISA) com as

práticas assistenciais da RC poderia contribuir de maneira significativa para a redução das taxas de mortalidade maternoinfantil. Fernandes e Vilela (2014) publicaram artigo que analisou a integração das práticas assistenciais com as ações da VISA no contexto da implantação da RC. Os resultados apontaram o isolamento das práticas das práticas assistenciais e de VISA. As autoras enfatizam a necessidade da inserção da VISA nos espaços coletivos de gestão para articular o melhor planejamento e execução das ações de saúde.

Lopes et al. (2016) realizaram estudo que visava descrever a implantação dos testes rápidos de sífilis e HIV na rotina do pré-natal da UAPS de Fortaleza. Os resultados apontaram que apenas 37,5% estavam realizando os testes, onde, destas, apenas 55,6% os faziam na rotina do atendimento pré-natal. Apesar da eficácia comprovada dos testes para a redução da transmissão vertical dessas infecções as UAPS apresentam dificuldades de implantação prática deles. Em cerca de 80% das UAPS o espaço físico era adequado e em 62,5% os testes estavam disponibilizados.

O último boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) (CEARÁ, 2017) define que a mortalidade materna é o óbito ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o término dela, independente da duração ou localização da gravidez. Tendo como causa qualquer fator relacionado ou agravado pelo estado gravídico. E o óbito infantil pode ser do nascido vivo ou do natimorto, tendo o óbito do nascido vivo dois componentes: óbito neonatal, que se dá em crianças de 0 a 27 dias, sendo precoce de 0 a 6 dias, e tardio de 7 a 27 dias; e óbito pós-neonatal, em crianças de 28 a 364 dias.

Os dados informados pela SESA revelam que para a mortalidade infantil, no ano de 2016, o Ceará apresentou a menor taxa dos últimos anos, que foi de 12,9 por mil nascidos vivos. Contudo, não há homogeneidade dentro dos municípios. Em Fortaleza a taxa de mortalidade infantil foi de 11,3 por mil nascidos vivos. Para a mortalidade materna os achados também foram bastante heterogêneos entre os municípios, Fortaleza apresentou RMM de 25,1, mas no Ceará foi de 60,4, com a região de Russas apresentando RMM 171,7 por mil nascidos vivos (CEARÁ, 2017).

2.4. ALGUMAS INICIATIVAS PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Segundo Frey (2000) o agir público pode ser dividido em fases parciais do

processo político administrativo de resolução de problemas, que correspondem a uma sequência de elementos do processo. Comum a todas as propostas de divisões do ciclo político são as fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas.

Draibe, Fonseca e Montali (1998) relatam que a avaliação dos programas de transferência de renda apresenta dois eixos de análise principais: a avaliação de processo, na qual busca-se identificar as condições institucionais de implementação do programa; e a avaliação de resultados ou impacto, na qual busca-se identificar os principais efeitos dos programas sobre as condições de vida das famílias beneficiadas.

A avaliação de impacto, conforme Carvalho (2003), “é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública, avaliando-se sua efetividade social”. Busca-se nessa avaliação detectar as mudanças que efetivamente ocorreram e em que medida as mudanças ocorreram na direção desejada. De acordo com a autora, dois pressupostos orientam a avaliação de impacto: o primeiro reconhece propósitos de mudança social na política em análise e, dessa forma, faz sentido configurar a investigação para mensurar seus impactos; o segundo pressuposto é o que estrutura a análise com base em uma relação causal entre o programa e a mudança social provocada.

Outro ângulo que se destaca para que se avalie o impacto é colocado por Draibe, Fonseca e Montali (1998), no qual para que se avalie o impacto deveríamos estudar as famílias no momento do seu ingresso no programa, e depois, em um segundo momento, novo estudo de campo junto às famílias beneficiadas. Somente assim com esse intervalo de tempo poderemos identificar as mudanças geradas pelo impacto do programa na vida dessas famílias.

Para Trevisan e Van Bellen (2008) as últimas décadas têm registrado o ressurgimento e crescimento do campo de conhecimento das políticas públicas, em especial no Brasil. Esse novo fôlego deve-se em grande parte às alterações históricas, políticas e econômicas vivenciadas pela sociedade, e encaradas pelos governos como desafios, que se traduziram em modificações sobre a forma de compreender, formular e avaliar as próprias políticas.

A gestão e o planejamento das ações é etapa do ciclo de desenvolvimento das

políticas públicas que engloba a avaliação de programas e serviços sociais conforme destaca Carvalho (2003). Para Souza (2006), não existem etapas nas políticas públicas, mas processo e simultaneidade. Convencionalmente, adota-se que existam, analiticamente, cinco fases: formulação da agenda, formulação das políticas, processo de tomada de decisão, implementação e avaliação.

A demanda por uma maior qualidade das políticas públicas vem crescendo em função das relações de poder vigentes e do envolvimento dos mais diversos sujeitos. A avaliação de uma política pública, como modalidade de pesquisa avaliativa, pode constituir-se em um importante instrumento de controle social ao dar evidência aos determinantes sócio-históricos em que uma política adentrou na agenda governamental, além das possíveis incoerências de seus desenhos e engenharia. Ao adentrar nos condicionantes, sujeitos envolvidos e na análise do próprio desenho e concepção de um determinado programa ou política social, traz para gestores, e sobretudo para a população, uma importante ferramenta de gestão e controle social (FERNANDES; VASCONCELOS, 2017).

Pinto (2010), em sua dissertação relaciona pesquisas que avaliaram o impacto do PBF na vida dos beneficiários, em outros o impacto sobre os municípios e até mesmo sobre relações de gênero. Pesquisas de opinião com titulares foram financiadas pelo MDS, outros *surveys* {levantamentos} foram desenvolvidos pelo Instituto Polis, pela Universidade Federal de Minas, Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal Fluminense. A pesquisa desenvolvida pelo Ibase foi inspiração e fonte dos instrumentos de pesquisa para seu estudo.

Neste estudo buscou-se inspiração nos estudos realizados anteriormente, incluindo o de Pinto (2010), com enfoque qualitativo, mas com objeto semelhante, pois tratou das percepções de 28 beneficiárias em Manguinhos, investigando seus conhecimentos sobre o programa e repercussões do PBF nas suas condições de vida. Devido a especificidade e ineditismo da abordagem com as gestantes buscou-se referencial teórico diverso e foram construídos formulários específicos, com adaptações em formulários validados na abordagem das repercussões sóciodemográficas, de segurança alimentar (LIGNANI et al., 2010) e de violência doméstica e comunitária (SCHRAIBER et al., 2010; RICHTERS; MARTINEZ, 1993).

O estudo de Pinto (2010) revelou achados importantes no que tange ao PBF e suas repercussões nas condições de vida. A maioria das beneficiárias entrevistadas

em Manguinhos fez certa confusão entre o critério de elegibilidade e as contrapartidas exigidas, além de uma parcela importante desconhecer esse critério; a grande maioria, 78,6%, não sabia o porquê das famílias receberem valores diferentes do programa; todas as titulares informaram, pelo menos, uma contrapartida correta exigida pelo programa.

Quanto à saúde das titulares, percebeu-se que o maior impacto proporcionado pelo PBF foi com relação ao aumento da frequência aos serviços de saúde, seguido de acesso a informação sobre assuntos como planejamento familiar, gravidez e menopausa. Poucas titulares participavam de programas e serviços na área da inclusão produtiva (PINTO, 2010).

Quanto aos impactos do PBF na alimentação da família, observou-se que esse se deu no sentido de aumentar a compra de produtos que as crianças gostam, a variedade e a quantidade de alimentos. A diferença entre as famílias é observada pelo fato de, em algumas delas, o dinheiro ser utilizado para a melhoria da variedade da alimentação, com a compra de itens como biscoitos, iogurtes e frutas/verduras, e em outras o dinheiro ser utilizado na compra do “bruto”, da alimentação básica (PINTO, 2010).

A pesquisa do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas - Ibase (IBASE, 2008) encontrou que 64% dos indivíduos beneficiados possuem cor preta ou parda, enquanto no Sudeste esse percentual foi menor, sendo referido a 58,2% dos indivíduos. Em Manguinhos (PINTO, 2010), o percentual de autorreferência a cor parda pelas beneficiárias foi de 60,6% e 25% brancas, com 14,4% não sabendo se classificar.

O panorama indicado pela pesquisa do Ibase (IBASE, 2008), para o Brasil, mostrou uma situação diversa quanto à escolaridade das titulares do Bolsa Família: dentre todos os entrevistados, 55,8% apresentavam ensino fundamental; 17,2% apresentavam ensino médio e 26,1% das titulares possuíam nenhuma escolaridade ou somente freqüentaram creche ou a pré-escola. A situação das titulares do Sudeste apresentava-se melhor: 66,6% delas apresentavam ensino fundamental; 17,7% apresentavam ensino médio; e 15,1% possuíam nenhuma escolaridade ou somente freqüentaram creche ou a pré-escola. De toda forma, os dados corroboram no sentido de mostrar um acesso reduzido ao ensino médio entre as titulares do PBF.

Para Pinto (2010) o gasto do benefício é feito preferencialmente com

alimentação, fator mais influenciado pelo aporte de renda. Tímidos efeitos foram identificados quanto à educação e saúde, sendo mais referenciadas uma maior compra de materiais escolares e maior frequência às unidades de saúde, o que julga ser efeito direto da contrapartida em saúde. O benefício é encarado como uma ajuda e uma proteção às famílias que possuem dificuldade de inserção no mercado de trabalho e que auferem baixas rendas. Efeitos positivos para o empoderamento das mulheres, na vida intrafamiliar, foram identificados.

O impacto positivo do PBF para as mulheres em suas relações familiares foram que: a grande maioria, 75%, respondeu que são elas próprias quem determinavam o que deveria ser comprado com o dinheiro recebido do PBF; a maioria, 57,1%, acreditou que seu poder de decisão em relação ao dinheiro da família aumentou depois do programa; entre as treze titulares que afirmaram morar com o cônjuge, 61,5% se sentiram mais respeitadas por eles após assumirem a titularidade do PBF; para 85,7% das titulares, o recebimento do recurso do PBF contribuiu para que elas se sentissem mais independente financeiramente (PINTO, 2010).

O PBF não foi entendido, em qualquer momento, pelas titulares, como um direito no estudo de Pinto (2010), além de grande parte não conhecer o porquê das famílias receberem recursos diferenciados, acreditando ser por falta de organização e injustiça. O estudo do Ibase (2008) também identificou que o sentido de “ajuda” foi o mais utilizado pelos beneficiários entrevistados, mas como uma “ajuda que não resolve”. No estudo realizado por Andrade (2010) as entrevistadas do Morro da Penha perceberam as contrapartidas exigidas no PBF como algo que se tem que dar em troca pelo favor recebido, isto é, um recurso ofertado pelo governo, sem o suor do trabalho.

Esse estudo buscará avaliar o PBF e as condições de implementação do acompanhamento da condicionalidade de saúde do pré-natal sob o prisma das gestantes, bem como suas percepções das repercussões do PBF em sua saúde e vidas cotidianas, analisadas a partir dos objetivos do programa, que busca garantir acesso ao direito à saúde, promover a segurança alimentar, melhorar as condições de vida e condiciona o acompanhamento pré-natal em sua formulação.

2.5. REPERCUSSÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE E NA VIOLÊNCIA

As repercussões já identificadas na literatura concentram-se principalmente em aspectos relacionados à segurança alimentar, condicionalidades de saúde, aspectos socioeconômicos e mortalidade infantil, no entanto já estão surgindo estudos conectando o PBF a temas como a violência (CHIODA; MELLO; SOARES, 2016; MACHADO et al., 2018), imunização (ANDRADE et al., 2012) e, até mesmo, hanseníase (NERY et al., 2014) e tuberculose (PEREIRA et al., 2018; MACIEL et al., 2019).

Andrade et al. (2012) desenvolveram estudo que investigou o impacto do PBF na imunização de crianças de 0 a 6 anos no Brasil e grandes regiões. Uma das condicionalidades específicas do PBF é a atualização do calendário vacinal preconizado pelo MS (BRASIL, 2018a). Os autores afirmam ser esse estudo um avanço na literatura, pois é o primeiro a acompanhar o mesmo indivíduo ao longo do tempo (painel de dados longitudinal) e considerar o desenho amostral complexo nas estimações, no entanto, os principais resultados mostraram que o PBF não afetou o status de imunização das crianças de 2005 para 2009.

Serão dedicados subcapítulos específicos para abordar os temas doenças negligenciadas, violência, segurança alimentar e mortalidade infantil por terem sido mais citados ou por tratarem de questões inerentes ao estudo que será desenvolvido.

2.5.1. DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

Nery et al. (2014) trazem relato de estudo ecológico sobre hanseníase e PBF envolvendo 1.358 municípios brasileiros no período de 2004 a 2011 na análise. Os achados corroboram para acreditar que há associação positiva na redução da incidência de hanseníase com altas coberturas da ESF e do PBF. Isso ocorre, mesmo com o aumento da detecção pelo aumento da cobertura da ESF, por isso acredita-se que a redução da incidência seja devido ao impacto do PBF na redução das condições de miserabilidade, tendo em vista a associação positiva da doença com a pobreza.

Maciel et al. (2019) apresentaram estudo de coorte prospectivo em que o PBF promoveu a melhoria no tratamento da tuberculose mostrando efeito positivo para a cura e negativo para o abandono do tratamento. A amostra foi dividida em dois grupos, beneficiários (16%) e não-beneficiários (84%), após 6 meses de tratamento 87% dos não-beneficiários e 88% dos beneficiários foram curados. Embora os percentuais sejam praticamente os mesmos, os fatores relacionados à propensão da doença foram levados em conta na metodologia de análise e identificou-se uma taxa de cura

7,6% maior no grupo beneficiário, além de uma proporção de abandono de tratamento 7% menor.

Pereira et al. (2018) realizaram estudo ecológico nos municípios brasileiros entre 2001 e 2012 com o objetivo de avaliar o impacto da ESF e do PBF na mortalidade provocada por tuberculose. As principais variáveis independentes do estudo foram os níveis de cobertura da ESF e do PBF. A variável dependente foi a taxa de mortalidade por tuberculose, obtida pelo acesso a bancos de dados nacionais. Os resultados apontaram que uma alta cobertura da ESF foi significativamente associada com a redução da mortalidade por tuberculose, bem como o aumento da cobertura do PBF foi também significativamente associado a essa redução. Os autores puderam concluir o impacto positivo dos dois programas sobre a tuberculose e sinalizaram que as políticas públicas deveriam incluir suporte econômico combinado com promoção da saúde.

2.5.2. VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA

A violência pode ser definida como “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual (MINAYO; SOUZA, 1998, p.514)”. Tem um caráter polissêmico e controverso, por isso várias são as tentativas de explicação.

Por um lado, a violência pode ser resultante de necessidades biológicas, psicológicas, ou sociais, fundamentando-se na sociobiologia, ou na etiologia, teorias que subordinam a questão sociais às determinações da natureza. De outro, a violência aparece como fenômeno de causalidade apenas social, provocada pela dissolução da ordem, quer pela “vingança” dos oprimidos, quer ainda pela fraqueza do estado (MINAYO; SOUZA, 1998).

Segundo Reichenheim et al. (2011) a violência é um problema de saúde pública importante no Brasil, por ser fonte de uma grande parcela de morbidades - sendo a sexta maior causa de internações hospitalares e apresentando alta prevalência da violência doméstica - e mortalidades, ocupando o terceiro lugar nas causas das mortalidades. O que gera altos custos individuais e coletivos para a saúde.

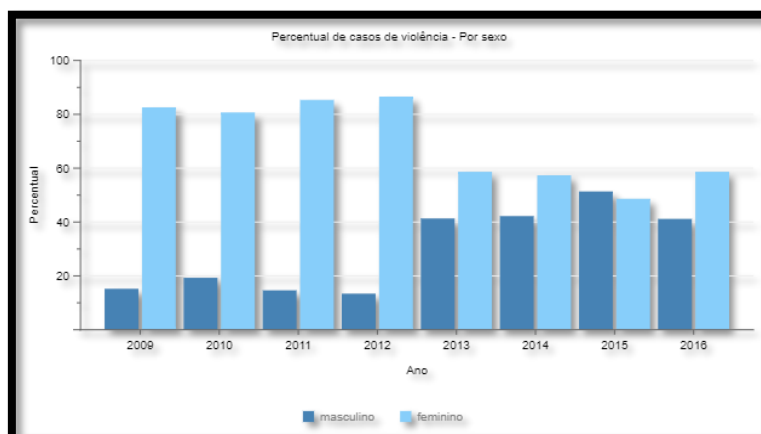
O padrão no Brasil difere de outros lugares no mundo, pois a maior parte dos óbitos é provocada por homicídios ou está relacionada ao trânsito, enquanto em outros países o suicídio e conflitos civis são as maiores causas. E homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores em relação à

violência comunitária, ao passo que mulheres e crianças negras e pobres são as principais vítimas da violência doméstica (REICHENHEIM et al., 2011).

Várias análises da situação do Brasil têm mostrado que a violência afeta a população de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social (REICHENHEIM et al., 2011). Ademais, as taxas de mortes violentas são mais visíveis nas áreas urbanas de maior densidade populacional, acumulando cerca de 75% do total das mortes por causas externas (REICHENHEIM et al., 2011). Importante salientar que as regiões norte, nordeste e centro-oeste tiveram as maiores taxas de mortalidade do país durante o período analisado de 1980 a 2007 (REICHENHEIM et al., 2011).

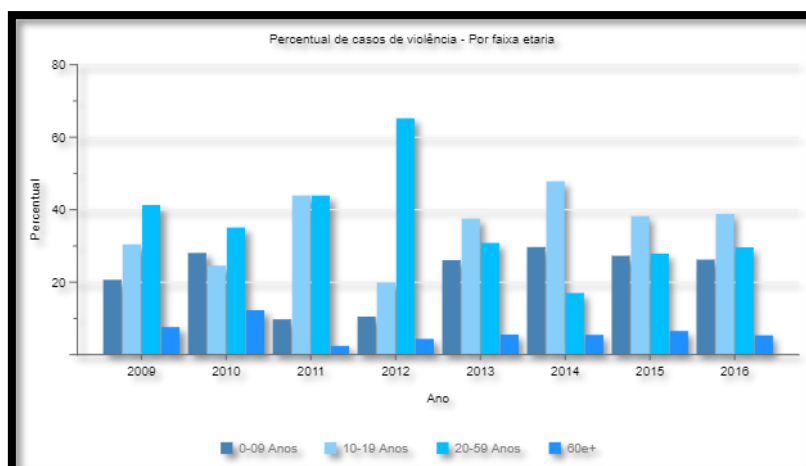
Em consulta realizada à Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE/MS, 2018) para busca de dados relativos à epidemiologia da violência em Fortaleza foi confirmado que mulheres e crianças pardas, nas faixas etárias de 10 a 19 anos e 20 a 59 anos, são as mais acometidas pela violência em geral. No entanto, foi visualizado também que os percentuais de notificação dessa violência decresceram significativamente entre as mulheres, e na faixa etária de 20 a 59 anos, nos últimos anos, conforme ilustram as figuras abaixo (figuras 4 a 6).

FIGURA 4- PERCENTUAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA POR SEXO EM FORTALEZA/CE



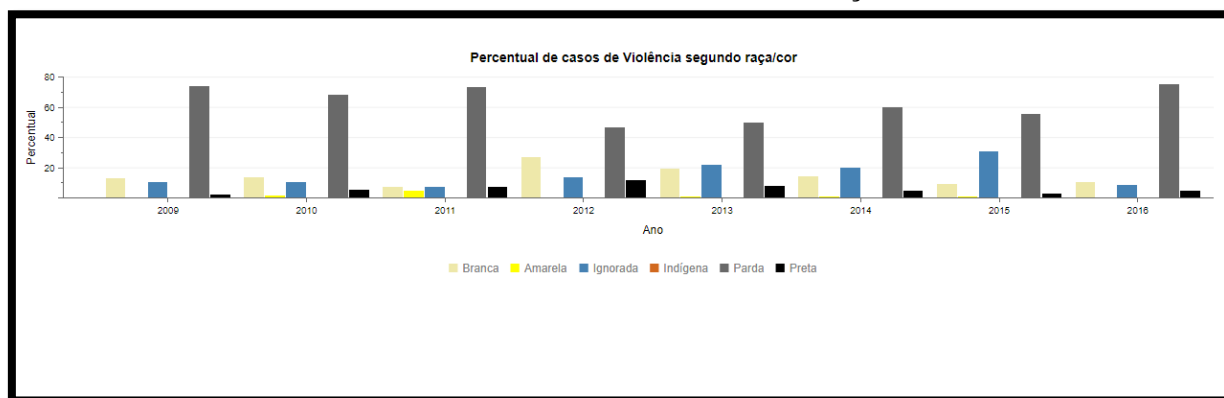
FONTE: SAGE/MS (2018). SINAN/IBGE NOTAS. Dados atualizados em 07/17.

FIGURA 5- PERCENTUAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA EM FORTALEZA/CE



FONTE: SAGE/MS (2018). SINAN/IBGE/NOTAS. Dados atualizados em 07/17.

FIGURA 6- PERCENTUAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO RAÇA/COR EM FORTALEZA/CE



FONTE: SAGE/MS (2018). SINAN/IBGE NOTAS. Dados atualizados em 03/2018.

Estudo conduzido por Chioda, Mello e Soares (2016), onde avaliaram o impacto dos PTRC na criminalidade em São Paulo entre 2006 e 2009, revelou que a expansão do PBF na cidade de São Paulo - quando em 2008 se expandiu para incluir adolescentes de 16 e 17 anos – auxiliou na redução significativa da criminalidade no entorno de cada vizinhança escolar. O impacto negativo do PBF no crime foi robusto e significativo, com queda de 6,5% nos índices de criminalidade de cada vizinhança escolar. Esse valor corresponde a uma redução de 2,1 crimes por ano a cada novo aluno contemplado pelo Programa. Em termos anuais, uma redução de 41 crimes por escola, em especial os relacionados ao patrimônio, tráfico de drogas e violência.

O aumento da renda das famílias beneficiadas pelo PBF é uma explicação possível para a redução da violência no período analisado, pois quanto maior a segurança econômica de uma família, menor lhe parece o ganho relativo com ações ilegais. Assim, Chioda, Mello e Soares (2016) salientam que seus resultados sugerem

que a redução da desigualdade social, consequência do PTRC, foi acompanhado de uma queda nas taxas de crime, reforçando a conexão entre desigualdade e criminalidade. Poucos são os estudos que fazem essa conexão, por isso serão investigadas as gestantes de Fortaleza para descobrir se essa conexão se apresenta neste estudo, sob o ponto de vista das beneficiárias.

Machado et al. (2018) coadunam com esses achados, em estudo que identificou a diminuição das taxas de homicídios e internações por agressão em municípios onde o PBF tem forte atuação. De acordo com a pesquisa em municípios onde a cobertura do PBF atingiu 70% da população durante o período de um ano, a redução nas taxas de homicídios foi de 17%, aumentando para até 24% quando o benefício se manteve por quatro anos, e a redução na internação por agressão pode ir até 25%. Os autores justificam esses achados nas condicionalidades da educação de frequência escolar, que aumentam a escolaridade e retiram os adolescentes das ruas. Também creditam ao aumento da renda a redução do estresse socioeconômico e familiar, reduzindo o consumo de álcool e ampliando o acesso aos bens e serviços de consumo.

2.5.3. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No Brasil, a violência física entre parceiros íntimos segue um padrão regional, com prevalência mais elevada nas regiões Norte e Nordeste – as menos desenvolvidas, onde prevalece uma cultura patriarcal marcante e caracterizada pela desigualdade entre gêneros – em oposição ao Sul e Sudeste, historicamente mais desenvolvidas (REICHENHEIM et al., 2011).

Conforme Martins et al. (2010) as causas mais expressivas da violência contra a mulher se referem à dependência financeira e ao desemprego e afirmam que o meio mais eficaz para combater esse problema recai sobre o empoderamento feminino. Assim, o PBF deverá possuir papel fundamental na desarticulação da triste realidade que se apresenta. Esses autores acreditam que o empoderamento feminino por vias da independência financeira atue como fator de rompimento dessa violência contra a mulher.

Para Dantas e Neri (2013) as afirmações estariam equivocadas, pois pensam que a dependência financeira por si só não seria responsável pela manutenção da mulher sob o ciclo de violência. Apontam que as estatísticas revelam a majoração de certos crimes, em especial estupros e feminicídios. Mas, que o medo, a vergonha, o

receio da impunidade, além da dependência financeira, são os responsáveis pela baixa notificação dos delitos e pela continuidade deles.

Enfatizam ainda que nada demonstra que a titularidade do benefício do PBF leve ao efetivo empoderamento em termos de respeito e valorização das vontades e ações das mulheres nas relações íntimas e familiares. O que para os autores envolve complexas relações de desigualdade de gênero e uma ampla teia de causas sociais.

No entanto, Dantas e Neri (2013) avaliam que o PBF parece gerar certo empoderamento como forma de reconhecimento da beneficiária perante a comunidade onde reside. O que se traduziria em um tratamento digno e mais respeitoso, que pode ser interpretado como uma ascensão social local.

Saboia (2016) em trabalho de conclusão de curso revela resultados oriundos de regressões feitas usando a metodologia de dados em painéis, com limitações apontadas pela autora, que indicam que, para o caso brasileiro, o PBF levou a uma redução na mortalidade por causas externas de mulheres entre 15 e 59 anos.

Já o estudo realizado por Moreira et al. (2016) apresentou evidências de que o PBF possui o efeito de aumentar a violência contra a mulher. Segundo os autores as mulheres domiciliadas no meio rural, com baixa escolaridade e com rendimentos relativamente menores aos do cônjuge são as que merecem maior atenção, por apresentarem maior risco de sofrer violência. Os dados utilizados derivaram da PNAD realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, e a metodologia para avaliação do efeito do PBF sobre o risco de violência doméstica foi realizado através do Efeito de Tratamento Médio sobre os Tratados (ETMT).

A violência doméstica é responsável pela morte de cinco mulheres por hora no mundo, mostra a organização não governamental (ONG) *Action Aid*. A informação é resultado de análise do estudo global de crimes da Organização das Nações Unidas do Brasil e indica um número estimado de 119 mulheres assassinadas diariamente por um parceiro ou parente. No Brasil, a taxa de feminicídios é de 4,8 para 100 mil mulheres – a quinta maior no mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ONUBR, 2016).

As consequências da violência por parceiro íntimo são graves para a saúde da mulher, mas quando atinge uma gestante não afeta apenas seu corpo e seu estado emocional. Pesquisa realizada por Donovan et al. (2016), concluiu que atos violentos de parceiros ou ex-parceiros durante a gravidez dobram o risco da mulher sofrer um

parto prematuro ou de dar à luz um bebê de baixo peso. Para o estudo foram analisados 50 estudos sobre o assunto, alcançando mais de 5 milhões de mulheres de 17 países, dentre as quais, 15 mil haviam sofrido algum tipo de abuso dentro de casa.

As mulheres, em decorrência da violência doméstica, podem ainda correr riscos de gravidez indesejada, aborto (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014), depressão, síndrome do estresse pós-traumático, psicose, distúrbios alimentares, tentativa de suicídio (HOWARD et al., 2013), além de terem chances estatisticamente significantes de apresentar sangramento vaginal e não ter desejos sexuais (AUDI et al., 2012).

Resultados do estudo de Okada et al. (2015), realizado com 385 mulheres em maternidade pública, demonstram que a violência doméstica acometeu 36,9% das mulheres em algum momento da vida e 34,6% na gravidez. As prevalências encontradas foram: 97,1% para violência psicológica, 48,7% física, e 4,9 % sexual, com o parceiro sendo o principal agente. Houve associação da violência com a religião protestante, baixa renda familiar e hábito de etilismo do parceiro.

Okada et al. (2015) e Costa et al. (2011) enfatizam o papel privilegiado dos profissionais de saúde para detectar a problemática da violência contra as mulheres. O registro das ocorrências é escasso e pouco fidedigno, e esse papel é dos profissionais de saúde, que devem estar atentos para reconhecer possíveis situações de violência e desta forma orientar e encaminhar as vítimas às unidades de referência, notificando corretamente, de modo a prevenir a ocorrência de novos casos e reincidências.

Estudos têm relatado muitos problemas de saúde oriundos dessa violência que variam entre um simples arranhão a morte. As consequências da violência doméstica na saúde física da mulher repercutem bastante e na mental é substancial (LUDEMIR et al., 2008; HOWARD et al., 2013). Há controvérsias sobre a influência da independência financeira advinda do PBF no rompimento do ciclo de violência (MARTINS; BORGES; PADOIN, 2010; SABOIA, 2016; MOREIRA et al., 2016; DANTAS;NERI, 2013). Assim como, pouco sabemos ainda do efeito e interferência do PBF na violência doméstica em Fortaleza, principalmente pela percepção das mulheres beneficiárias deste programa, e sobretudo sob a ótica daquelas em condição de maior vulnerabilidade – a gestante.

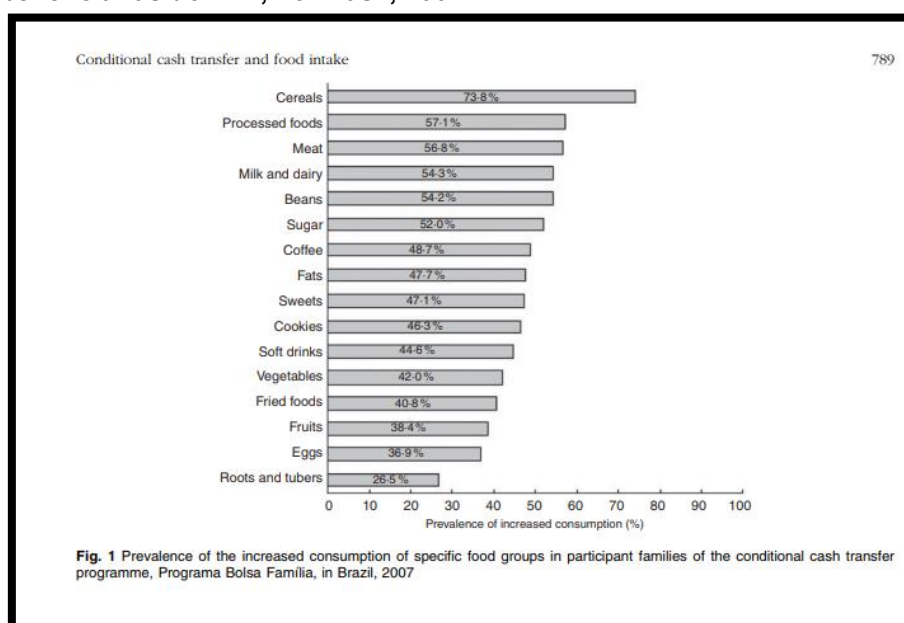
2.5.4. SEGURANÇA ALIMENTAR

Para Dantas e Neri (2013) o impacto que o PBF surte na alimentação das beneficiárias e respectivas famílias é digno de nota. O programa tem uma influência e positividade tamanhas que sem ele não se poderia falar em dignidade humana. Esse impacto estaria refletido no aumento da quantidade de alimentos disponíveis e na consequente melhoria nutricional das famílias beneficiárias do PBF.

Zimmermann e Frota (2010) concordam com Dantas e Neri (2013) e acrescentam que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome. No entanto, apesar de parecer unânime a contribuição do PBF para que as pessoas tenham acesso a comida, pois passou a ser medida primordial da Estratégia Fome Zero (MACEDO; BOSI, 2016), parece não haver preocupação maior com a qualidade dessa alimentação.

Lignani et al. (2010) analisaram as mudanças e preditores de mudança em autoavaliações de famílias brasileiras beneficiárias do PBF acerca da ingestão alimentar em 2007, onde foram avaliadas cerca de 5000 beneficiárias em 50 municípios brasileiros. Os resultados revelaram um aumento do consumo de todos os grupos alimentares, mas verificou-se grande aumento dos alimentos de alta densidade calórica, como açúcar, alimentos processados e refrigerantes (Figura 7).

FIGURA 7 - Prevalência do aumento do consumo por grupos alimentares específicos em famílias beneficiárias do PBF, no Brasil, 2007.



FONTE: Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families

in Brazil. Lignani et al. (2010).

Embora esse padrão de mudança seja semelhante às tendências observadas na população brasileira em geral, indica a necessidade de melhorar o acesso a alimentos saudáveis, como frutas e legumes. No grupo com maior dependência do PTRC se observou o maior aumento nesse consumo, o que sugere que o programa deve incorporar ações para facilitar uma alimentação saudável (LIGNANI et al., 2010).

Uchimura et al. (2012) em investigação qualitativa, realizada com 38 beneficiários em Curitiba sobre a percepção da sua qualidade alimentar, analisam que os resultados revelam o reconhecimento da insegurança alimentar e da vulnerabilidade social, bem como sentimentos de resignação por parte das beneficiárias. Defendem, assim como Lignani *et al.* (2010), que sejam incorporadas ações de educação alimentar adaptadas ao repertório cultural dos distintos segmentos sociais, pois observaram relatos de desconhecimento do que constitui uma alimentação saudável.

Em estudo de coorte, realizado entre 2005 e 2011 no interior da Paraíba, que objetivou avaliar o impacto do PBF na superação da insegurança alimentar, Cabral et al. (2014) avaliaram e entrevistaram 609 domicílios em 2005 e 406 famílias em 2011. Descobriram aumento da segurança alimentar leve e melhoria nos indicadores socioeconômicos. Revelaram que o PBF impacta positivamente no aumento da renda, propiciando melhorias dos níveis de segurança alimentar. Mas, alegaram que outras variáveis socioeconômicas poderiam contribuir na melhoria deste perfil, afirmando que outras políticas e programas que ajam nos demais determinantes são necessárias.

Facchini et al. (2014) analisaram a insegurança alimentar em domicílios urbanos com crianças menores de sete anos de idade. Por meio de estudo transversal, nas áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, 5.419 domicílios foram avaliados na Região Nordeste e 5.081 na Região Sul do Brasil. Para avaliar a insegurança alimentar foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. A prevalência da insegurança alimentar moderada ou grave foi de 22,9% no Nordeste e 7,5% no Sul. Em ambas as regiões, na análise ajustada, a maior probabilidade da insegurança alimentar moderada e grave foi identificada em domicílios chefiados por mulheres, com cor da pele materna preta e parda, com menor escolaridade materna, menor renda familiar per capita e beneficiárias do PBF.

Destacaram que o acréscimo de renda para R\$175,00 per capita diminuiria a insegurança alimentar, sendo essencial a melhor focalização do PBF e aumento da renda dos extremamente pobres.

Estudo transversal descritivo foi realizado em Colombo, no Paraná, com objetivos de identificar a prevalência da insegurança alimentar de famílias beneficiárias do PBF, os fatores relacionados a essa condição e descrever o estado nutricional das crianças menores de cinco anos. Monteiro et al. (2014) por meio de análises de associação do teste exato de Fischer, em amostra que incluiu 442 famílias, encontraram prevalência de 81,6% de insegurança alimentar. Encontraram ainda que a as dívidas alimentares e a renda familiar per capita influenciaram significativamente a situação da insegurança alimentar, e que o excesso de peso e o déficit estrutural coexistiram entre as crianças.

Em Diadema, no período de abril a dezembro de 2012, em estudo transversal utilizando dados secundários do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Coelho et al. (2015) avaliaram 350 crianças utilizando-se do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN, e dados sociodemográficos maternos para a identificação dos perfis da análise fatorial exploratória. Encontraram resultados que indicaram que mães do perfil 1, que são as com menor renda, menor escolaridade e beneficiárias do PBF, são associadas a introdução precoce de chá, água, leite de vaca e papa salgada para as crianças menores de 24 meses, além de também serem consideradas com perfil de risco para o desmame. Das crianças avaliadas, 41,1% das menores de 6 meses e 98,7% daquelas entre 6 e 23 meses apresentaram consumo inadequado. As mães do perfil 2, com mais idade, maior número de filhos e com maior número de residentes no domicílio estavam associadas ao consumo de leite materno.

Trabalho quase-experimental de Martins e Monteiro (2016) se opõe a algumas colocações anteriores, pois comparando o impacto do PBF na disponibilidade de alimentos entre crianças beneficiárias e não beneficiárias do programa, encontraram que entre os beneficiários o gasto alimentar era maior, com maior disponibilidade de comidas frescas e ingredientes para culinária, incluindo alimentos que qualificam e diversificam a dieta, como vegetais, carnes e tubérculos, no entanto entre os extremamente pobres os efeitos do PBF foram menores. O estudo foi desenvolvido em uma amostra probabilística de 55.970 domicílios brasileiros, utilizando dados da

Pesquisa de Orçamento Familiar realizada em 2008-2009.

Sperandio et al. (2017) realizaram estudo com o objetivo de avaliar o impacto do PBF no consumo de alimentos nas regiões Nordeste e Sudeste. A base de dados também procedeu do módulo sobre o consumo alimentar individual da Pesquisa de Orçamento Familiar realizada em 2008-2009. Os alimentos foram classificados em quatro grupos: *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários, processados e ultraprocessados. Para a análise da medida de impacto foi utilizado o método *Propensity Score Matching*, que assemelha os indivíduos beneficiários e não beneficiários em relação ao conjunto de características socioeconômicas. Os beneficiários do PBF apresentaram menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados, em ambas as regiões, e maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados na região Nordeste. Mais de 60% do total calórico diário consumido pelos beneficiários do PBF, em ambas as regiões, provém de alimentos que não sofreram processamento industrial.

Coelho e Melo (2017) também utilizando dados da Pesquisa de Orçamento Familiar realizada em 2008-2009, analisaram o impacto do PBF sobre a qualidade da dieta dos domicílios do estado de Pernambuco. Também foi utilizado o método *Propensity Score Matching* para corrigir o viés da seleção amostral para comparar as famílias beneficiárias e as não beneficiárias do PBF. Os resultados do estudo demonstraram que o valor médio do Índice de Qualidade da Dieta (IQD) para as famílias beneficiárias do PBF supera em 9,05 o valor médio do IQD das famílias não participantes do PBF. Para os autores os resultados corroboram com a eficácia do PBF em elevar a qualidade da dieta das famílias, principalmente quanto à redução de gordura e sódio, e aumento da variedade.

Estudo realizado por Ferreira e Magalhães (2017) voltam a reforçar as colocações de Lignani et al. (2010) Uchimura et al. (2012), as autoras avaliaram as práticas alimentares de mulheres obesas beneficiárias do PBF. Segundo as autoras, o papel do PBF é fundamental na alimentação das famílias por amenizar, em algum grau, situações extremas de privação. Onde destaca-se que o recurso do PBF inclusive era gasto na totalidade com alimentos. Mas, a novidade é a incorporação de produtos industrializados largamente difundidos entre os mais pobres. Sinalizam então que iniciativas que promovam o desenvolvimento dos sistemas agroecológicos em nível local, a fim de ampliar o acesso, a disponibilidade e o consumo de alimentos

saudáveis, valorizando a cultura local, devem ser incentivados pelo Programa.

Nascimento, Silva e Jaime (2017) em estudo ecológico, utilizando dados secundários do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), buscaram descrever e analisar a cobertura nacional da avaliação do estado nutricional da população usuária de serviços públicos de saúde informada no SISVAN. Encontraram que a participação do PBF no SISVAN passou de 57,1% para 85,78% dos dados, no período entre 2008 e 2013. Concluíram, semelhante a Coelho et al. (2015), que mães com menor renda, menor escolaridade e beneficiárias do PBF (ditas perfil 1) parecem ser de risco para a introdução precoce da alimentação complementar. Acharam também que os lactentes entre 0 e 23 meses apresentaram consumo alimentar inadequado, com introdução precoce da alimentação complementar, além do que, práticas alimentares inadequadas como refresco industrializado, refrigerante, mingau com leite e leite engrossado com farinha foram muito frequentes.

Destaca-se também estudo ecológico que comparou o estado nutricional de crianças beneficiárias do PBF entre 5 e 10 anos, nos estados do Acre e Rio Grande do Sul, utilizando dados secundários do SISVAN e do Datasus para o PBF entre os anos de 2011 e 2015. Freitas et al. (2017) buscaram comparar a prevalência do estado nutricional das crianças nos dois estados, mas também analisar o perfil antropométrico dessas crianças durante 5 anos. Os resultados fizeram concluir que o sobrepeso e a obesidade entre as crianças beneficiadas pelo PBF têm aumentado nos últimos 5 anos, notadamente no Rio Grande do Sul. O que possivelmente pode ser devido ao fato da transição nutricional estar num estágio mais avançado por lá.

Suzart e Ferreira (2018) realizaram estudo para analisar o PBF na segurança alimentar e nutricional de 230 famílias beneficiadas de Vitória da Conquista, na Bahia. Enfatizaram em suas conclusões a necessidade de ações de responsabilidade social e de políticas públicas como garantia da segurança alimentar e nutricional das famílias que se utilizam desse programa social. Revelaram que o aumento da frequência escolar e o cumprimento da agenda de acompanhamento da saúde são alcançados, no entanto necessita-se de maior articulação da transferência de renda e estratégias mais amplas que promovam o desenvolvimento econômico e social, face a pobreza em seu caráter multidimensional. Apesar disso, o Programa tem repercutido de forma positiva nas vidas dos beneficiários, sobretudo por ser, em muitos casos, a única renda familiar segura, chegando a ser o principal meio de manutenção da vida.

Silvani et. al (2018) avaliaram e compararam o consumo alimentar de 187 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, segundo o tipo de assistência e participação no PBF. O padrão alimentar saudável foi identificado em apenas 41% dos usuários do SUS. Entre os beneficiários do PBF o consumo de hortaliças e salada crua foi significativamente menor e o padrão alimentar saudável não foi demonstrado pela maioria dos beneficiários, o que apontou que maiores esforços para efetiva promoção e prevenção da saúde são necessários.

Quase todos os estudos apresentados parecem convergir para a necessidade de implantação de ações de educação e conscientização das beneficiárias sobre alimentação saudável (UCHIMURA et al., 2012; LIGNANI et al., 2010; FREITAS et al., 2017; SILVANI et al., 2018), e cuidados com a alimentação das crianças menores de 24 meses (COELHO et al., 2015; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017). Atividades educativas para promover alimentação saudável e aleitamento materno representam condicionalidade de saúde do PBF (BRASIL, 2018a), a qual pretende-se investigar se está sendo cumprida em Fortaleza, sob o ponto de vista das gestantes beneficiárias.

2.5.5. MORTALIDADE INFANTIL

Silva e Paes (2018) em artigo de revisão integrativa a respeito do impacto do PBF sobre a mortalidade infantil no Brasil, onde identificaram 1527 artigos, mas com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 3 artigos para integrar o estudo, encontraram que o PBF contribuiu com decréscimos relevantes nos níveis da mortalidade infantil. Afirmam que programas com condicionalidades possuem um potencial sobre os determinantes sociais de saúde e nos cuidados primários de saúde, e que para a manutenção desta redução faz-se necessário intervenções governamentais que minimizem as disparidades de renda experimentada por grande parte do povo brasileiro. Além do que é necessário que os gestores disponibilizem meios para o adequado cumprimento das condicionalidades impostas aos beneficiários.

Silva, Silva e Paes (2018) realizaram estudo ecológico longitudinal com objetivo de avaliar o impacto dos programas sociais PBF e ESF e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do semiárido brasileiro, no período de 2005 a 2010. A metodologia envolveu aplicação de modelo linear multivariado de dados em painel com efeitos fixos, utilizando a taxa de mortalidade infantil como variável dependente; e como, independentes, as coberturas do Bolsa Família e suas condicionalidades, cobertura

da Estratégia Saúde da Família e a taxa de fecundidade. O estudo envolveu 1.125 municípios brasileiros e os resultados apontaram que as ações públicas do PBF e ESF, bem como a redução dos níveis de fecundidade, contribuíram sobremaneira com decréscimos nos níveis da mortalidade infantil. Segundo os autores as evidências estatísticas detectaram a importância motivada pelas ações públicas que objetivem auxiliar o combate de dois agravos importantes no país: pobreza e elevados níveis de mortalidade infantil.

Bastos et. al (2017) também em artigo de revisão sistemática, mas abordando o impacto da ESF sobre condições sensíveis à APS selecionadas, selecionaram 31 artigos para o estudo e encontraram em 14 deles associação positiva entre a alta cobertura da ESF com menores índices de mortalidade infantil e pós-neonatal. Encontraram também que, quando o PBF foi considerado, o efeito da ESF na mortalidade infantil foi maior. Em quatro estudos não houve efeitos da ESF na vacinação ou no nascimento de bebês de baixo peso. Os autores evidenciaram pouca produção na ligação do PBF à ESF em outros indicadores de saúde.

Guanais (2013) realizou estudo combinando os efeitos da expansão da ESF e PBF na mortalidade infantil pós-neonatal no Brasil. Foi realizado estudo ecológico longitudinal usando painel de dados de 4583 municípios brasileiros entre 1998 e 2010, totalizando 54.253 observações. Os resultados da análise mostraram que a associação da maior cobertura da ESF com a redução da mortalidade infantil pós-neonatal tornava-se maior quando a cobertura do PBF aumentava, o que levou a concluir que o efeito da ESF depende da expansão do PBF.

Rasella et al. (2013) realizaram também estudo ecológico misto que cobriu o período de 2004-2009 e incluiu 2853 (de 5565) municípios com estatísticas de óbito e nascidos vivos de qualidade adequada. Foram usadas fontes governamentais para calcular as taxas de mortalidade por todas as causas abaixo de 5 anos e as taxas de mortalidade abaixo de 5 anos para causas selecionadas. A cobertura do PBF foi classificada como baixa, intermediária, alta ou consolidada. Foram feitas análises de regressão multivariada de dados em painel com modelos binomiais negativos de efeitos fixos, ajustados para covariáveis sociais e econômicas relevantes. Os resultados apontaram que a taxa de mortalidade de menores de 5 anos, em geral e resultante de causas relacionadas à pobreza, como diarreia e desnutrição, diminuiu à medida que a cobertura do PBF aumentou.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o padrão de percepção das gestantes beneficiárias do Bolsa Família de Fortaleza em relação ao programa e suas repercussões na saúde e na violência experienciada.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar a percepção das gestantes sobre as condicionalidades de saúde do PBF, critérios de inclusão e benefícios do programa;
- Conhecer a percepção das gestantes acerca da qualidade do atendimento pré-natal e do acesso aos serviços da ESF;
- Identificar a percepção das gestantes sobre mudanças alimentares provocadas pelo programa;
- Conhecer a percepção da experiência e da interferência do PBF na experiência das gestantes com a violência comunitária e doméstica;

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

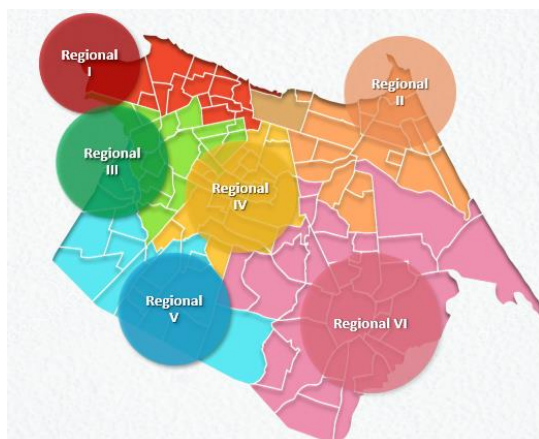
Tratou-se de um estudo transversal, com delineamento de levantamento interseccional em amostragem probabilística, que colheu dados diretamente de uma população em determinado lugar e momento. A abordagem do estudo foi quantitativa, o que permitiu estabelecer o padrão de percepção das gestantes do PBF e generalizar os resultados encontrados na amostra para o universo de Fortaleza. Tendo em vista que o enfoque quantitativo se vale do levantamento de dados para provar hipóteses baseadas na medida numérica, bem como da análise estatística para estabelecer padrões de comportamento (LAKATOS; MARCONI, 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) das seis Secretarias Executivas Regionais (SER) do município de Fortaleza, que compõem a organização administrativa da saúde da cidade (figura 8).

É válido considerar que, atualmente, Fortaleza é a quinta capital mais populosa do Brasil, com aproximadamente 2,64 milhões de habitantes estimados (IBGE, 2019), residentes em 119 bairros, distribuídos administrativamente em seis SER. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza contava no período do planejamento do estudo, em março de 2018, com 112 UAPS distribuídas nas seis regionais, sendo 15 na SER I, 12 na SER II, 18 na SER III, 13 na SER IV, 25 na SER V e 29 na SER VI (FORTALEZA, 2018).

FIGURA 8- Organização administrativa da saúde de Fortaleza.



FONTE: Fortaleza (2017). Plano municipal de Saúde 2018-2021.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Diante dos objetivos propostos para este estudo, foram participantes desta pesquisa, as pacientes gestantes beneficiárias do PBF, usuárias do Sistema Único de Saúde, acompanhadas nas consultas pré-natal nas Unidades de Atenção Primária (UAPS) do município de Fortaleza, estado do Ceará, distribuídas nas seis SER.

4.4 AMOSTRA DO ESTUDO

Para localizar as gestantes eleitas, foi utilizado o quantitativo de gestantes beneficiárias do PBF em Fortaleza, por meio do acesso aos bancos de dados federal Datasus para o PBF em março de 2018. Elas são acompanhadas nas UAPS através da inserção dos dados clínicos do pré-natal na base de dados do prontuário eletrônico *Fast Medic* (software municipal que interliga com o banco de dados federal do Ministério da Saúde SISPRENATAL web por meio do E-SUS AB).

Dados obtidos a partir do acesso aos dados do Datasus do Ministério da Saúde (MS) em março de 2018 para o PBF de Fortaleza, na primeira vigência de 2018, demonstraram que o universo total de gestantes beneficiárias do PBF era de 4.366 gestantes estimadas (BRASIL, 2018b).

FIGURA 9 – Consolidado do Bolsa Família para o total de gestantes em Fortaleza/CE.

Agrupe por Regional		Agrupe por Região			
FORTALEZA		1ª Região Fortaleza			
Relatório consolidado do Bolsa Família MS / SE / DATASUS Informações gerais sobre gestantes Período: 1ª Vigência de 2018 (DADOS PARCIAIS) Emissão: 21/03/2018 - 09:21:23 Data da última consolidação 16/03/2018: Regional: FORTALEZA Região de Saúde: 1ª Região Fortaleza					
Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Alimentação e Nutrição					
Município	Total de Gestantes estimadas	Total de Gestantes localizadas	Gestantes localizadas com Pré-natal em dia	Gestantes localizadas com dados Nutricionais	
AQUIRAZ	276	159	159	0	
EUSEBIO	194	64	64	0	
FORTALEZA	4.366	1.733	1.722	0	
ITAINGA	95	69	69	0	
Estimativa para CE		2.025	2.014	0	

A Estimativa de gestantes por vigência é calculada pela seguinte equação: $[(n^{\circ} \text{ de nascidos vivos} / n^{\circ} \text{ de mulheres de 15 a 44 anos}) \times n^{\circ} \text{ de beneficiárias do PBF entre 14 e 44 anos} / 2] + 10\%$.
 A estimativa nacional difere do somatório dos valores municipais, pois são incluídos dados de nascidos vivos cujos municípios foram ignorados, segundo dados do Tabnet (<http://tabnet.datasus.gov.br/>), além do arredondamento dos cálculos municipais.

Fonte: Base de dados do MS/SE/Datasus/2018.

A aplicação do cálculo amostral aleatório simples, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, apontou que, dentro deste universo de 4.366 gestantes estimadas, deveriam ser entrevistadas 354 gestantes beneficiárias do PBF. A fórmula

utilizada para o cálculo foi acessada em página da calculadora *on-line* (SANTOS, 2018) e segue a seguinte apresentação:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Foram critérios de inclusão: gestantes beneficiárias do PBF e usuárias da ESF, que buscaram o acompanhamento das condicionalidades de saúde e realização das consultas do pré-natal na Rede de APS do município de Fortaleza. Foi critério de exclusão: gestantes menores de 18 anos. Foi critério de retirada gestantes que não responderam a todas as perguntas, configurando seções dos formulários incompletas na totalidade.

O número de gestantes pesquisado, por cada regional, foi calculado de forma proporcional à quantidade de beneficiários do PBF estimados por cada regional de Fortaleza, também em março de 2018, conforme quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Estratificação da amostra por população beneficiária de cada regional em março de 2018.

Secretaria Regional (SER)	População (Nº beneficiários)	Percentual	Amostra (nº)
		População - %)	gestantes)
SER I	19.243	13,10%	45
SER II	11.250	7,65%	30
SER III	19.618	13,34%	47
SER IV	10.172	6,92%	25
SER V	46.919	31,91%	112

SER VI	39.812	27,08%	95
TOTAL	147.014	100%	354

Fonte: Dados da SMS Fortaleza (2018). Elaboração própria.

4.5 COLETA DE DADOS

Utilizou-se de formulários baseados em instrumentos validados (LIGNANI *et al.*, 2010; SCHRAIBER *et al.*, 2010; RICHTERS; MARTINEZ, 1993) para explorar as questões sociodemográficas (APÊNDICE A-1), autoavaliação alimentar (APÊNDICE A-3), e experiência com violência comunitária e doméstica (APÊNDICE A-4).

O trabalho de Lignani *et al.* (2010) foi totalmente aproveitado para conduzir a seção de questões sobre autoavaliação alimentar (APÊNDICE A-3) que foi aplicada as gestantes do PBF entrevistadas, pois acreditou-se que refletiria aspectos de disponibilidade quantitativa de alimentos, como também a qualidade dos grupos alimentares ingeridos.

O instrumento validado para uso no Brasil por Schraiber *et al.* (2010) foi o *World Health Organization Violence Against Woman (WHO VAW)*, que é o instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS) para investigações sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres e foi utilizado na seção em que se investigou a violência doméstica nas gestantes do PBF. Nas questões acerca da violência comunitária foi utilizada a referência do trabalho de Ritchers e Martinez (1993), que investigou em trabalho de psiquiatria americano crianças que sofriam e eram testemunha de violência comunitária.

Foi construído formulário específico para investigar as questões de saúde referentes a qualidade do atendimento e acesso aos serviços de saúde (APÊNDICE A-2), bem como para investigar o conhecimento das gestantes sobre as condicionalidades de saúde, critérios de inclusão e benefícios do PBF.

Estes formulários (Apêndice A-1 a A-4) foram aplicados por meio de uma entrevista estruturada, com as gestantes beneficiárias do PBF, nas dependências das UAPS de Fortaleza.

Para aplicação dos formulários as entrevistadoras foram treinadas por meio de um *role-play*, bem como foi realizado o pré-teste do instrumento para ajustar a linguagem e compreensão dos sujeitos e para alinhamento final das perguntas aos

objetivos da pesquisa. A coleta se deu no período de outubro de 2018 a julho de 2019.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Segundo Barros e Lehfeld (2010), o objetivo desta fase do projeto é sumariar, classificar e codificar as observações feitas e os dados obtidos, além de analisá-los estatisticamente. Na análise, segundo Prodanov e Freitas (2013), o pesquisador aprofunda-se nos detalhes dos dados tabulados estatisticamente, a fim de conseguir respostas para os seus questionamentos, procurando estabelecer relações entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas.

Com relação aos procedimentos adotados para o estudo do objeto, realizou-se pesquisa analítica descritiva e inferencial, onde a descrição do objeto foi realizada por meio de levantamento de dados (BARROS e LEHFELD, 2010). A pesquisa descritiva, segundo Prodanov e Freitas (2013), observa, registra, analisa e ordena os dados, sem a interferência do pesquisador. Para a análise utilizou-se o enfoque quantitativo e buscou-se fornecer resultados caracterizados pela precisão estatística. (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Os dados coletados foram organizados e analisados em base eletrônica, utilizando Software Epidata 3.1 para tabulação do banco de dados e para análise estatística STATA SE 14.2 (STATA for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Posteriormente, os dados produziram tabelas, gráficos e quadros, construídos com base nas informações obtidas da análise das respostas aos formulários aplicados junto aos sujeitos, que foram discutidos baseados na literatura revisada para a pesquisa e em seus objetivos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo Polit, Beck e Ungler (2004), o relatório de Belmonte articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: princípio de beneficência (defende o sujeito acima de tudo, não causar dano); princípio de respeito à dignidade humana (inclui o direito à autodeterminação – os sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente se querem ou não participar de um estudo, o direito à revelação completa - abrange os direitos que as pessoas têm de tomar decisões autorizadas a cerca de sua participação em um estudo); e o princípio da justiça (inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do

direito à privacidade).

Em relação aos aspectos éticos desta pesquisa, no estudo quantitativo, como em outras abordagens, o respeito ao anonimato e o sigilo são, particularmente, importantes. Precauções foram tomadas com a finalidade de proteger a identidade de todos os entrevistados, sendo os seus direitos preservados de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – considerando o disposto na resolução 196/96, deste mesmo Conselho, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética (BRASIL, 2012b), que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

No tocante à abordagem com os sujeitos, estes foram respeitados considerando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Ainda segundo esta mesma resolução “o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos (TCLE – APÊNDICE B), indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

O projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA-IPADE (Centro Universitário Christus – UniChristus), sob protocolo CEP 90720618.8.0000.5049, para análise e aprovação do estudo e seguiu suas recomendações. O parecer de aprovação n.º 2.758.702 (ANEXO 1), discutido pelo colegiado na reunião de 20 (vinte) de junho de 2018 e formalizado pelo ofício n.093/10, publicando-se em 06/07/18 na Plataforma Brasil.

Para obter aprovação desse CEP também se submeteu o projeto à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que emitiu carta de anuência recomendando a coparticipação da SMS no estudo (ANEXO 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo estão incluídos quatro artigos que representam os resultados e discussões dos quatro objetivos específicos elencados neste estudo.

Objetivo 1

Artigo 1: Quem são as gestantes beneficiárias do Bolsa Família e como estas percebem o programa?

O artigo 1 apresenta e analisa as mudanças do perfil sociodemográfico do grupo, além de discutir os resultados da percepção das gestantes sobre as condicionalidades de saúde, critérios de inclusão e benefícios do PBF.

Objetivo 2

Artigo 2: Repercussões dos programas Bolsa Família e Saúde da Família no acesso e qualidade do pré-natal.

O artigo 2 revela a percepção das gestantes acerca da qualidade do atendimento pré-natal e do acesso aos serviços da ESF, expondo repercussões do PBF nos resultados apresentados.

Objetivo 3

Artigo 3: Reflexos dos programas Bolsa Família e Saúde da Família na segurança alimentar das gestantes beneficiárias.

O artigo 3 traz a percepção das gestantes sobre mudanças no consumo alimentar provocadas pelo programa.

Objetivo 4

Artigo 4: O programa Bolsa Família e a experiência da gestante com a violência comunitária e doméstica.

O artigo 4 desvela a experiência das gestantes com a violência comunitária e doméstica e possíveis interferências do PBF nesta experiência.

ARTIGO 1

QUEM SÃO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA E COMO ESTAS PERCEBEM O PROGRAMA: SUPERANDO O SENSO COMUM.

INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) caracteriza-se como um programa de transferência de renda condicionada (PTRC), de grande destaque na América Latina e no mundo, que busca garantir direitos sociais básicos a famílias pobres e extremamente pobres (PASE; MELO, 2017). Seus maiores focos de ação são a frequência escolar e o acompanhamento e manutenção dos níveis de saúde das crianças, adolescentes e gestantes. Isto feito mediante condicionalidades nas áreas de saúde, educação e assistência social, que precisam ser cumpridas em troca do recebimento do benefício (BRASIL, 2019a).

Dentre as condicionalidades da educação, cobra-se matrícula e frequência escolar mensal de 85% para crianças de 6 a 15 anos, e matrícula e frequência escolar mensal de 75% para adolescentes de 16 a 17 anos. Na área da saúde, exigem-se a vacinação dos menores de 7 anos, aferição de peso e estatura para acompanhar o desenvolvimento infantil e o acompanhamento de gestantes e nutrízes, tanto no aspecto clínico do pré-natal e puericultura, como na prevenção com palestras de aleitamento materno e alimentação saudável. Finalmente, na área da assistência social, crianças e adolescentes com até 17 anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil, devem participar dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, além da frequência mínima escolar de 85% (PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019a).

Segundo dados do MDS, que coordena e gerencia o programa desde 2004, em torno de 14 milhões de famílias brasileiras ou 50 milhões de pessoas estão tendo acesso ao benefício, no Ceará são 1.049,696 famílias beneficiárias, quase 30% da população e em Fortaleza 206.891 famílias, cerca de 20% da população do município (BRASIL, 2019b). Podem ser incluídas no programa todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais, condição considerada de extrema pobreza, e famílias com renda entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham gestantes e crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos em sua composição, condição considerada como pobreza. Cada família, de acordo com seu perfil, fará jus a valores diferenciados, calculados mediante dados informados no Cadastro Único (BRASIL, 2019a).

Na literatura constam relatos que indicam que as beneficiárias do PBF não

sabem o porquê de estarem inseridas no programa, não sabem da sua importância e não conhecem suas condicionalidades e critérios de inclusão (BARBOSA; DIÓGENES; MONT'ALVERNE, 2014; SANTOS et al., 2011). Contudo, quase não há estudos que investiguem essa afirmação sobre as percepções de beneficiárias e a apropriação das mesmas sobre o PBF (FRAGA; PAULI; VALCANOVER, 2015). As dissertações de Pinto (2010) e Andrade (2010) revelaram traços do perfil das beneficiárias (não gestantes) e análise de percepção sobre o PBF, mas de forma pontual e localizada em bairros de municípios brasileiros. O Instituto Brasileiro de Análise Sociais e Econômicas (IBASE), financiado pelo MDS, desenvolveu pesquisa mais abrangente do ponto de vista territorial, no entanto focada nas repercussões do PBF na segurança alimentar (IBASE, 2008).

Com relação a estudos de perspectivas das gestantes sobre o PBF verificou-se uma lacuna acadêmica ainda maior, não se localizando estudos. Considera-se relevante adentrar nesta temática, pois, a compreensão dos sujeitos envolvidos e a análise do desenho e concepção de um determinado programa ou política social são importantes para obtemos ferramentas de gestão e controle social eficazes (FERNANDES; VASCONCELOS, 2017). Identificar mudanças de perfil, comparando com as análises anteriores e investigando efeitos inerentes à própria evolução do PBF e ao acompanhamento do programa pela Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como levantar dados que possam identificar o impacto do PBF sobre as condições de vida das famílias beneficiadas (DRAIBE; FONSECA; MONTALI, 1998), sobretudo sob a ótica dos seus beneficiários, permite melhor compreensão do programa e melhorias no seu desenvolvimento.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi investigar e analisar o padrão de percepção das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza sobre o programa, as condicionalidades da saúde, os critérios de inclusão e os benefícios obtidos, assim como analisar seu perfil sociodemográfico.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, em amostra probabilística de gestantes de Fortaleza, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizavam o acompanhamento pré-natal na rede de atenção primária, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Cálculo amostral aleatório simples foi realizado utilizando 95% de nível de confiança, erro amostral de 5%, nível de significância de $p < 0,05$ e dados do relatório consolidado do PBF do Datasus (BRASIL, 2018) de março de 2018, que apresentava universo de 4.366 gestantes estimadas para Fortaleza na primeira vigência do PBF.

Fortaleza é a quinta capital mais populosa do Brasil, com aproximadamente 2,64 milhões de habitantes estimados (IBGE, 2019a), residentes em 119 bairros. A Prefeitura de Fortaleza contava no período de planejamento do estudo com 112 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), sendo 15 na SER I, 12 na SER II, 18 na SER III, 13 na SER IV, 25 na SER V e 29 na SER VI (FORTALEZA, 2018).

Incluíram-se no estudo gestantes beneficiárias do PBF e usuárias do SUS, que buscavam o acompanhamento das condicionalidades de saúde e ou realização das consultas de pré-natal com as equipes da ESF. Foram excluídas do estudo gestantes menores de 18 anos e retirados formulários com seções incompletas. As unidades foram selecionadas mediante proporcionalidade de beneficiárias distribuídas nas seis SER do município.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, nas dependências das UAPS, com base em formulário específico da pesquisa, que englobava dados sociodemográficos, e aspectos referentes a percepção das condicionalidades da saúde, critérios de inclusão e benefícios do programa. É importante salientar que as opções de respostas não eram lidas, tendo as beneficiárias que responder espontaneamente aos questionamentos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniChristus - parecer n.º 2.758.702 (06/07/18). A coleta se deu entre outubro de 2018 e julho de 2019. Os dados foram tabulados nos *softwares* Epidata 3.1 e analisados no STATA SE 14.2.

Na abordagem analítica, aplicaram-se testes como o Anova, Correlação de Pearson (*pwcorr*), Qui-quadrado de Pearson, tendo os aspectos sociodemográficos (e.g.: regional de residência) como variáveis independentes e os objetivos do estudo como variáveis dependentes (e.g.: conhecimento sobre as condicionalidades).

RESULTADOS

Foram levantadas as 354 entrevistas pretendidas, com três entrevistas tendo

sido descartadas e substituídas, conforme critério de retirada estabelecido. Ao final do estudo foram acessadas 29 UAPS de Fortaleza (32,5%).

Os resultados do perfil sociodemográfico das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza estão explicitados na tabela 1, onde se observa que, em sua maior parte, eram jovens com média de idade de 27 (DP $\pm$ 5,8) anos; fortalezenses (74,9%); solteiras (38,7%) ou em união estável (36,7%); pardas ou negras (92,1%); católicas (45,2%) ou evangélicas (44,3%); ocupavam-se do lar (58,8%); com escolaridade de ensino médio (59,3%). A média de renda foi de R\$706,44 (DP $\pm$ 625,4); apresentaram média de 1,4 filhos (DP $\pm$ 1,2); com média de 3,7 (DP $\pm$ 1,8) pessoas em casa, dos quais 2,2 (DP $\pm$ 1,0) adultos, e recebiam do PBF valor médio de R\$ 181,10 (DP $\pm$ 88,2), há, em média, 45 meses (DP $\pm$ 45,9).

Critérios de inclusão do Programa Bolsa Família

Sobre os critérios de inclusão, 74,5% (n=263) deram respostas certas. O critério de inclusão mais indicado foi viver na pobreza ou extrema pobreza (59%), seguido da existência de crianças na composição familiar (51%), da condição ser gestante ou ter gestante na família (16,4%) e ter adolescentes na composição familiar (2,8%). Estar desempregada (32,2%) e não ter carteira assinada (13,5%) foram os itens equivocados mais citados pelas gestantes.

Na tabela 2 estão apresentadas comparações das respostas certas sobre critérios de inclusão entre as regionais de Fortaleza. A SER IV apresentou maior percentual de acerto para um critério (87,5%), a SER VI para dois critérios (59,2%), a SER II para três critérios certos (34,5%), e a SER III foi a única com quatro acertos, feito por uma única gestante (3,5%). Ao analisar-se o percentual relativo de acertos quanto a amostra por regional a SER II teve melhor desempenho, pois 29 de suas 30 gestantes (98%) indicaram corretamente um a três critérios de inclusão.

Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Quanto as condicionalidades de saúde, 80,5% (n=285) acertaram nas respostas. A condicionalidade mais indicada foi medir e pesar as crianças pequenas (69,2%), seguido da vacinação das crianças pequenas (67,2%), do acompanhamento pré-natal (22%) e da realização de palestras educativas (2,8%). Manter as crianças na escola (53,4%), que é condicionalidade da educação, foi a resposta equivocada

mais indicada.

Importa saber que 92% das gestantes entrevistadas concordam com essa cobrança das condicionalidades e 91% afirmam não ter dificuldades para cumpri-las. Das entrevistadas, 88,5% indicaram corretamente as penalidades e 75,4% conhecem alguém que foi penalizado. Quanto a participação em palestras educativas somente 25% confirmou a participação, todas realizadas no SUS. Houve diferença significativa ($p=0,004$) na realização de palestras sobre alimentação saudável e aleitamento materno entre as regionais, onde a SER II (46,7%) teve destaque na realização dessas atividades.

Na tabela 2 nota-se que a SER IV apresentou maior percentual de acerto para uma condicionalidade (70,6%), a SER VI para duas condicionalidades (73,3%), a SER II foi melhor tanto para três condicionalidades certas (40,7%), como para quatro acertos (11,1%), que foram feitos por três gestantes. Ao analisarmos o percentual relativo de acertos quanto a amostra por regional a SER II teve 90,5% indicando corretamente uma a quatro condicionalidades de saúde certas, juntamente com a SER VI, que também teve 90,5% com respostas certas.

Benefícios percebidos do Programa Bolsa Família

Sobre os benefícios percebidos, 94% ($n=333$) citaram benefícios alinhados aos objetivos propostos pelo PBF. O benefício mais apontado foi o dinheiro (92%), seguido das visitas prioritárias em casa (8,2%), da oferta de cursos de capacitação (97%) e da facilitação para conseguir emprego (2,2%). Outros benefícios não esperados atingiram percentual considerável (7,6%), e englobavam, entre outros, os descontos de baixa renda nas contas de luz e água e facilitação na retirada de documentos.

Um total de 75,4% afirmou que o PBF ajudou a ter uma vida mais saudável, devido, principalmente, ao suporte da alimentação em casa. Ainda, 84,7% afirmaram que o gasto principal do benefício é feito com alimentos.

Questionadas sobre como enxergavam o PBF, 73,2% o perceberam como direito. Somente 32% souberam o porquê de diferentes valores serem pagos as diferentes famílias contempladas.

Na tabela 2 estão comparações dos acertos dos benefícios entre as regionais. A SER IV apresentou maior percentual de acerto para um benefício (100%), a SER II se destacou para dois benefícios (27,0%) e três benefícios (11,5%), nenhuma regional

indicou a percepção dos quatro benefícios corretos.

Houve ainda robusta correlação ($p < 0,001$) entre as respostas certas para benefícios, condicionalidades e critérios de inclusão, ou seja, as gestantes que foram mais certas nas respostas, foram nos três aspectos estudados. Os demais cruzamentos feitos usando a idade, número de filhos, escolaridade, tempo de recebimento do PBF e valor da renda não apresentaram resultados estatisticamente significantes para os acertos.

DISCUSSÃO

Este estudo é o primeiro realizado observando o perfil e o ponto de vista de gestantes beneficiárias do PBF sobre o programa. De forma geral, observou-se que as gestantes conhecem o programa e suas condicionalidades, assim como o percebem como direito, e não como favor/caridade. Contudo, esta percepção foi modulada pelo local de residência e cumprimento das condicionalidades do PBF. Ademais, observou-se modificação do perfil da beneficiária do PBF, demonstrando maior escolaridade, menor taxa de fertilidade, maior autoafirmação da cor negra, o que pode ter influenciado o empoderamento da mulher. Esta mudança de perfil é positiva e parece ser reflexo da existência do PBF, além de ter potencial efeito secundário na saúde e nos determinantes sociais dos filhos das beneficiárias.

A maior escolarização aparece como um ganho visível entre os mais vulneráveis, já que evidenciou-se maior acesso ao ensino médio e redução do analfabetismo quando comparamos nossos achados ao panorama indicado pela pesquisa do Ibase (IBASE, 2008). Os dados anteriores demonstravam um acesso reduzido ao ensino médio e um alto índice de analfabetismo entre as titulares do PBF no Brasil. É surpreendente a melhora nos índices de alcance do nível médio quando comparamos os achados da presente pesquisa com os dados brasileiros anteriores, melhora de 17,2% para 59,3%. Houve também avanços nos dados relacionados com a falta de escolaridade total, que caiu de 26,1% para 0,5% nesta pesquisa. Ao comparar-se esse índice ao dado apontado pelo IBGE (2019b) para a população brasileira, baseado na PNAD, onde o total de analfabetismo para o Brasil foi de 6,8% em 2018 para pessoas com 15 ou mais anos de idade, encontra-se um dado consideravelmente menor entre as gestantes beneficiárias do PBF neste ponto.

Considerando o fato de que as gestantes entrevistadas são jovens, podendo

ter sido crianças e adolescentes beneficiadas pelo PBF recebido de suas mães, essa maior escolaridade pode inclusive ser consequência do programa, que já conta com 16 anos de existência. Embora investimentos na educação também devam ter influência sobre o bom desempenho desse resultado, a sinergia revelada com o PBF, por meio da cobrança da condicionalidade da educação não pode passar despercebida. O PBF impacta de maneira significativa e assertiva, principalmente em indicadores educacionais diretamente atrelados à condicionalidade do PBF, como a frequência escolar e taxas de abandono escolar (SANTOS et al., 2019).

A maior escolaridade das mães beneficiárias do PBF pode resultar em reflexos positivos diretos na qualidade dos cuidados dessas mães com seus filhos. Pois, condições socioeconômicas como a escolaridade materna tem conexão com questões como insegurança alimentar (e.g., desmame precoce e introdução de alimentos inadequados) e mortalidade infantil (SPERANDIO; PRIORE, 2015; COELHO et al., 2015; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017; CORREIA et al., 2018; GUANAIS, 2013; RASELLA et al., 2013; SILVA; SILVA; PAES, 2018).

Adicionalmente, é possível que este ganho em escolaridade se reflita em empoderamento da mulher e maior conhecimento da mesma sobre seus direitos e os deveres do Estado. Assim, o aumento do conhecimento das grávidas entrevistadas em relação aos critérios de inclusão, as condicionalidades e os benefícios do PBF, quando comparados a estudos anteriores (IBASE, 2008; PINTO, 2010) pode ser, pelo menos parcialmente, relacionados ao aumento da escolaridade.

O impacto da educação no conhecimento das gestantes pode ser observado também na relação entre a frequência de palestras educacionais realizadas nas UAPS e o nível de conhecimento das grávidas sobre o PBF. A regional que realizou maior número de palestras foi aquela que teve maior percentual de grávidas com conhecimento adequados sobre o bolsa família, demonstrando a importância destes momentos educacionais no empoderamento da mulher.

O empoderamento da grávida e o impacto de políticas públicas parece também ter afetado as questões de raça. Estudo anterior, que abordou cinco mil beneficiárias brasileiras, encontrou que 64% dos indivíduos beneficiados possuíam (se autodeclaravam) cor preta ou parda (IBASE, 2008), dado semelhante ao encontrado em Manguinhos (PINTO, 2010). Nosso estudo apontou acréscimo de 28% neste percentual. Essa elevação pode ser decorrente da miscigenação crescente, mas

também da efetivação das políticas e ações afirmativas de fortalecimento da cultura negra e combate ao racismo, que vêm afetando positivamente a autoestima e aceitação da identidade negra, com maior afirmação da cor. Dados do IBGE (2019c), conforme última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), confirmam essa tendência, pois apontam que, se comparado com os últimos seis anos, a população que se declara negra aumentou em 4,7 milhões, a parda aumentou em 7,1 milhões e a autopercepção branca caiu para menos 2,5 milhões.

Outra transição percebida foi o acréscimo superior a 11% do percentual de mães solteiras quando comparado com dados do estudo do Ibase (IBASE, 2008), o que reflete compatibilidade com os novos arranjos familiares que a vida moderna tem trazido, mas também com questões ligadas a possíveis efeitos do PBF. Há estudo recente apontando o empoderamento feminino associado ao PBF no sentido de ampliar a separação entre os casais, sobretudo de casais com filhos, fortalecendo a mulher no ato da separação de parceiros violentos ou indesejáveis (LITWIN et al., 2019).

Esse dado é de extrema importância, tendo em vista que a família é a base de trabalho do PBF e da ESF, e suas novas configurações podem agregar ainda mais dificuldades e limites internos, além das repercussões das contradições da sociedade capitalista e do neoliberalismo (SILVA, 2007). Pois, situações de abandono parental aliadas as dificuldades financeiras aumentam exponencialmente a vulnerabilidade social dessas famílias, sobrecarregando as mães, dificultando o adequado desenvolvimento emocional dos filhos e aumentando os casos de dependência e abuso de drogas (JIMENEZ et al., 2011; SIMÕES et al., 2013; NAVARRO et al., 2015).

O adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde pela ESF possibilita a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram nos modos de vida e no acesso aos serviços básicos (XIMENES ; AGATTE 2011). Cabe aos profissionais da ESF entenderem que a adequada abordagem familiar é parte inerente ao processo de acompanhamento das condicionalidades do PBF. Pois, diante da determinação social das doenças e da clara estratificação de risco e vulnerabilidade social que esse grupo carrega, faz com que a ESF tenha o papel de atuar e organizar o cuidado de modo integral e holístico diante das famílias beneficiárias.

Outro fato notório e que tende a esclarecer mitos em torno do PBF, espalhados

pela mídia e pelo senso comum, foi a média de 1,4 filhos encontrada, com a grande maioria das gestantes tendo entre um e dois filhos. A acusação de que as mães do PBF procriam mais pra permanecer no PBF já foi refutada em algumas publicações (SIMÕES; SOARES, 2012; CECHIN et al., 2015) e, em caso de ocorrência do aumento da prole isso se dá não pelo ingresso no PBF e sim pelas barreiras interpostas à esterilização, ou seja, não há evidência de relação causal do PBF sobre a fecundidade das beneficiárias (QUADROS; SANTOS, 2017).

Nesta pesquisa, os critérios de inclusão foram espontaneamente citados pela grande maioria das gestantes, se distanciando bastante dos achados anteriores. Na identificação das condicionalidades de saúde o desempenho foi ainda melhor, o ponto comum de desconhecimento entre os dois estudos foi sobre o porquê de diferentes valores serem pagos as diferentes famílias contempladas, já que em nosso estudo a maioria também não soube informar o motivo das diferenças, muitas vezes citando achar injusto.

Parece que a apropriação sobre os aspectos básicos do PBF não é problema, mas um aprofundamento sobre seus objetivos e pertinências ainda não é realidade, nem por parte dos beneficiários, nem por parte de quem o acompanha. Pode-se inferir que o empoderamento e apropriação sobre o tema, por parte das mulheres beneficiárias, revelou-se bom e crescente. Tanto que, mais de dois terços das gestantes responderam que entendiam o PBF como direito, o que representa um estrondoso avanço com relação aos outros estudos (ANDRADE, 2011; PINTO, 2010; IBASE, 2008), onde as afirmações eram que o PBF era uma ajuda do governo, e as condicionalidades algo para dar em troca do favor recebido.

A percepção sobre os benefícios foi algo que ficou bem alinhado entre este estudo e os anteriores, o aporte financeiro obtido por meio do PBF foi o grande benefício apontado e sua finalidade maior relatada para a compra de alimentos, com altos percentuais dessa afirmação. O que representou para as beneficiárias elevação do nível de renda e poder de compra, com o acesso aumentado a maior variedade e quantidade de alimentos.

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA, em cima de dados da PNAD (de 2001 a 2017), reforça a relevância desse incremento financeiro do PBF, pois indica que 3,4 milhões foram retirados da extrema pobreza e 3,2 milhões da pobreza, com custo inferior a 0,5% do PIB. Segundo o estudo o valor médio recebido

pelas famílias brasileiras é de R\$188,00, o que coaduna com o nosso achado de R\$ 181,10 recebido pelas gestantes de Fortaleza. Para os autores a focalização do programa é boa, a contribuição do PBF na redução das desigualdades sociais é real, mas para ser mais eficaz deveria ter seus valores reajustados, pois os valores são mínimos, e a decisão por reajustes tem mais a ver com prioridades políticas do que com restrições fiscais (SOUZA et al., 2019).

Os demais benefícios propostos pelo PBF como estimular a emancipação sustentada das famílias (BRASIL, 2019a), com ações sinérgicas que visem promover a capacitação e facilitação na obtenção de emprego passaram praticamente despercebidos pelas gestantes. As articulações com programas complementares como o Progredir não ganham visibilidade e materialidade prática no cotidiano das beneficiárias e geram críticas ao PBF quanto a sua real potencialidade e eficácia na quebra do ciclo intergeracional de pobreza (CARNELOSSI; BERNARDES, 2014).

Muito embora, há quem afirme que está clara a expectativa de que, caso se cumpram os acompanhamentos de educação e saúde, as crianças terão maior chance de formação, inserção no mercado de trabalho e exercício da sua cidadania (XIMENES; AGATTE, 2011). Neste estudo já se visualizou um pouco desse sucesso, refletido pelas dimensões da transferência direta de renda com redução da miséria e maior acesso à alimentação, além de ganhos diretos e indiretos na escolaridade e empoderamento das beneficiárias.

Ademais, há que se considerar que, em que se pese que o objeto deste estudo foram as percepções das gestantes, estas podem ter sido afetadas pela singularidade individual dos seus contextos e vivências. Além do que, a temática envolve programa que transfere recursos financeiros, e o temor inerente a perda do benefício pode ter interferido nas suas respostas, em especial no que tange aos valores declarados de renda e de uso do benefício. No entanto, pondera-se que as mudanças encontradas no perfil e os achados acerca da apropriação do tema aqui discutidos não devem ter sido sensíveis a essas limitações.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que o PBF está afetando de maneira positiva no alcance de melhores níveis educacionais, na elevação da renda com maior acesso a alimentação e no empoderamento com conscientização política dos direitos pelas beneficiárias. O

perfil da beneficiária do PBF sofreu elevação na autorreferência da cor parda ou negra, no percentual de mães solteiras, e no nível de escolaridade.

As gestantes revelaram boa percepção e conhecimento geral sobre os critérios de inclusão, condicionalidades e benefícios do PBF, com diferenças estatisticamente significantes entre as regionais, devido ao maior acesso à educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rosemary Felipe de. **A saúde como direito: a percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família**. 2010. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Católica de Santos, Santos, 2010.

BARBOSA, N.; DIÓGENES, M.A.; MONT’ALVERNE, D. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p.435-436, out./dez. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria Executiva. **Relatório Consolidado do Bolsa Família**. Disponível em < <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp> > Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em < <http://mds.gov.br/bolsafamilia> > Acesso em: 15 ago. 2019a.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em < <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/bolsafamilia/relatorio-completo.html> > Acesso em: 11 ago. 2019b.

CARNELOSSI, B.C.N.; BERNARDES, M.E.M. A condicionalidade de educação dos programas de transferência de renda: uma análise crítica do programa Bolsa Família. **Perspectiva**. Florianópolis, v.32, n.1, p.285- 313, jan./abr. 2014.

CECHIN, L.A.W. et al. O impacto das regras do Programa Bolsa Família sobre a fecundidade das beneficiárias. **Revista Brasileira de Economia**. n.69, p.303-29, 2015.

COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n. 3, p. 727-738, 2015.

CORREIA, L.L. et al. The relation of cash transfer programs and food insecurity among families with preschool children living in semiarid climates in Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro. v.26, n.1, p. 53-62, 2018.

DRAIBE S.; FONSECA, A.M.; MONTALI, L.; Programas de Renda Mínima para Famílias Carentes: Levantamento das Experiências e Metodologia de Avaliação. In Lobato AL. **Garantia de renda Mínima: ensaios e propostas**. Brasília: IPEA, 1998.

FERNANDES, V.S.; VASCONCELOS, M.G.O; **Avaliação Política da Política**. In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2017.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS); **Unidades de Saúde**. Disponível em http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=316 Acesso em: 25 mar. 2018.

FRAGA, L.S.; PAULI, R.I.P.; VALCANOVER, V. M.; **O Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: Vale a pena o investimento?** In: XXXV ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO- ENEGEP 2015. Perspectivas globais para a Engenharia de Produção. Fortaleza, 2015.

IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas**. Relatório Técnico preliminar. Rio de Janeiro: junho de 2008.

GUANAIS, F.C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. **American Journal of Public Health**, v.103, n.11, p.2000-2006, nov. 2013.

IBGE. Brasil/Ceará/Fortaleza- Panorama IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> Acesso em: 25 ago. 2019a.

IBGE. Agenda de Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24857-pnad-continua-2018-educacao-avanca-no-pais-mas-desigualdades-raciais-e-por-regiao-persistem> Acesso em: 25 ago. 2019b.

IBGE. Agenda da Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos> Acesso em: 25 ago. 2019c.

JIMENEZ, M.T.L. et al. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con transtorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. **Salud Mental**, v.34, n.2, mar./abr. 2011.

LITWIN, A. et al. A conditional cash transfer and Women's empowerment: Does Bolsa Familia Influence intimate partner violence? **Social Science & Medicine**, 238. 112462. 2019.

NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.33, n.12, 2017.

NAVARRO, P.V. et al. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en um centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. **Rev. Colomb. Psiquiat.**, v.44, n.3, p. 166-176, 2015.

PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública RAP**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar./abr. 2017.

PINTO, Isabella Vitral. **Percepções das titulares do Programa Bolsa Família e as repercussões em suas condições de vida. Um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em Manguinhos, RJ, 2009.** 2010. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010. [Orientador: Prof. Dr. Alberto Lopes Najar].

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, London, v.382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

QUADROS, M.T.; SANTOS, G.M.N.C. Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.4, e00152515, 2017.

SANTOS, L. P. et al.; Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.5, n.4, p.139-165, 2011.

SANTOS, M.C.S. et al. Programa Bolsa Família e indicadores educacionais em crianças, adolescentes e escolas no Brasil: revisão sistemática. **Ciência e Saúde**

Coletiva, v.24, n.6, p. 2233-2247, 2019.

SILVA, E.S.A.; SILVA, C.C.; PAES, N.A. Efeitos dos Programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. **Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.138-147, jan./mar. 2018.

SILVA, M.J. **Família e Política de Assistência Social: o debate entre a provisão dos mínimos sociais e as necessidades básicas**. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2007.

SIMÕES, S.C.C. et al. Predição do Apego de Crianças em Função do Estilo Educativo Materno e do Tipo de Família. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.26, n.1, p. 168-176, 2013.

SIMÕES, P.; SOARES, R. Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das beneficiárias. **Revista Brasileira de Economia**, n.66, p. 533-56, 2012.

SOUZA, P.H.G.F. et al. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Texto para discussão 2499. Sumário Executivo. IPEA. Rio de Janeiro, agosto, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent&view=alphacontent&Itemid=357 Acesso em: 25 ago. 2019.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S.E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.739-748, out./dez. 2015.

XIMENES, D. A.; AGATTE, J.P.; A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. **Inc. Soc.**, Brasília, v.5, n.1, p. 11-19, jul./dez. 2011.

Tabela 1- Resultados descritivos do perfil sociodemográfico das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza.

Variável	n	%	Média	Variação
Idade				
18-26 anos	192	54,2	27 (DP±5,8)	18-42 anos
27-34 anos	111	31,4		
35-42 anos	51	14,4		
Estado Civil				
Solteira	137	38,7		
União Estável	130	36,7		
Casada	82	23,2		
Separada	5	1,4		
Naturalidade				
Fortaleza	265	74,9		
Outros municípios	89	25,1		
Bairro				
SER 1	45	12,7		
SER 2	30	8,5		
SER 3	47	13,3		
SER 4	25	7,1		
SER 5	112	31,6		
SER 6	95	26,8		
Religião				
Católica	160	45,2		
Evangélica	157	44,3		
Sem religião	33	9,3		
Outras	4	1,2		
Cor				
Pardas	294	83,1		
Negras	32	9		
Branças	28	7,9		
Ocupação				
Do lar	208	58,8		
Autônoma	39	11		
Não trabalha	34	9,6		
Doméstica	26	7,3		
Estudante	22	6,2		
Outros	25	7,1		
Escolaridade				

Ensino médio incompleto	111	31,3		
Ensino médio completo	99	28		
Ensino fundamental incompleto	93	26,3		
Ensino fundamental completo	29	8,2		
Ensino superior incompleto	12	3,4		
Ensino superior completo	8	2,3		
Analfabeta/ sem escolaridade	2	0,5		
Fonte de água				
Cagece	331	93,5		
Poço	19	5,4		
Outras	4	1,1		
Tipo de moradia				
Alugada	167	47,2		
Própria	157	44,3		
Emprestada	30	8,5		
Quantas pessoas moram na casa				
1-2 pessoas	76	21,5		
3-4 pessoas	193	54,5	3,7 (DP±1,8)	1-15 pessoas
5 ou mais pessoas	85	24		
Quantos adultos na casa				
1-2 adultos	284	80,2		
3-4 adultos	54	15,2	2,2 (DP ±1,0)	1-9 adultos
5 ou mais adultos	16	4,6		
Faixa salarial				
< que 1 salário	153	43,4		
1 a 2 salários	125	35,5		
Sem renda	53	15		
> 2 salários	10	2,9		
Não respondeu	13	3,2		
Valor da renda				
R\$ 0,00	51	14,5		
R\$ 100,00 a R\$ 1.000,00	151	42,8	R\$ 706,44	R\$ 0,00 - R\$ 5.000,00
R\$ 1.000,00 a 3.000,00	40	11,3	(DP±625,4)	
R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	3	0,9		
Não respondeu	109	30,5		
Número de filhos				
0	69	19,5		
1-2	237	67	1,44 (DP±1,2)	0-9 filhos
3-4	39	11		

5 ou mais	9	2,5		
Tempo que recebe o PBF				
1-24 meses	162	46		
24-48 meses	57	16,2	45,5 (DP± 45,9)	1-240 meses
49 ou mais meses	93	25,9		
Não respondeu	42	11,9		
Quanto recebe do PBF				
R\$ 35,00 a R\$ 89,00	50	14,1		
R\$ 90,00 a R\$ 178,00	132	37,4		
R\$179,00 ou mais	147	41,4	R\$ 181,10 (DP±	R\$ 35,00 - R\$ 611,00
Não respondeu	25	7,1	88,2)	
Total	354	100		

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria.

Tabela 2- Resultados da comparação das respostas certas das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza sobre critérios de inclusão, condicionalidades da saúde e benefícios do PBF por Regional.

	Respostas certas	SER I (n=45)		SER II (n=30)		SER III (n=47)		SER IV (n=25)		SER V (n=112)		SER VI (n=95)		TOTAL (n=354)		Valor p*
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Crítérios de inclusão no PBF	1	13	68,4	10	34,5	14	48,2	14	87,5	35	37,2	22	29,0	108	30,7	<0,001
	2	5	26,3	9	31,0	10	34,5	2	12,5	44	46,8	45	59,2	115	32,5	
	3	1	5,3	10	34,5	4	13,8	0	0,0	15	16,0	9	11,8	39	11,0	
	4	0	0,0	0	0,0	1	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	
	TOTAL	19	43	29	97,0	29	62,0	16	63,0	94	84,0	76	80,0	263	74,5	
Condicionalidades da saúde do PBF	1	15	60,0	7	26,0	9	27,3	12	70,6	14	14,4	9	10,5	66	18,5	<0,001
	2	10	40,0	6	22,2	15	45,5	5	29,4	58	59,8	63	73,3	157	44,3	
	3	0	0,0	11	40,7	8	24,2	0	0,0	25	25,8	13	15,1	57	16,2	
	4	0	0,0	3	11,1	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	5	1,5	
	TOTAL	25	56	27	90,0	33	70,0	17	70	97	87,0	86	90,5	285	80,5	
Benefícios do PBF	1	41	95,4	16	61,5	37	78,7	23	100	85	83,3	82	89,1	284	81,0	<0,001
	2	2	4,6	7	27,0	8	17,0	0	0,0	16	15,7	10	10,9	43	11,2	
	3	0	0,0	3	11,5	2	4,3	0	0,0	1	1,0	0	0,0	6	1,8	
	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	TOTAL	43	95,5	26	87,0	47	100	23	92	102	91,0	92	97,0	333	94,0	

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria. * Teste Qui-quadrado de Pearson.

ARTIGO 2

REPERCUSSÕES DOS PROGRAMAS BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACESSO E QUALIDADE DO PRÉ-NATAL

INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) é o maior programa de transferência de renda condicionada (PTRC) brasileiro e um dos maiores da América Latina (FISZBEIN; SCHADY, 2009). Seu principal critério de seleção é a faixa de renda per capita da família, que deve ser classificada como em extrema pobreza (renda de até R\$ 89,00) ou pobreza (renda de R\$ 89,00 a R\$ 178,00), desde que tenha crianças, adolescentes ou gestantes na sua composição (BRASIL, 2019a).

Os objetivos primordiais do PBF são o alívio imediato à pobreza, o rompimento do seu ciclo intergeracional e a disponibilidade de ações e programas complementares, que qualifiquem a oferta de serviços e apoiem o desenvolvimento das famílias e sua inclusão social (XIMENES; AGATTE, 2011). Com o repasse financeiro de valores monetários feito mediante o cumprimento de condicionalidades nas áreas da educação, saúde e assistência social (PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019a).

Dentre as famílias eleitas, as atenções do PBF se voltam, prioritariamente, para a promoção da saúde das crianças e das mulheres gestantes. Essas deverão cumprir como condicionalidades de saúde o acompanhamento em exames pré-natais, participando obrigatoriamente também de ações de educação em saúde que promovam o aleitamento materno e alimentação saudável, sob risco de advertência, suspensão ou cancelamento do benefício, caso as descumpram (BRASIL, 2019a).

Os valores dos benefícios pagos são variáveis, de acordo com o perfil de composição familiar informado no Cadastro Único, com benefício básico estimado em R\$89,00. As gestantes, além de ser grupo prioritário do PBF, possuindo condicionalidade específica de acompanhamento, possuem também direito ao recebimento de adicional de valor denominado benefício variável da gestante, pago em nove parcelas de R\$ 41,00 (BRASIL, 2019a).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) destaca que é de responsabilidade comum a todos os membros das equipes da Estratégia Saúde da

Família (ESF), que atuam na Atenção Primária, acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no mapa de acompanhamento do PBF as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias (BRASIL, 2019b).

Há grande relevância no papel da ESF ao ofertar um atendimento pré-natal de boa qualidade, que extrapola o mero cumprimento da condicionalidade do PBF, pois somente assim pode se possibilitar um desenvolvimento saudável da gestação e prevenir mortes maternas e infantis por causas evitáveis (FORTALEZA, 2016). Isso vem trazer sinergia na busca por atingir metas e objetivos da Rede Cegonha para o componente pré-natal, que é a estratégia ministerial que busca como finalidade maior reverter as, ainda altas, taxas de mortalidade maternoinfantil no Brasil (BRASIL, 2011).

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) é utilizada como indicador de pobreza, iniquidade social, da cobertura e qualidade da atenção à saúde que é ofertada a população, sendo importante problema de saúde pública em países de baixa renda (RODRIGUES et al., 2016). A inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto das ações básicas desenvolvidas pela ESF propiciou o aumento do acesso (BRASIL, 1998), no entanto, mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

O estudo justificou-se na necessidade de investigar como estão sendo feitas as práticas de implementação do PBF e o acompanhamento pré-natal pelas equipes da ESF. Visto que, o PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, depende muito dela para ter sucesso (SILVA; SILVA; PAES, 2018). Vale ressaltar que essas práticas assistenciais de acompanhamento das condicionalidades já são questionadas, com inferências negativas na literatura pesquisada (PETROLA et al., 2016).

Assim, buscou-se realizar estudo transversal, com o objetivo de descobrir e analisar o padrão de percepção das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza sobre o acesso e qualidade do acompanhamento pré-natal ofertado.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, em amostra probabilística de

gestantes de Fortaleza, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizavam o acompanhamento pré-natal na rede de atenção primária, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Cálculo amostral aleatório simples foi realizado utilizando 95% de nível de confiança, erro amostral de 5%, nível de significância de $p < 0,05$ e dados do relatório consolidado do PBF do Datasus (BRASIL, 2018) em março de 2018, que apresentava universo de 4.366 gestantes estimadas para Fortaleza na primeira vigência do PBF.

Fortaleza é a quinta capital mais populosa do Brasil, com aproximadamente 2,64 milhões de habitantes estimados (IBGE, 2019), residentes em 119 bairros. A Prefeitura de Fortaleza contava no período de planejamento do estudo com 112 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), sendo 15 na SER I, 12 na SER II, 18 na SER III, 13 na SER IV, 25 na SER V e 29 na SER VI (FORTALEZA, 2018).

Incluíram-se no estudo gestantes beneficiárias do PBF e usuárias do SUS, que buscavam o acompanhamento das condicionalidades de saúde e ou realização das consultas de pré-natal com as equipes da ESF. Foram excluídas do estudo gestantes menores de 18 anos e retirados formulários com seções incompletas. As unidades foram selecionadas mediante proporcionalidade de beneficiárias distribuídas nas seis SER do município.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, nas dependências das UAPS, com base em formulário específico da pesquisa, que englobava aspectos sociodemográficos e questões sobre o acesso e qualidade do pré-natal.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniChristus -parecer n.º 2.758.702 (06/07/18). A coleta se deu entre outubro de 2018 e julho de 2019. Os dados foram tabulados nos *softwares* Epidata 3.1 e analisados no STATA SE 14.2.

Na abordagem analítica, aplicaram-se testes como o Anova, Correlação de Pearson (*pwcorr*), Qui-quadrado de Pearson, tendo os aspectos sociodemográficos como variáveis independentes (e.g.: regional de residência) e os objetivos do estudo como variáveis dependentes (e.g.: percepção sobre acesso aos exames).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 354 gestantes beneficiárias do PBF, que, em sua maior parte, eram jovens de 18 a 26 anos (54,2%); fortalezenses (74,9%); solteiras (38,7%) ou em união estável (36,7%); pardas ou negras (92,1%); católicas (45,2%) ou evangélicas (44,3%); ocupavam-se do lar (58,8%); com escolaridade de ensino médio (59,3%). A média de renda foi de R\$706,44 (DP $\pm$ 625,4); apresentaram média de 1,4 (DP $\pm$ 1,2) filhos; e recebiam do PBF valor médio de R\$ 181,10 (DP $\pm$ 88,2), há, em média 45 (DP $\pm$ 45,9) meses.

O acesso espontâneo a consulta pré-natal foi relatado por 95% da amostra. A média de semanas de gestação atual informada foi de 24 (DP $\pm$ 9,2) semanas, com início do acompanhamento pré-natal em média com 9,8 (DP $\pm$ 5,3) semanas de gestação, tendo sido a primeira consulta realizada dentro das 12 semanas por 80,9% das gestantes.

Todas as gestantes entrevistadas utilizaram exclusivamente o SUS para suas consultas pré-natais, com média de quatro (DP $\pm$ 2,5) consultas realizadas. Quase a metade (49,7%) das gestantes estava entre a primeira e terceira consultas pré-natais, e 16,5% já contabilizavam entre sete a mais consultas pré-natais. Houve forte correlação ($p < 0,001$) entre o número de consultas e a idade gestacional atual, o que indica que o número de consultas aumentou à medida que aumentou a idade gestacional.

Quanto a realização dos testes rápidos, os resultados foram: 87,3% (n=303) realizaram testes rápidos de gravidez, sendo 51% deles realizados por unidades do SUS; 82% (n=290) realizaram testes rápidos de HIV/Sífilis, todos pelo SUS. Para os exames laboratoriais e de imagem preconizados no pré-natal, 89,5% (n=317) afirmaram ter realizado todos, com 93,8% de realização pelo SUS, mas 45% (n= 159) tiveram que recorrer ao atendimento particular para realizar os ultrassons.

O acesso a consulta odontológica foi confirmado por 51% das gestantes entrevistadas, sendo que 49,4% no SUS. Quanto a participação em palestras educativas somente 25% confirmou a participação, todas realizadas no SUS.

Sobre a qualidade do pré-natal percebida, 86,7% (n=307) responderam ser de

boa qualidade. Houve correlação positiva entre a realização dos testes rápidos de gravidez com a percepção positiva de qualidade do pré-natal ($p=0,004$).

Analisando-se o acesso ao exame rápido de HIV/Sífilis por regional, encontraram-se diferenças estatisticamente significantes ($p=0,001$). Conforme evidencia a tabela, a SER II apresentou menor acesso aos exames (43,3%), enquanto a SER IV teve destaque nesse acesso (96%).

A mesma análise do acesso a consulta odontológica apresentou diferenças mais robustas ($p<0,001$). O menor acesso revelado foi o da SER I, com 73,3% da sua amostra sem acesso a consulta odontológica pré-natal, enquanto a SER II se destacou na garantia desse acesso (85,3%).

Quanto a necessidade de realização dos exames de ultrassom na assistência privada por regional, 45% tiveram que buscar esse exame fora do SUS, mas as gestantes das SER III (63,8%) e VI (67,4%) tiveram percentual maior de acesso fora do SUS. A SER II (20%) se destacou por menor realização do exame particular.

Houve diferença significativa ($p=0,004$) na realização de palestras sobre alimentação saudável e aleitamento materno entre as regionais, novamente a SER II (46,7%) teve destaque na realização dessas atividades. Confirmou-se ainda tendência ($p=0,08$) para gestante participar de palestras na medida que aumentou o número de consultas.

A grande maioria (84,1%) afirmou que o PBF não facilitou o acesso aos serviços das UAPS. Somente 20,9% aproveitaram a ocasião do pré-natal para agendar consultas para outras pessoas da família, mas 39,5% relataram ter marcado consultas além do pré-natal para si próprias.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo a abordar a gestante beneficiária do PBF e investigar os efeitos do programa sobre o acesso e qualidade do pré-natal, importantes para dar suporte a Rede Cegonha na redução dos índices de mortalidade materna e infantil. A relevância do tema e a necessidade do preenchimento da lacuna acadêmica identificada se agigantam diante da tarefa a ser cumprida no alcance de um dos dezessete Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), estabelecidos pela

Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil deve alcançar Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos até 2030, com dados apontando que a RMM no Brasil permanece em 59,9 (CEPAL, 2018). Neste levantamento despertou-se para o potencial sinérgico do PBF com a ESF, tendo em vista a atribuição do acompanhamento do pré-natal também como condicionalidade de saúde do PBF, que pode ter afetado no bom acesso aos exames preconizados, na captação precoce da gestante para o pré-natal dentro das 12 semanas e numa boa média de realização de consultas pré-natais, apesar do desempenho pífio na realização de ações educacionais, também condicionalidade de saúde do PBF.

Estudo que avaliou o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF em 128 UAPS do Rio de Janeiro evidenciou que as ações básicas ligadas ao acompanhamento estavam sendo realizadas em percentuais que variavam de 95 a 100%, mas somente 48% realizavam grupo educativo (TREVISANI; JAIME, 2012). Em nosso estudo o desempenho de atividades de educação em saúde foi ainda pior, pois, sob o prisma das gestantes, somente um quarto da amostra afirma ter participado de palestras educativas, a despeito de ser condicionalidade do PBF.

A ausência de palestras educativas que informem sobre a importância da amamentação nos primeiros seis meses de vida do bebê e da alimentação saudável refletem sobremaneira no comportamento das mães beneficiárias do PBF. Pois, estudos apontam que mães com menor renda, menor escolaridade e beneficiárias do PBF estão em maior risco para o desmame e introdução precoce da alimentação complementar, por vezes inadequadas, como servir para crianças menores de 24 meses refrescos industrializados, refrigerantes, mingau com leite e leite engrossado com farinha (COELHO et al., 2015; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

Estudo recente que buscou avaliar o uso de repelentes, como medida protetiva contra Zika vírus, em gestantes brasileiras, apontou que as gestantes beneficiárias do PBF apresentam 2,27 vezes mais chance de não usar os repelentes, quando comparadas as não beneficiárias (DANTAS MELO; SANTOS SILVA; LA CORTE, 2019). Isso explicado com base nas barreiras culturais e falta de orientação provocadas pelos aspectos socioeconômicos, que desperta para quão imprescindível é que se reflita sobre a importância do cumprimento de ações de educação em saúde

na ESF, com o intuito de fortalecer o protagonismo e elevar a capacidade de autocuidado das beneficiárias do PBF.

A elevação desse autocuidado, embora haja associação com determinantes mais amplos, pode também reduzir a transmissão vertical de HIV/Sífilis, as quais são grande preocupação do Ministério da Saúde (MS) e foco do componente pré-natal da Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Estudo realizado por Nunes et al. (2018) evidenciou que o aumento concomitante de sífilis em gestante e sífilis congênita sugere falhas na prevenção da transmissão vertical da sífilis, e apontou que em regiões com menor cobertura da ESF houve aumento significativo de casos. A ampliação da testagem rápida para essas doenças pela ESF é estratégia essencial na redução desses indicadores. A ESF, que já tem como atribuição determinada pela PNAB (BRASIL, 2017) o acompanhamento das condicionalidades do PBF, deverá então, para garantir um pré-natal adequado, promover a realização desses testes nas beneficiárias. Neste estudo demonstrou-se que a grande maioria das grávidas entrevistadas realizou os testes rápidos de HIV/Sífilis.

Contudo, estes dados positivos nem sempre foram realidade. Em Fortaleza, estudo que visava descrever a implantação dos testes rápidos de HIV/Sífilis na rotina do pré-natal da UAPS locais, apontou resultados preocupantes, pois somente 37,5% das unidades estavam realizando os testes, e apenas 55,6% os faziam na rotina do atendimento pré-natal. Apesar da eficácia comprovada dos testes para a redução da transmissão vertical dessas infecções, as UAPS apresentavam dificuldades de implantação prática destes. Em cerca de 80% das unidades o espaço físico era adequado e em 62,5% os testes estavam disponibilizados, o que não justificava o baixo percentual (LOPES et al., 2016).

Nossa pesquisa joga um pouco de luz sobre esse cenário, apresentando altos índices de testes rápidos de HIV/Sífilis realizados. A SER IV conseguiu resultados ainda melhores, contabilizando quase totalidade de sua amostra com realização do exame. Os achados apontam que, possivelmente, alguma estratégia lançada sobre a ESF após a realização do trabalho anterior possa ter surtido efeito para que o percentual de realização tenha tido tamanho acréscimo, no entanto, cabe investigar se o fato de existir sinergia com o PBF possa ter auxiliado nessa melhor resposta.

O acesso a consulta odontológica pré-natal teve desempenho mediano, com metade das gestantes relatando acesso ao dentista. Esse dado pode parecer ruim, mas, quando considerada a baixa cobertura das equipes de saúde bucal no município, pode justificar não haver melhores resultados, pois somente 34% da população de Fortaleza está coberta pelas equipes de saúde bucal (ESB), com 257 equipes implantadas, percentual um pouco menor que a cobertura da ESF, que é de 46,2%, conforme dados oficiais do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS (SAGE, 2019).

Além da baixa cobertura, outras barreiras se interpõem no atendimento odontológico de gestantes. O formulário deste estudo limitou-se nesse sentido, pois não houve espaço para saber se foi ofertado o tratamento, que não foi aceito, ou se a gestante faltou. O absenteísmo provocado pelos mitos em torno do atendimento odontológico de gestantes, e das dificuldades inerentes ao estado gravídico é uma realidade. Há estudos que apontam cerca de 65% de absenteísmo nas consultas de gestantes, que podem ser motivadas por crenças que desaconselham a busca do atendimento odontológico, além da baixa percepção de necessidade e do medo de sentir dor (ALBUQUERQUE et al., 2004; OLIVA et al., 2018).

Quanto ao início precoce do acompanhamento pré-natal, preconizado para ocorrer dentro das 12 primeiras semanas (BRASIL, 2011), o desempenho revelado neste estudo é digno de nota, com a grande maioria das gestantes se enquadrando neste indicador (80,9%). A pesquisa Nascer no Brasil (VIELLAS et al., 2014), que considerou o pré-natal iniciado antes das 16 semanas como precoce, apontou 75,8% das gestantes brasileiras com início precoce do pré-natal, para nordestinas foi de 73,7%, e no Sudeste o dado se eleva para 78,5%, sendo que na pesquisa foi. Estudo realizado em Campina Grande, na Paraíba, encontrou desempenho bem inferior aos demais estudos, com 55% de primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez (PEDRAZA, 2016). Em Fortaleza, conforme dados primários da Secretária Municipal de Saúde (SMS), o percentual de captação precoce, de uma maneira geral, independente se beneficiárias, é de 56% (FORTALEZA, 2019a). O conjunto dos dados evidencia o bom desempenho da captação precoce da gestante beneficiária do PBF em Fortaleza, a despeito das disparidades regionais no Brasil.

Dados do SINASC para gestantes de Fortaleza em 2019 (FORTALEZA, 2019b) trazem que 65% delas tiveram sete ou mais consultas pré-natal, e se forem consideradas as gestantes com seis ou mais consultas o dado se eleva para quase 75%. Cabe destacar que esse percentual leva em conta gestantes que possam ter sido atendidas pela rede suplementar, pois Fortaleza tem 30,4% da sua população beneficiária de planos privados, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2019). Na pesquisa Nascer no Brasil (VIELLAS et al., 2014) 65,6% das gestantes nordestinas tiveram seis ou mais consultas pré-natais, no sudeste esse dado vai a 79,7%, no Brasil a 73,1%. Em Campina Grande (PEDRAZA, 2016) o resultado foi de 79,2%, também para seis ou mais consultas pré-natais. Vale enfatizar que o indicador preconizado pela Rede Cegonha é sete ou mais consultas pré-natais (BRASIL, 2011) e essa deve ser a condição ideal alcançada. No nosso estudo, como quase metade das gestantes estavam iniciando o pré-natal, não se concretizou esse dado, muito embora o desempenho pareça ser promissor, pois muitas já tinham realizado sete ou mais consultas e houve forte correlação no aumento da idade gestacional e do número de consultas.

No tocante as diferenças reveladas entre os níveis de acesso aos exames e consultas nas SER de Fortaleza, esclarece-se que as regionais possuem autonomia na sua organização interna e nos processos de trabalho implantados, funcionando como subprefeituras. A SER II, por sua localização geográfica privilegiada, com maior proximidade de instituições de ensino universitário e prestadores de serviços, tende a apresentar um desempenho melhor, quando comparada as demais. Há maior interesse e facilidade em se implantar políticas de saúde e educação nessa região, com maior atração e fixação de profissionais, o que pode ter favorecido na facilitação do acesso evidenciado, apesar de que na realização do exame rápido de HIV/Sífilis isso não se verificou.

Reflete-se que os indicadores da assistência adequada à gestação das beneficiárias do PBF, no seu componente pré-natal, operacionalizado pela ESF, podem ter influência na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil, e facilitação do alcance de metas e diretrizes da Rede Cegonha, incrementado pelas condicionalidades impostas pelo PBF, a despeito de uma cobertura baixa pela ESF,

que gira, oficialmente, em torno de 46% no município de Fortaleza (SAGE, 2019).

Já há estudos ecológicos robustos comprovando o impacto do PBF, associado a ESF, sobre a redução da mortalidade infantil, com destaque para a interferência do pré-natal e da qualidade dos processos de trabalho da ESF (RASELLA et al., 2013; SILVA et al., 2018; VIEIRA-MEYER et al., 2019). Há também alguns estudos correlacionando o PBF e a ESF a redução de incidência e mortalidade por doenças negligenciadas como a hanseníase (NERY et al., 2014) e a tuberculose (PEREIRA et al., 2018; MACIEL et al., 2019). No entanto, verifica-se uma lacuna na produção acadêmica conectando o PBF e a ESF com outros indicadores de saúde, como a RMM (BASTOS et al., 2017).

Cabe citar que, conforme último boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (CEARÁ, 2017), o Ceará teve RMM de 60,4, mas Fortaleza teve RMM de 25,1, alcançando, com antecedência, os ODS estabelecidos pela OMS para mortalidade materna. O que torna urgente e relevante investigar a provável contribuição do PBF, em associação a ESF, no alcance desse indicador, para que se fortaleçam ações em torno da sua implantação e empenho no acréscimo de cobertura e qualificação dos dois programas.

Vale ainda enfatizar que, embora tenha imenso valor a informação colhida diretamente dos usuários, podemos ter limitações do estudo impostas pela personalização da informação levantada. Apesar disso, pensamos ser bem próxima a realidade dos dados, pois não havia conflitos diretos nas informações buscadas, que possam ter impactado de maneira significativa nesse estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

As condições de acesso e qualidade foram percebidas como boas pelas entrevistadas, apesar das dificuldades de acesso para realização dos exames de ultrassom, consultas odontológicas e participação em palestras educativas no SUS. Foram estatisticamente significantes as diferenças de acesso a consultas e exames nas seis regionais do município, tendo em vista as desigualdades socioeconômicas, gerenciais e culturais dos territórios.

Bons resultados foram apresentados quanto a média de consultas pré-natal,

realização dos exames preconizados e início do pré-natal dentro das 12 semanas, inclusive quando comparadas ao universo de gestantes de Fortaleza e do Nordeste. Isto pode indicar uma potencialização das ações de políticas públicas entre si, por meio da intersecção do PBF, da ESF e Rede Cegonha, que trabalhariam sinergicamente para melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O.M.R. et al. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.789-796, mai./jun. 2004

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet. **Informações em Saúde Suplementar**. Taxa de cobertura de planos de saúde em Julho de 2019. Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def Acesso em: 23 set. 2019.

BASTOS, M.L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS One**, United States, v.12, n.12, 2017.

BRASIL. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Saúde da Família e a Atenção Pré-natal e Puerperal. Informe da atenção Básica**. Brasília, v. 7, n. 36, jul./ago. 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em < <http://mds.gov.br/bolsafamilia> > Acesso em: 15 ago. 2019a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Bolsa Família na Saúde. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <https://bfa.saude.gov.br/> Acesso em 18 ago. 2019b.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. 06 de abril de 2017.

CEPAL - COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe**. Dados informados em 2018. Disponível em: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/mortalidade-materna> Acesso em: 19 ago. 2018.

COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 727-738, 2015.

DANTAS MELO V.A; SANTOS SILVA J.R.; LA CORTE R. Use of mosquito repellents to protect against Zika vírus infection among pregnant women in Brazil. **Public Health**, v.171, p.89-96, jun. 2019

FISZBEIN, A.; SCHADY, N. **Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty**. Washington, D. C.: World Bank, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Célula de Sistemas de Informação e Análise em Saúde CEINFA. Nascidos vivos. **SINASC Fortaleza**. Disponível em: <tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/deftohtm.exe?nascido.def> Acesso em: 18 ago. 2019b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Diretrizes Clínicas da atenção à Gestante: assistência pré-natal**. Série Organização das Redes de Atenção à Saúde, Normas e manuais técnicos, Fortaleza. 50p. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Módulo Epidemiologia**. Fast Medic. Disponível em: <https://www.fastmedic.com.br/epidemiologia> Acesso em: 15 set. 2019a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Unidades de Saúde**. Disponível em http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=316 Acesso em: 25 mar. 2018.

IBGE. Brasil/Ceará/Fortaleza- Panorama IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>> Acesso em: 25 ago. 2019.

- LOPES, A.C.M.U. et al. Implantação dos testes rápidos para Sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.1, p. 62-66, jan./fev. 2016.
- MACIEL, E.N. et al. Effect of the Bolsa Família Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **The Lancet**, London, v.7, n.2, p.219-226, feb. 2019.
- NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.12, 2017.
- NERY, J.S. et al. Effect of Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS One**, United States, v.8, n.11, nov. 2014.
- NUNES, P.S. et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.27, n.4, e2018127, 2018.
- OLIVA, J. et al. Use of the Explicit Health Guarantee of Oral Health Care for Pregnant Women at a Family Health Center, Concepción, Chile, 2014-2015. **Dent. Med. Probl.**, v. 55, n.2, p. 179-183, 2018.
- PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública RAP**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar./abr. 2017.
- PEDRAZA, D.F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 460-467, 2016.
- PEREIRA, S.M. et al. Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.22, n.11, p. 1300-1306, nov. 2018.
- PETROLA, K.A. F. et al. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is this a Reality? **PLoS One**, United States, v.11, n.8, aug. 2016.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood

mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, London, v.382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

RODRIGUES, N.C. et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 92, n.6, p. 567-573, 2016.

SAGE- SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> Acesso em: 20 out. 2019.

SILVA, E.S.A.; SILVA, C.C.; PAES, N.A. Efeitos dos Programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. **Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.138-147, jan./mar. 2018.

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

VIEIRA-MEYER, A.P.G.F. et al. What is the relative impact of Primary Health Care quality and Conditional Cash Transfer Program in child mortality? *Can J Public Health*. 2019. 29 de julho. doi: 10.17269 / s41997-019-00246-9. [Epub ahead of print].

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p. 85-100, 2014.

XIMENES, D. A.; AGATTE, J.P.; A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. **Inc. Soc.**, Brasília, v.5, n.1, p. 11-19, jul./dez. 2011.

Tabela - Resultados da comparação do acesso aos serviços por regional de residência/assistência das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza.

Respostas		SER I		SER II		SER II		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL		Valor p*
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Exame Rápido de HIV/Sífilis	Não	8	17,8	13	43,3	3	6,4	1	4,0	22	19,6	14	14,7	61	17,2	0,001
	Sim	37	82,2	17	56,7	42	89,4	24	96,0	89	79,5	81	85,3	290	82,0	
	Não sei	0	0,0	0	0,0	2	4,2	0	0,0	1	0,9	0	0,0	3	0,8	
Consulta Odontológica	Não	33	73,3	5	16,7	23	48,9	8	32,0	59	52,7	31	32,6	159	45,0	<0,001
	Sim	12	26,7	25	83,3	15	31,9	16	64,0	52	46,4	61	64,2	181	51,0	
	Não sei	0	0,0	0	0,0	9	19,2	1	4,0	1	0,9	3	3,2	14	4,0	
US Particular	Não	32	71,1	24	80,0	17	36,2	18	72,0	73	65,2	31	32,6	195	55,0	<0,001
	Sim	13	28,9	6	20,0	30	63,8	7	28,0	39	34,8	64	67,4	159	45,0	
Palestras educativas	Não	37	82,2	16	53,3	40	85,1	20	80,0	86	76,8	63	66,3	262	74,0	0,004
	Sim	8	17,8	14	46,7	5	10,6	5	20,0	25	22,3	32	33,7	89	25,1	
	Não sei	0	0,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	1	0,9	0	0,0	3	0,9	
	TOTAL	45	100	30	100	47	100	25	100	112	100	95	100	354	100	

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria. *Teste Qui-Quadrado de Pearson.

ARTIGO 3

REFLEXOS DOS PROGRAMAS BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE DA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR DAS GESTANTES BENEFICIÁRIAS

INTRODUÇÃO

O último momento de consolidação do Programa Bolsa Família (PBF) se deu em 2003, com a instituição do Programa Fome Zero, o governo federal, a essa altura, tinha como ação prioritária o combate à fome e a pobreza, e por meio de diagnóstico na avaliação dos programas sociais do governo antecessor constatou a necessidade de unificação dos Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) com criação de um cadastro único e ampliação da abrangência para todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal (SILVA, 2008).

Nesse contexto, teve início o processo de unificação dos programas nacionais de transferência de renda, que envolveu o Bolsa alimentação, o Cartão Alimentação, o Vale Gás, e o Bolsa Escola, dando origem ao PBF, que se destaca pela elevação do valor monetário do benefício em relação aos demais programas que foram unificados, além de ser apontado como o maior da nova geração de programas sociais na América Latina (IPEA, 2007). Em janeiro de 2004 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) com a atribuição de implementar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSN) e coordenar, supervisionar, controlar e avaliar a operacionalização do programa de transferência de renda (BRASIL, 2019a).

O PBF, foi então instituído pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, caracterizando-se como um PTRC que tem como objetivos, em relação aos seus beneficiários: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004).

A segurança alimentar e nutricional, em sua definição mínima, consiste na realização do direito de todas as pessoas ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente (IBASE, 2008). Evidencia-se que, ao longo dos quinze anos de sua implantação, a contribuição do PBF no enfrentamento da fome parece ter convergência indubitável, pois, por ser muitas vezes, a única fonte de

renda, a sua relevância na redução da fome e da pobreza parece ser unânime (MACEDO; BOSI, 2016; SUZART; FERREIRA, 2018).

No entanto, está posta na literatura discussões controversas sobre o aumento ou diminuição da segurança alimentar e nutricional provocada pelo PBF. Pois, há estudos apontando maior consumo de alimentos em todas as categorias alimentares e melhoria na segurança alimentar (IBASE, 2008; CABRAL et al., 2014; MARTINS; MONTEIRO, 2016; SPERANDIO et al., 2017; COELHO; MELO, 2017), contrapostos por relatos de inclusão de alimentos industrializados, de maior teor calórico e baixo valor nutricional e de maior risco de beneficiárias para a insegurança alimentar (LIGNANI et al., 2010; FACCHINI et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; SABOIA; SANTOS, 2015; SPERANDIO; PRIORE, 2015; SOUZA et al., 2016; SILVA et al., 2017; CORREIA et al., 2018; SILVANI et al., 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2019b). No entanto, há estudos apontando o despreparo dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que chegam a declarar que não entendem ser de sua responsabilidade ações de saúde específicas e prioritárias para o grupo de beneficiários (PETROLA et al., 2014; BARBOSA; DIÓGENES; MONT'ALVERNE, 2014).

Na área da saúde, essas condicionalidades alcançam, especialmente, crianças e gestantes, onde são exigidas como obrigações a vacinação dos menores de 7 anos, aferição de peso e estatura para acompanhar desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e nutrízes, tanto no aspecto clínico do pré-natal e puericultura, como na prevenção com palestras de promoção do aleitamento materno e alimentação saudável (PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019a).

A promoção e monitoramento da alimentação saudável é ponto chave para o bom desenvolvimento físico e mental das crianças e interfere no estabelecimento das doenças crônicas não transmissíveis, em especial, obesidade, diabetes e hipertensão, altamente prevalentes e diretamente relacionadas aos altos índices de morbidades e mortalidades ocasionadas por doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer, inclusive no período gestacional (IBASE, 2008; BRASIL, 2010; MONTEIRO et al., 2011). As consequências diretamente relacionadas à carência de quantidade e qualidade alimentar, principalmente em grupos mais vulneráveis, seriam a mortalidade

infantil, prejuízo ao desenvolvimento físico e mental, baixo peso ao nascer e a mortalidade materna (SALLES COSTA et al., 2008).

Desse modo, com o intuito de investigar se está sendo cumprida a condicionalidade de saúde do PBF da realização de palestras pela ESF que promovam alimentação saudável e aleitamento materno, e de investigar reflexos associados do PBF e ESF no aumento ou diminuição do consumo dos diversos grupos alimentares, com vistas a promover a segurança alimentar das beneficiárias, realizou-se estudo transversal.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, em amostra probabilística de gestantes de Fortaleza, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizavam o acompanhamento pré-natal na rede de atenção primária, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Cálculo amostral aleatório simples foi realizado utilizando 95% de nível de confiança, erro amostral de 5%, nível de significância de $p < 0,05$ e dados do relatório consolidado do PBF do Datasus (BRASIL, 2018) em março de 2018, que apresentava universo de 4.366 gestantes estimadas para Fortaleza na primeira vigência do PBF.

Fortaleza é a quinta capital mais populosa do Brasil, com aproximadamente 2,64 milhões de habitantes estimados (IBGE, 2018), residentes em 119 bairros. A Prefeitura de Fortaleza contava no período de planejamento do estudo com 112 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), sendo 15 na SER I, 12 na SER II, 18 na SER III, 13 na SER IV, 25 na SER V e 29 na SER VI (FORTALEZA, 2018).

Incluíram-se no estudo gestantes beneficiárias do PBF e usuárias do SUS, que buscavam o acompanhamento das condicionalidades de saúde e ou realização das consultas de pré-natal com as equipes da ESF. Foram excluídas do estudo gestantes menores de 18 anos, e retirados formulários incompletos. As unidades foram selecionadas mediante proporcionalidade de beneficiárias distribuídas nas seis SER do município.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, nas dependências das UAPS, com base em formulário validado pelo estudo nacional realizado por Lignani et al. (2010), que englobava dados sociodemográficos e

aspectos referentes a autopercepção quantitativa, baseada em aumento, diminuição, ou inalteração da ingestão de quinze grupos alimentares, organizados por aspectos qualitativos de suas composições.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniChristus -parecer n.º 2.758.702 (06/07/18). A coleta se deu entre outubro de 2018 e julho de 2019. Os dados foram tabulados nos *softwares* Epidata 3.1 e analisados no STATA SE 14.2.

Na abordagem analítica, aplicaram-se testes como o Anova, Correlação de Pearson (*pwcorr*) e Qui-quadrado de Pearson, tendo os aspectos sociodemográficos como variáveis independentes (escolaridade, regional de residência etc.) e os objetivos do estudo como variáveis dependentes (nível de consumo dos grupos alimentares).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 354 gestantes beneficiárias do PBF, que, em sua maior parte, eram: jovens de 18 a 26 anos (54,2%); fortalezenses (74,9%); solteiras (38,7%) ou em união estável (36,7%); pardas ou negras (92,1%); católicas (45,2%) ou evangélicas (44,3%); ocupavam-se do lar (58,8%); com escolaridade de ensino médio (59,3%). A média de renda foi de R\$706,44 (DP± 625,4); apresentaram média de 1,4 (DP± 1,2) filhos; e recebiam do PBF valor médio de R\$ 181,10 (DP ±88,2), há em média 45 (DP ±45,9) meses.

Após inclusão no PBF, os resultados demonstram, conforme tabela 1, que tiveram maior percentual de aumento no consumo dos seguintes grupos alimentares: frutas e sucos (69,2%); cereais (59,3%); leite/derivados (58,2%); ovos (56,8%); feijão (55%); bolinhos/biscoitos (54,5%) e carne (48,9%). Apresentaram maior inalteração do padrão de consumo os grupos: vegetais (52,2%); gorduras (57,3%); comidas processadas (63%); comidas fritas (65%); raízes (62,1%); açúcares (60,7%); doces (64,4%) e refrigerantes (60,2%). Foram registradas reduções consideráveis na ingestão de alimentos menos saudáveis: doces (13,3%); açúcares (9,3%); refrigerantes (12,1%); gorduras (9,4%); comidas processadas (14%) e comidas fritas (14,7%). O gráfico apresenta a visualização destes resultados.

Foi evidenciada associação entre a menor escolaridade e o aumento do consumo alimentar dos seguintes grupos: doces ($p<0,001$); comida processada

($p=0,001$); bolinhos/biscoitos($p=0,01$); refrigerantes ($p=0,01$); açúcares ($p=0,02$); comida frita ($p=0,03$) e gorduras ($p=0,03$). Não se observaram diferenças estatisticamente significantes relacionando a idade e a renda das beneficiárias com a ingestão dos grupos alimentares.

As entrevistadas informaram, para cada grupo alimentar, se o consumo aumentou, diminuiu ou se manteve inalterado. Dentre os achados de diferentes padrões de consumo entre as regionais (tabela 1), a SER II chama atenção pela maior variação nos percentuais relacionados a diminuição de ingestão dos seguintes grupos alimentares: bolinhos/biscoitos, doces, processados, açúcares e gorduras. Houve também acréscimo dos percentuais de aumento de ingestão dos vegetais, da carne, e das frutas/sucos. A SER IV destacou-se por não apresentar variação no percentual de aumento no consumo de doces e refrigerantes, além de menor percentual de acréscimo no aumento do consumo de açúcares, processados e gorduras.

Somente 25,1% ($n=89$) das gestantes tiveram acesso a palestras educativas, para a SER II o desempenho foi significativamente melhor ($p=0,004$), com 46,7% (14 de 30 gestantes) das entrevistadas tendo acesso a estas. A tabela 2 apresenta as diferenças no padrão do consumo alimentar das gestantes que tiveram ou não participação em palestras educativas. Os principais achados para as que participaram foram: 80,9% ($n=72$) afirmaram aumento da ingestão de frutas e sucos ($p=0,002$); 60,7% ($n=54$) aumento da ingestão de vegetais ($p=0,01$) e 42,7% ($n=38$) aumento da ingestão de raízes ($p=0,03$).

Do total de entrevistadas, 75,4% ($n=267$) afirmaram que a inclusão no PBF as ajudou a ter uma vida mais saudável, creditando isso aos acréscimos na alimentação. Onde 92% ($n=326$) apontaram ser o dinheiro recebido o principal benefício do PBF, e 84,7% ($n=300$) afirmaram que o gasto principal desse recurso é feito com alimentos.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa é a primeira a investigar a percepção das gestantes beneficiárias do PBF sobre efeitos do programa na segurança alimentar de suas famílias. Nossos resultados apontam, após inclusão no PBF, melhoras nos aspectos quantitativos e qualitativos da dieta das gestantes beneficiárias. Registrou-se aumento no consumo de grupos alimentares mais saudáveis, como frutas/sucos, leite/derivados, ovos, cereais, feijão e carne. Não houve alteração no padrão de consumo dos grupos

alimentares menos saudáveis, como gorduras, comidas processadas, comidas fritas, açúcar, doces e refrigerantes. Esta boa alimentação registrada pode impactar diretamente no bom desenvolvimento físico e mental das crianças e interferir no estabelecimento de doenças crônicas e indicadores de mortalidade materna e infantil (IBASE, 2008; SALLES COSTA et al., 2008; BRASIL, 2010; MONTEIRO et al., 2011).

Nosso estudo também demonstrou relação entre a segurança alimentar e a realização das condicionalidades do PBF, especificamente com a execução de palestras educativas realizadas pela ESF. O impacto positivo em indicadores de saúde dos beneficiários do PBF quando a ESF desenvolve com qualidade seus processos de trabalho já foi demonstrado (VIEIRA-MEYER et al., 2019), como também indicada a necessidade da qualificação do acompanhamento das condicionalidades da saúde (TREVISANI; JAIME, 2012). Assim, nosso estudo ratifica a necessidade de qualificar a atenção em saúde prestada pela ESF ao grupo do PBF, incluindo o acompanhamento das condicionalidades de saúde ao cuidado em saúde destinado a esse grupo vulnerável.

Dados da pesquisa do Ibase (2008), primeiro grande estudo conectando o PBF e a segurança alimentar, realizado com 5 mil titulares do PBF, em 229 municípios brasileiros, apontaram que após o recebimento do PBF houve 74% de aumento no consumo alimentar dos beneficiários, 70% na variedade de alimentos, e em 63% na compra de alimentos que as crianças da família gostam. Estudos posteriores fortalecem essas afirmações sobre o acréscimo no acesso a uma maior quantidade e variedade alimentar, com vistosos resultados no enfrentamento da fome e miséria provocado pelo PBF, ressaltando inclusive aspectos de garantia de cidadania e dignidade humana, que tornaram o PBF a estratégia principal do Programa Fome Zero (LIGNANI et al., 2010; ZIMMERMANN; FROTA, 2010; DANTAS; NERI, 2013; MACEDO; BOSI, 2016; SUZART; FERREIRA, 2018).

Mesmo com esses dados, concluiu-se que a situação de insegurança alimentar era ainda alta e grave entre as famílias beneficiárias do PBF, determinando a necessidade de manutenção e aprofundamento do programa, com associação de outras políticas públicas capazes de atacar problemas conectados com a problemática, como o acesso formal ao mercado de trabalho (IBASE, 2008). O problema da segurança alimentar é complexo e envolve variáveis que vão além do poder de atuação dos PTRC e das ações da ESF, como o modelo de desenvolvimento

econômico em curso no Brasil. A determinação social da insegurança alimentar, com destaque para o fator econômico, é uma realidade apontada por vários autores e múltiplos são os fatores sociais que interferem para isso, como por exemplo, os sociodemográficos, socioambientais e socioculturais (CABRAL et al., 2014; SABOIA; SANTOS, 2015; SPERANDIO; PRIORE, 2015; SOUZA et al., 2016; BEZERRA et al., 2017; CORREIA et al., 2018).

Muitos estudos apontam para o risco e vulnerabilidade aumentados para os beneficiários do PBF em relação a segurança alimentar (UCHIMURA et al., 2010; FACCHINI et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; SPERANDIO; PRIORE, 2015; SABOIA; SANTOS, 2015; SOUZA et al., 2016; SILVA et al., 2017; CORREIA et al., 2018). Para Facchici et al. (2014), há maior probabilidade da insegurança alimentar moderada e grave em domicílios chefiados por mulheres, com cor da pele materna preta e parda, com menor escolaridade materna, menor renda familiar per capita e beneficiárias do PBF. Segundo os autores o acréscimo de renda para R\$175,00 per capita diminuiria a insegurança alimentar, sendo essencial a melhor focalização do PBF e aumento da renda dos extremamente pobres. Souza et al. (2019) corroboram com a indicação de aumento de valores do PBF, apesar de enfatizarem os avanços já alcançados pelo programa na redução das desigualdades sociais.

Nosso estudo evidenciou a importância desse valor monetário pago as beneficiárias para a compra de alimentos, com clara percepção da maioria das gestantes de que o dinheiro era o mais importante benefício do PBF, representando uma vida mais saudável por poderem comprar mais alimentos para dentro de casa. Além da confirmação da interferência dos aspectos socioculturais na determinação da segurança alimentar, pois houve associação entre o menor grau de instrução e o maior consumo dos grupos alimentares menos saudáveis e de menor qualidade, como doces, frituras, gorduras e refrigerantes. Estes dados ratificam a necessidade da atuação da ESF na disseminação de informações, dando suporte à transposição das barreiras culturais para uma alimentação saudável.

Compreendendo que a segurança alimentar é composta por aspectos quantitativos e qualitativos da alimentação, é importante que se discuta a qualidade da alimentação que o PBF tem permitido o acesso. Para alguns pesquisadores, o PBF promove um aumento quantitativo aos alimentos, que não necessariamente é acompanhado por um aumento da qualidade nutricional da alimentação (LIGNANI et

al., 2010; UCHIMURA et al., 2012; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SILVANI et al., 2018). Há, inclusive, estudos que apontam sobre o padrão alimentar menos saudável entre beneficiários do PBF, com acréscimos no consumo de industrializados e açúcares pelos beneficiários (SILVANI et al., 2018; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SPERANDIO et al., 2016; LIGNANI et al., 2010), risco para desmame e alimentação inadequada em crianças menores de 24 meses (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017; COELHO et al., 2015), aumento da hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade (COTTA; MACHADO, 2013; FREITAS, et al., 2017). No entanto, também há estudos apontando o inverso, como beneficiários com maior disponibilidade de comidas frescas e ingredientes para culinária, incluindo alimentos que qualificam e diversificam a dieta, como vegetais, carnes e tubérculos (MARTINS; MONTEIRO, 2016), menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados (SPERANDIO et al., 2017), e até mesmo com valor médio do Índice de Qualidade da Dieta (IQD) para as famílias beneficiárias do PBF superando em 9,05 o valor médio do IQD das famílias não participantes do PBF (COELHO; MELO, 2017).

Nosso estudo trouxe resultados que corroboram com a melhoria da qualidade alimentar pelo PBF, apresentando dados de aumento de consumo de alimentos saudáveis e inalteração e ou diminuição dos grupos alimentares menos saudáveis. As causas para esta melhora podem estar alicerçadas no incremento financeiro do PBF, mas também em uma série de outros fatores. A composição da amostra foi delimitada em gestantes, que, pelo momento especial da maternidade, tendem a ter uma maior atenção e cuidado com sua alimentação. A relativa boa escolaridade materna das gestantes entrevistadas, tendo grande parte nível médio completo ou incompleto e ínfimo percentual analfabeta. Além dos efeitos recentes da mídia e globalização da informação em saúde, que tem focado em alimentação saudável e sua ligação com prevenção de agravos e melhor qualidade de vida, influenciando a sociedade como um todo (e.g., mudanças socioambientais e possíveis transições culturais sobre a temática). Mesmo que a baixa oferta de palestras educativas tenha sido verificada neste estudo, ficou clara a associação da participação em palestras com o aumento do consumo de grupos alimentares mais saudáveis. Os resultados também diferiram quando foram consideradas as regionais do município, o que reforça as afirmações da determinação social da segurança alimentar aqui já citada. A disparidade intramunicipal das regionais em vários aspectos sociais pode explicar as diferenças

do padrão de consumo alimentar, pois é como se existissem vários municípios e realidades dentro de Fortaleza, apesar de uma certa homogeneidade das condições de renda do grupo beneficiário.

A condicionalidade da realização das palestras educativas, presente até 2018, aqui já apontada como falha sua implantação e com visíveis impactos sobre o reforço do protagonismo e emancipação das beneficiárias para o autocuidado, parece ter sido suprimida, pelo menos no corpo da página que divulga o programa, na composição das contrapartidas obrigatórias do PBF. Por trás disso, desvelam-se movimentos conservadores contra a amamentação em público, repressões moralistas quanto a exposição do seio da mãe que amamenta, e uma caça a filosofia pedagógica libertadora e emancipatória de Paulo Freire, na qual se apoia a Educação Popular em Saúde. Neste contexto, é válido considerar e debater sobre os efeitos da onda neoconservadora e fascista que o Brasil e o mundo vêm passando, e sob o risco de minguaem todas as políticas inclusivas, afirmativas e garantidoras de direitos.

O descumprimento da condicionalidade da realização das palestras e o não entendimento dela como obrigação, ou mesmo a manutenção do modelo assistencial curativista, podem também ter apoiado a remoção destas do elenco das condicionalidades de saúde. O que pode representar equívoco na decisão gestora, que deveria ter articulado meios de reforçar o seu cumprimento, dada a relevância e a necessidade aumentada que, os menos favorecidos socialmente, têm por ações de acultramento e orientação, para que se sobreponham as barreiras sociais de acesso educacionais e culturais. É também possível que a supressão das palestras do escopo das condicionalidades do PBF esteja vinculada ao enfraquecimento da política do PBF no atual governo. Em janeiro de 2019 foi extinto o MDS, órgão criado para coordenar, supervisionar, controlar e avaliar o PBF. O MDS foi então absorvido pela pasta do Ministério da Cidadania, juntamente com o Ministério do Esporte e da Cultura, numa clara demonstração que essas pastas não são prioridades no atual governo.

Esclarece-se que limitações do estudo podem ter afetado nas respostas apresentadas. Por se tratar de estudo de percepção, mesmo com abordagem quantitativa, temos que considerar a subjetividade dos indivíduos na formulação de suas respostas, além do receio em responder perguntas sobre programa que envolve repasse financeiro. No mais, não houve espaço em nossos formulários para saber se houve convite para palestra ou participação em grupo educativo e houve abstenção,

tendo em vista ser real o absenteísmo das gestantes nessas atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Os dados levantados permitem concluir que, mesmo sem o devido reforço da educação em saúde, os hábitos alimentares das beneficiárias têm melhorado quando comparados a estudos anteriores, com acréscimos percentuais na ingestão de alimentos saudáveis, como frutas, sucos, ovos, carne e cereais, e leves decréscimos, com maior inalteração do consumo de gorduras, processados, frituras, refrigerantes e açúcares.

Cabe destacar que o maior acesso a ações de educação em saúde foi determinante na autopercepção de melhores hábitos alimentares pelas gestantes beneficiárias e houve associação do menor grau de instrução com hábitos alimentares menos saudáveis, ratificando a determinação sociocultural da segurança alimentar e a importância dessas ações, que permanecem sem o devido valor na agenda da gestão.

O fortalecimento das ações de promoção de saúde e qualificação dos processos de trabalho da ESF são essenciais para a promoção da segurança alimentar, pois é clara a necessidade de qualificar a atenção em saúde prestada pela ESF ao grupo do PBF, incluindo o acompanhamento das condicionalidades de saúde na assistência destinada a esse grupo vulnerável, sem que essas práticas sejam apartadas.

No que tange aos trabalhadores da ESF, para avançar no processo de operacionalização do PBF, é necessário superar a tecnificação da atividade profissional e entender as proposições do programa como estratégias político-sociais, para além de promoverem o acesso ao serviço de saúde, ajudarem a desenvolver os mecanismos capazes de redundarem em maiores garantias dos direitos sociais básicos, como a segurança alimentar para populações vulneráveis (RAMOS; CUERVO, 2012).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, N.; DIÓGENES, M.A.; MONT'ALVERNE, D. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p.435-436, out./dez. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Programa Bolsa Família**. Disponível em <http://aps.saude.gov.br/ape/bfa> Acesso em: 15 set. 2019b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica**. Brasília: MS; 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria Executiva. **Relatório Consolidado do Bolsa Família**. Disponível em < <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp> > Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em < <http://mds.gov.br/bolsafamilia> > Acesso em: 15 jul. 2019a.

_____. Presidência da República. Lei Federal n.º 10.836. **Cria o Programa Bolsa Família**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 de janeiro de 2004.

CABRAL, C.S. et al. Segurança Alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 393-402, fev. 2014.

COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 727-738, 2015.

COELHO, P.L.; MELO, A.S.S.A. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.393-402, 2017.

CORREIA, L.L. et al. The relation of cash transfer programs and food insecurity among families with preschool children living in semiarid climates in Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 53-62, 2018.

COTTA, R.M.M.; MACHADO, J.C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.33, n.1, p. 54-60, 2013.

DANTAS, C.E.S.; NERI, E.L. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. **Revista Gênero e Direito**, v.1, p. 96-110, 2013.

FACCHINI, L.A. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 161-174, jan. 2014.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo. v.26, n.4, p.987-998, 2017.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS); **Unidades de Saúde**. Disponível em http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=316 Acesso em 25 mar. 2018.

FREITAS, A.G., et al. Comparison of the nutritional status in children aged to 5 to 10 years old on the Conditional Cash Transfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. **J Hum Growth Dev.**, v.27, n.1, p. 35-41, 2017.

IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas**. Relatório Técnico preliminar. Rio de Janeiro: junho de 2008.

IBGE. Brasil/Ceará/Fortaleza- Panorama IBGE Cidades. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>> Acesso em: 25 ago. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA – IPEA. SOARES, S et al. **Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade**. Brasília; Ipea, 2007.

LIGNANI, J.B. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n.5, p. 785-792, 2010.

MACEDO, M.A.; BOSI, M.L.M.; Valorações e juízos de mérito do Programa Bolsa Família na práxis em alimentação e nutrição: emancipação e/ou acomodação sustentada? In: PRADO, S.D., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [on line]. Rio de Janeiro: EDUERJ. **Sabor metrópole series**, v.5, p. 459-473, 2016.

MARTINS, A.P.B.; MONTEIRO, C.A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study. **BMC Public Health**, v.16, n.1, p. 827, aug. 2016.

MONTEIRO, C.A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutr.**, v.14, n.1, p. 5-13,

2011.

MONTEIRO, F. et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p. 1347-1358, maio. 2014.

NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.12, 2017.

PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar./abr. 2017.

PETROLA, K.A. F. et al. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is this a Reality? **PLoS ONE**, United States, v.11, n.8, aug. 2016.

RAMOS, C.I.; CUERVO, M.R.M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2159-2168, 2012.

SABOIA, R.C.B.; SANTOS, M.M. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v.24, n.3, p. 749-758, out./dez. 2015.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Nutr.**, v.21, supl., p. 99-109, jul./ago. 2008.

SANTOS, L. P. et al.; Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.5, n.4, p.139-165, 2011.

SILVA, E.K.P. et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.4, e00005716, 2017.

SILVA, M. O. S. **O Bolsa Família no Enfrentamento à Pobreza no Maranhão e Piauí**. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVANI, J. et al. Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde

segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 2599-2608, ago. 2018.

SOUZA, B.F.N.J. et al. Demographic and socioeconomic associated with food insecurity in households in Campinas, SP, Brazil. **Rev. Nutr.**, Campinas. v.29, n.6, p. 845-857, nov./dez. 2016.

SOUZA, P.H.G.F. et al. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Texto para discussão 2499. Sumário Executivo. IPEA. Rio de Janeiro, agosto, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent&view=alphacontent&Itemid=357 Acesso em: 25 ago. 2019.

SPERANDIO et al. Impact of the Bolsa Família Program on energy, macronutrient, and micronutrient intakes: Study of Northeast and Southeast. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.29, n.6, p.833-844, 2016.

SPERANDIO et al. Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1771-1780, 2017.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S.E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.739-748, out./dez. 2015.

SUZART, A.S.; FERREIRA, A.P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações**, Campo Grande, v.19, n.3, p.585-595, set. 2018.

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

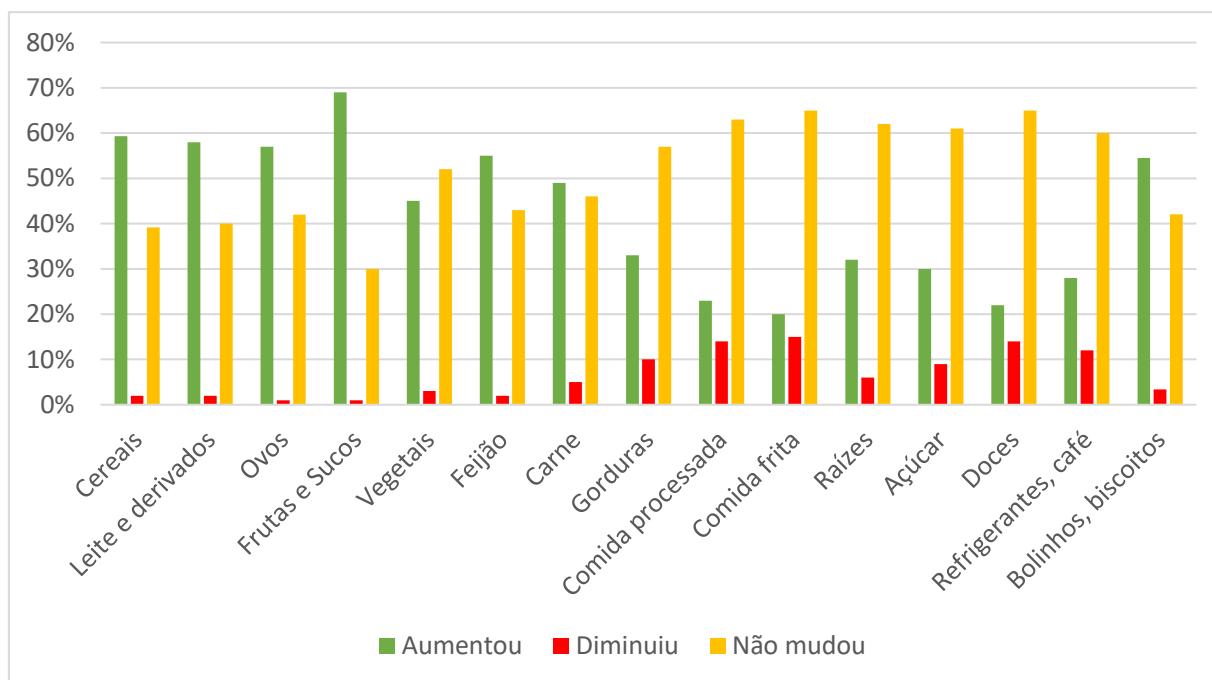
UCHIMURA, K.Y. et al.; Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 687-694, 2012.

VIEIRA-MEYER, A.P.G.F. et al. What is the relative impact of Primary Health Care quality and Conditional Cash Transfer Program in child mortality? **Can. J. Public Health**, 2019. 29 de julho. doi: 10.17269 / s41997-019-00246-9. [Epub ahead of print].

ZIMMERMANN, C.R.; FROTA, M.M.R. **O Brasil e as experiências internacionais**

de Programas de Transferência de Renda. In: 13º Congresso da Rede Mundial da Renda Básica. São Paulo: síntese eventos. v.1, p 1-19, 2010.

Gráfico - Resultados descritivos da autopercepção da ingestão alimentar das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza.



Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria.

Tabela 1- Prevalência da autopercepção do padrão alimentar das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza e comparação entre as regionais.

Grupo alimentar	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bolinhos e Biscoitos															
Aumentou	11	24,5	15	50,0	34	72,3	5	20,0	69	61,6	59	62,1	193	54,5	<0,001
Diminuiu	1	2,2	5	16,7	0	0,0	1	4,0	03	2,7	02	2,1	12	3,4	
Não mudou	33	73,3	10	33,3	13	27,7	19	76,0	40	35,7	34	35,8	149	42,1	
Processados															
Aumentou	5	11,1	4	13,3	34	72,3	1	4,0	25	22,3	12	12,6	81	23,0	<0,001
Diminuiu	7	15,6	6	20,0	2	4,3	8	32,0	12	10,7	15	15,8	50	14,0	
Não mudou	33	73,3	20	66,7	11	23,4	16	64,0	75	67,0	68	71,6	223	63,0	
Gorduras															
Aumentou	5	11,1	7	23,3	31	66,0	2	8,0	36	32,1	37	39,0	118	33,3	<0,001
Diminuiu	9	20,0	4	13,4	0	0,0	09	36,0	06	5,4	5	5,2	33	9,4	
Não mudou	31	68,9	19	63,3	16	34,0	14	56,0	70	62,5	53	55,8	203	57,3	
Doces															
Aumentou	2	4,4	5	16,7	23	48,9	0	0,0	26	23,2	23	24,2	79	22,3	<0,001
Diminuiu	7	15,6	08	26,6	2	4,3	7	28,0	7	6,3	16	16,8	47	13,3	
Não mudou	36	80,0	17	56,7	22	46,8	18	72,0	79	70,5	56	59,0	228	64,4	
Açúcares															
Aumentou	5	11,1	8	26,7	35	74,5	1	4,0	33	29,5	24	25,3	106	30,0	<0,001
Diminuiu	7	15,6	6	20,0	2	4,2	4	16,0	6	5,4	8	8,4	33	9,3	
Não mudou	33	73,3	16	53,3	10	21,3	20	80,0	73	65,1	63	66,3	215	60,7	
Refrigerantes e Café															
Aumentou	5	11,1	9	30,0	24	51,0	0	0,0	28	25,0	32	33,7	98	27,7	<0,001
Diminuiu	8	17,8	3	10,0	3	6,4	7	28,0	8	7,1	14	14,7	43	12,1	
Não mudou	32	71,1	18	60,0	20	42,6	18	72,0	76	67,9	49	51,6	213	60,2	
Frutas e Sucos															
Aumentou	24	53,3	24	80,0	30	63,8	6	24,0	85	75,9	76	80,0	245	69,2	

Diminuiu	0	0,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	<0,001
Não mudou	21	46,7	4	13,3	17	36,2	19	76,0	27	24,1	19	20,0	107	30,2	
Vegetais															
Aumentou	16	35,6	17	56,7	15	32,0	4	16,0	62	55,4	43	45,3	157	44,4	
Diminuiu	0	0,0	1	3,3	1	2,0	0	0,0	4	3,6	6	6,3	12	3,4	0,002
Não mudou	29	64,4	12	40,0	31	66,0	21	84,0	46	41,0	46	48,4	185	52,2	
Carne															
Aumentou	10	22,3	21	70,0	36	76,6	4	16,0	55	49,1	47	49,5	173	48,9	
Diminuiu	2	4,4	1	3,3	0	0,0	3	12,0	5	4,5	6	6,3	17	4,8	<0,001
Não mudou	33	73,3	8	26,7	11	23,4	18	72,0	52	46,4	42	44,2	164	46,3	
Feijão															
Aumentou	15	33,3	16	53,3	36	76,6	4	16,0	61	54,4	63	66,3	195	55,0	
Diminuiu	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	4,0	4	3,6	2	2,1	8	2,3	<0,001
Não mudou	30	63,7	13	43,4	11	23,4	20	80,0	47	42,0	30	31,6	151	42,7	
Leite e derivados															
Aumentou	20	44,4	16	53,3	36	76,6	8	32,0	71	63,4	55	57,9	206	58,2	
Diminuiu	0	0,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0	2	1,8	2	2,1	6	1,7	0,004
Não mudou	25	55,6	12	40,0	11	23,4	17	68,0	39	34,8	38	40,0	142	40,1	
Ovos															
Aumentou	11	24,4	19	63,3	35	74,5	5	20,0	69	61,6	62	65,3	201	56,8	
Diminuiu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	2	1,8	0	0,0	3	0,8	<0,001
Não mudou	34	75,6	11	36,7	12	25,5	19	76,0	41	36,6	33	34,7	150	42,4	
Cereais															
Aumentou	13	28,9	21	70,0	35	74,5	6	24,0	64	57,1	71	74,7	210	59,3	
Diminuiu	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	4,0	3	2,7	0	0,0	5	1,4	<0,001
Não mudou	31	68,9	9	30,0	12	25,5	18	72,0	45	40,2	24	25,3	139	39,3	
Raízes															
Aumentou	5	11,1	10	33,4	23	49,0	4	16,0	40	35,7	32	33,7	114	32,2	
Diminuiu	3	6,7	4	13,3	0	0,0	0	0,0	4	3,6	9	9,5	20	5,7	0,001
Não mudou	37	82,2	16	53,3	24	51,0	21	84,0	68	60,7	54	56,8	220	62,1	

Comida frita

Aumentou	3	6,7	8	26,7	11	23,4	2	8,0	23	20,5	25	26,3	72	20,3	
Diminuiu	8	17,8	4	13,3	2	4,3	7	28,0	20	17,9	11	11,6	52	14,7	0,05
Não mudou	34	75,5	18	60,0	34	72,3	16	64,0	69	61,6	59	62,1	230	65,0	
TOTAL	45	100	30	100	47	100	25	100	112	100	95	100	354	100	

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria. * Teste Qui-quadrado.

Tabela 2- Comparação das mudanças no padrão alimentar das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza relacionadas a participação em palestras educativas.

Grupo Alimentar	Participou de palestra educativa						Total		Valor p*
	Sim		Não		Não sei				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Raízes									
Aumentou	38	42,7	75	28,6	1	33,3	114	32,2	0,03
Diminuiu	8	9,0	12	4,6	0	0,0	20	5,7	
Não mudou	43	48,3	175	66,8	2	66,7	220	62,1	
Vegetais									
Aumentou	54	60,7	102	38,9	1	33,3	157	44,4	0,01
Diminuiu	3	3,3	9	3,5	0	0,0	12	3,4	
Não mudou	32	36,0	151	57,6	2	66,7	185	52,2	
Frutas e Sucos									
Aumentou	72	80,9	172	65,6	1	33,3	245	69,2	0,002
Diminuiu	2	2,2	0	0,0	0	0,0	2	0,6	
Não mudou	15	16,9	90	34,4	2	66,7	107	30,2	
Carne									
Aumentou	41	46,0	130	49,6	2	66,7	173	48,9	0,57
Diminuiu	7	7,9	10	3,8	0	0,0	17	4,8	
Não mudou	41	46,1	122	46,6	1	33,3	164	46,3	
Leite e derivados									
Aumentou	60	67,4	144	55,0	2	66,7	206	58,2	0,22
Diminuiu	0	0,0	6	2,3	0	0,0	6	1,7	
Não mudou	29	32,6	112	42,7	1	33,3	142	40,1	
Ovos									
Aumentou	59	66,3	141	53,8	1	33,3	201	56,8	0,26
Diminuiu	1	1,1	2	0,8	0	0,0	3	0,8	
Não mudou	29	32,6	119	45,4	2	66,7	150	42,4	
Feijão									
Aumentou	54	60,7	139	53,0	2	66,7	195	55,0	0,77
Diminuiu	2	2,2	6	2,3	0	0,0	8	2,3	
Não mudou	33	37,1	117	44,7	1	33,3	151	42,7	
Cereais									
Aumentou	60	67,4	148	56,5	2	66,7	210	59,3	0,34
Diminuiu	0	0,0	5	1,9	0	0,0	5	1,4	
Não mudou	29	32,6	109	41,6	1	33,3	139	39,3	
Açúcares									
Aumentou	28	31,5	76	29,0	2	66,7	106	29,9	0,15
Diminuiu	13	14,6	20	7,6	0	0,0	33	9,3	
Não mudou	48	53,9	166	63,4	1	33,3	215	60,8	
Refrigerantes e Café									
Aumentou	24	27,0	72	27,5	2	66,7	98	27,7	0,55
Diminuiu	13	14,6	30	11,4	0	0,0	43	12,1	
Não mudou	52	58,4	160	61,1	1	33,3	213	60,2	
Doces									
Aumentou	20	22,5	58	22,1	1	33,3	79	22,3	0,22
Diminuiu	18	20,2	29	11,1	0	0,0	47	13,3	
Não mudou	51	57,3	175	66,8	2	66,7	228	64,4	

Gorduras									
Aumentou	23	25,8	94	35,9	1	33,3	118	33,3	0,36
Diminuiu	7	7,9	26	9,9	0	0,0	33	9,3	
Não mudou	59	66,3	142	54,2	2	66,7	203	57,4	
Processados									
Aumentou	16	18,0	63	24,0	2	66,7	81	22,9	0,27
Diminuiu	15	16,8	35	13,4	0	0,0	50	14,1	
Não mudou	58	65,2	164	62,6	1	33,3	223	63,0	
Bolinhos e biscoitos									
Aumentou	50	56,2	141	53,8	2	66,7	193	54,5	0,98
Diminuiu	3	3,4	9	3,4	0	0,0	12	3,4	
Não mudou	36	40,4	112	42,8	1	33,3	149	42,1	
Comida frita									
Aumentou	24	27,0	47	17,9	1	33,3	72	20,3	0,38
Diminuiu	13	14,6	39	14,9	0	0,0	52	14,7	
Não mudou	52	58,4	176	67,2	2	66,7	230	65,0	
Total (n)	89	25,2	262	74,0	03	0,8	354	100	

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria.

*Teste Qui-quadrado.

ARTIGO 4

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E A EXPERIÊNCIA DA GESTANTE COM A VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA E DOMÉSTICA

INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda condicionada (PTRC), que se destaca como um dos mais antigos e de maior cobertura na América Latina, direcionado às famílias vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza (FISZBEIN; SCHADY, 2009). Busca-se garantir a essas famílias o incentivo ao acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde, alcançados por meio do cumprimento de uma série de condicionalidades nessas áreas (PASE; MELO, 2017), com o intuito de melhorar a qualidade de vida e contribuir para a sua inclusão social (BRASIL, 2019).

Em consequência do benefício financeiro e das condicionalidades impostas, o PBF tem o potencial de influenciar vários aspectos que interferem nos determinantes e indicadores de saúde dos seus beneficiários, entre eles destacam-se relatos positivos quanto a impactos sobre a mortalidade infantil (GUANAIS, 2013; RASELLA et al., 2013; SILVA; PAES, 2018; BASTOS et al., 2017; SILVA; SILVA; PAES, 2018), segurança alimentar (MARTINS; MONTEIRO, 2016; SUZART; FERREIRA, 2018) e doenças negligenciadas (NERY et al., 2014; PEREIRA et al., 2018; MACIEL et al., 2019).

Estudos têm demonstrado que o PBF pode também interferir na experiência com a violência comunitária, afetando de modo significativo na redução da criminalidade após a inclusão dos adolescentes de 16 e 17 anos na condicionalidade da educação (CHIODA; MELLO; SOARES, 2016) e reduzindo taxas de homicídios em até 24% e internação por agressão em até 25% nos municípios com forte participação no PBF (MACHADO et al., 2018).

A violência é um problema de saúde pública importante no Brasil, por ser fonte de grande parcela de morbidades - sexta maior causa de internações hospitalares e alta prevalência da violência doméstica - e mortalidades, ocupando o terceiro lugar nas causas das mortalidades, gerando altos custos individuais e coletivos para a saúde. Com comprovações que afeta a população de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social (REICHENHEIM et al., 2011).

As causas mais expressivas da violência doméstica contra a mulher podem estar atreladas à dependência financeira e ao desemprego, podendo o empoderamento feminino, em consequência do PBF, ajudar a reduzir esse problema (MARTINS et al., 2010). Outros estudos afirmam que beneficiárias do PBF são grupo de risco para sofrer violência e que a dependência financeira por si só não seria responsável pela manutenção da mulher sob o ciclo de violência (DANTAS; NERI, 2013; MOREIRA et al., 2016). O que desperta para a necessidade de saber como está essa vivência e descobrir se o PBF tem colaborado ou não para minimizar a violência experienciada pelas mulheres.

As condicionalidades da saúde do PBF são acompanhadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que devem registrar no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e no mapa de acompanhamento do PBF as ações realizadas para monitoramento do desenvolvimento infantil e nutricional, por meio da pesagem e medição das crianças, calendário de vacinação e acompanhamento da saúde das gestantes na assistência pré-natal, caracterizando-se assim como grupos prioritários as gestantes e as crianças (PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019).

As consequências da violência por parceiro íntimo são graves para a saúde da mulher, depressão, distúrbios alimentares e tentativa de suicídio estão entre as patologias possíveis (HOWARD et al., 2013), mas quando essa violência atinge uma gestante não afeta apenas seu corpo e seu estado emocional, há também a saúde do bebê em jogo (GUNTER, 2007). Atos violentos de parceiros ou ex-parceiros durante a gravidez dobram o risco para a mulher sofrer um parto prematuro ou dar à luz um bebê de baixo peso (DONOVAN et al., 2016), além do risco aumentado para sangramentos e abortos (AUDI et al., 2012; FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014).

Desse modo, com o objetivo de investigar e analisar o padrão de percepção das gestantes beneficiárias, que é grupo ainda mais vulnerável do PBF, sobre a violência comunitária e doméstica que as acomete, conhecendo suas experiências e relacionando possíveis impactos do PBF e do acompanhamento da ESF sobre essa experiência, realizou-se estudo transversal.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, em amostra probabilística de gestantes de Fortaleza, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizavam o acompanhamento pré-natal na rede de atenção primária, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Cálculo amostral aleatório simples foi realizado utilizando 95% de nível de confiança, erro amostral de 5%, nível de significância de $p < 0,05$ e dados do relatório consolidado do PBF do Datasus (BRASIL, 2018) em março de 2018, que apresentava universo de 4.366 gestantes estimadas para Fortaleza na primeira vigência do PBF.

Fortaleza é a quinta capital mais populosa do Brasil, com aproximadamente 2,64 milhões de habitantes estimados (IBGE, 2019), residentes em 119 bairros. A Prefeitura de Fortaleza contava no período de planejamento do estudo com 112 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), sendo 15 na SER I, 12 na SER II, 18 na SER III, 13 na SER IV, 25 na SER V e 29 na SER VI (FORTALEZA, 2018).

As seis SER de Fortaleza apresentam peculiaridades, diferentes indicadores sociais e epidemiológicos, se agrupando em realidades e contextos díspares, com características que as diferenciam de maneira contundente, conforme explicitado no quadro, que foi construído com base, principalmente, em dados extraídos do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018-2021 (FORTALEZA, 2017) e dados do Sistema de Informação de Mortalidade-SIM e Sistema de Informação de Nascidos Vivos-SINASC para Fortaleza (FORTALEZA, 2019).

Incluíram-se no estudo gestantes beneficiárias do PBF e usuárias do SUS, que buscavam o acompanhamento das condicionalidades de saúde e ou realização das consultas de pré-natal com as equipes da ESF. Foram excluídas do estudo gestantes menores de 18 anos e retirados formulários incompletos. As unidades foram selecionadas mediante proporcionalidade de beneficiárias distribuídas nas seis SER do município.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, nas dependências das UAPS, com base em formulários validados, que englobavam dados sociodemográficos, e aspectos referentes a percepção da experiência com a violência doméstica e comunitária. Para a violência doméstica utilizou-se o *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) (SCHRAIBER et al., 2010), e na violência comunitária foi utilizada referência do trabalho em psiquiatria americano, que

investigou crianças que sofriam e eram testemunha de violência comunitária (RITCHERS; MARTINEZ, 1993).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniChristus -parecer n.º 2.758.702 (06/07/18). A coleta se deu entre outubro de 2018 e julho de 2019. Os dados foram tabulados nos *softwares* Epidata 3.1 e analisados no STATA SE 14.2.

Na abordagem analítica, aplicaram-se testes como o Anova, Correlação de Pearson (*pwcorr*), Qui-quadrado de Pearson, Teste t de Student, tendo os aspectos sociodemográficos (renda, escolaridade, religião, estado civil etc.) como variáveis independentes e os objetivos do estudo como variáveis dependentes (experiência com a violência doméstica e comunitária).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 354 gestantes beneficiárias do PBF, que, em sua maior parte, eram: jovens de 18 a 26 anos (54,2%); pardas ou negras (92,1%); fortalezenses (74,9%); solteiras (38,7%) ou em união estável (36,7%); católicas (45,2%) ou evangélicas (44,3%); ocupavam-se do lar (58,8%); com escolaridade de ensino médio (59,3%). A média de renda foi de R\$706,44 (DP± 625,4); apresentaram média de 1,4 (DP± 1,2) filhos; e recebiam do PBF valor médio de R\$ 181,10 (DP ±88,2), há em média 45 (DP ±45,9) meses.

Desse total, 93,5% (n=331) perceberam que o PBF tinha impacto indiferente sobre a violência, 5,6% afirmaram causar menos violência e 0,9% mais violência. Com 41,5% (n=147) percebendo que a violência tem a ver com o uso de álcool e drogas.

Sobre problemas de saúde em decorrência da experiência com violência, 96% (n=340) afirmaram não possuir. Mas, entre as 14 (4%) que relataram ter tido problema de saúde, foram indicados: problemas emocionais, como nervosismo; aborto, sangramento vaginal e perda de membro superior.

Violência Comunitária

Os resultados estão apresentados na tabela 1, que relaciona a prevalência por tipo de violência e expõe a comparação por regional. A agressão física foi a violência mais testemunhada por 43,2% da amostra e o assalto com agressão física o mais

sofrido por 22,6% das gestantes.

Revelou-se forte associação entre a experiência de violência comunitária e a regional de residência das gestantes. A vivência testemunhal (64%) e direta (44%) da agressão física foi significativamente maior ($p<0,001$) para a SER IV, seguida da SER V na vivência direta de 28,6 % da amostra ($p=0,002$). Para o assalto com agressão física a SER V teve resultados estatisticamente significantes no risco ($p=0,002$) de testemunhá-los (39,3%) e tendência ($p=0,09$) a sofrê-los (30,4%). Em tiros não fatais a SER VI teve risco testemunhal aumentado ($p<0,001$) para 56,8% das gestantes, com a SER V apresentando maior risco de sofrê-los ($p=0,008$) em 20,5% da amostra. No tiro fatal a SER V se destaca no risco aumentado de ver ($p=0,008$) e sofrer (0,001) por 28,6% e 29,5% das gestantes, respectivamente. A violência de gangues foi significativa ($p<0,001$) para a vivência testemunhal na SER VI em 51,6% da amostra e para a ocorrência direta ($p=0,004$) em 13,4% das gestantes da SER V.

Conforme tabela 2, gestantes solteiras (31,5%) e separadas (40,0%) apresentaram diferença, estatisticamente significativa ($p=0,003$), no risco de sofrerem agressão física. O risco de sofrer esfaqueamento entre elas também apresentou diferença significativa ($p=0,005$) para separadas (20%) e para as que estavam namorando (27,3%).

A menor escolaridade apresentou diferença na experiência testemunhal da violência com tiro fatal ($p=0,01$) e estupro ($p=0,02$), e tendência a sofrer com violência relacionada a gangues ($p=0,05$).

A renda menor afetou significativamente no risco de sofrer tiro fatal ($p=0,008$), esfaqueamento ($p=0,03$), e violência relacionada a gangues ($p=0,04$). Além da tendência a sofrerem agressão física ($p=0,06$) e testemunharem assalto com agressão física ($p=0,06$). Os cruzamentos com cor e idade não apresentaram diferenças significativas nos resultados.

Os outros tipos de violência relatados por 39 gestantes (11%) variaram entre agressões verbais (65%), brigas de casal (15%), violência com animais (15%), briga de torcida (2,5%) e assalto sem agressão (2,5%).

Violência Doméstica

Os dados de prevalência estão apresentados na tabela 3, onde se percebe que a violência psicológica foi a mais relatada, com 17,2% ($n=61$) sofrendo insultos, 13,6%

(n=48) humilhações, seguido da violência física, com 13,3% (n=47) sofrendo empurrões e 10,7% (n=38) sofrendo estapeamentos.

Identificou-se associação positiva da violência doméstica com a religião evangélica ($p=0,01$), pois entre as 47 (13,3%) gestantes que sofreram empurrão 30 (63,8%) eram evangélicas.

A regional de residência apresentou associação positiva, pois gestantes da SER V apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,003$) de propensão à violência doméstica, das 47 que sofreram empurrão 25 (22,3%) eram da regional V, além de apresentarem tendência para serem humilhadas ($p=0,06$) em 21,4% (n=24) das gestantes, contra 13,6% da média geral.

O estado civil teve associação revelada, expostas na tabela 4, onde se nota que gestantes sem vínculo matrimonial apresentaram risco, estatisticamente significativo, de sofrer ameaça ou uso de arma ($p=0,04$) contra gestantes separadas (20%) e em ações de assustar ou intimidar ($p=0,02$) gestantes separadas (20%), solteiras (16,1%) e que estavam namorando (18,2%).

A menor escolaridade afetou no maior risco da gestante beneficiária ser assustada ou intimidada pelo parceiro ($p=0,04$), ser machucada ($p=0,04$), além de possuir tendência a levar tapas ($p=0,07$), ser ameaçada por arma ($p=0,07$) e ser estrangulada ou queimada ($p=0,09$).

A renda também afetou na maior prevalência para serem humilhadas ($p=0,03$) e tendência a serem machucadas ($p=0,07$), ou levarem tapas ($p=0,05$). A cor e idade foram variáveis que não evidenciaram diferenças estatisticamente significantes nas análises realizadas.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que relaciona beneficiárias do PBF com a violência, tendo sido observado altos percentuais de violência comunitária e doméstica nas gestantes que recebem o benefício. A violência comunitária percebida neste grupo é manifesta e real, sendo a agressão física a forma de violência comunitária mais testemunhada e o assalto com agressão física o mais sofrido pelas gestantes e suas famílias. Também é real e prevalente a violência doméstica nesta população, sobretudo a psicológica. Contudo, observou-se que a experiência com a violência é influenciada por uma série de fatores como: renda, escolaridade, vínculo matrimonial,

religião e local de residência. Os achados deste estudo são importantes, pois ajudam a compreender os fatores que interferem na determinação da violência, sob o olhar de um grupo vulnerável para sofrê-la, e tem o potencial de influenciar o estabelecimento e implementação de políticas e ações de enfrentamento desses determinantes, ações cruciais frente aos dados crescentes de feminicídio no País (CERQUEIRA et al., 2019).

O padrão da violência no Brasil difere de outros lugares no mundo, enquanto em outros países o suicídio e conflitos civis são as maiores causas, aqui a maior parte dos óbitos é provocada por homicídios ou está relacionada ao trânsito. Além do que, homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores em relação à violência comunitária, ao passo que mulheres e crianças negras e pobres são as principais vítimas da violência doméstica, ressaltando a determinação social da experiência com violência (REICHENHEIM et al., 2011).

A conexão do PBF com a violência comunitária é relatada na literatura, e é justificada pela redução da pobreza afetando diretamente a violência, pondera-se que enquanto o processo de urbanização aumenta as desigualdades sociais e as taxas de homicídio, a cobrança da matrícula e frequência no ensino médio e o valor financeiro pago pelo PBF teriam associação direta com menores taxas de homicídios e redução nas taxas de internação por agressão física (SOUSA et al., 2014; CHIODA; MELLO; SOARES, 2016; MACHADO et al., 2018).

A atuação do PBF na elevação da renda e no aumento do poder de compra, obtido pelo repasse financeiro direto, reduzindo as desigualdades sociais, minimizaria o estresse socioeconômico e familiar, afetando também o consumo de álcool, o que embasaria essa conexão entre criminalidade e desigualdade social. No entanto, neste estudo as gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza, em sua maioria, ainda não conseguiram visualizar e perceber claramente esse impacto em suas vidas, pois a grande maioria entende ser indiferente a atuação do PBF sobre a violência comunitária.

Várias análises da situação da violência no Brasil demonstraram que a violência afeta a população de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social (REICHENHEIM et al., 2011; CERQUEIRA et al., 2019). Nesta abordagem a maior experiência com a violência comunitária sofrida pelas gestantes beneficiárias do PBF comungou com a literatura, pois demonstrou

associação direta com menores valores de renda, residência em regiões mais pobres do município, ausência de vínculo matrimonial e menor escolaridade.

No tocante a violência doméstica, as violências psicológicas e físicas foram preponderantes, pois os insultos, humilhações e empurrões foram os tipos de violência doméstica mais relatados, tendo sido a violência sexual a menos apontada pelas gestantes entrevistadas. Resultados do estudo realizado com 385 mulheres em maternidade pública de São Paulo, demonstraram dados superiores, com 36,9% das mulheres sofrendo violência doméstica em algum momento da vida e 34,6% na gravidez. As prevalências encontradas no seu estudo foram de 97,1% para violência psicológica, 48,7% física, e 4,9 % sexual, com o parceiro sendo o principal agente (OKADA et al., 2015).

Presume-se que pode ter ocorrido subnotificação da violência doméstica e comunitária pelas gestantes beneficiárias, que foi inclusive assumida e revelada por algumas entrevistadas no ato da pesquisa. Muitas vezes ficou claro para as entrevistadoras o tabu das gestantes em assumir sofrer violência por parceiro íntimo e na comunidade, e noutras foram sumariamente expostas, com pedidos de que não se escrevesse nos formulários o que de fato ocorria em casa e no território, por medo da declaração formal assinada e/ou constrangimento de ter passado pela situação vexatória.

Enfatiza-se o papel privilegiado dos profissionais de saúde para detectar a problemática da violência contra as mulheres e evitar essa subnotificação. O registro das ocorrências é escasso e pouco fidedigno, e esse papel é dos profissionais de saúde, que deveriam estar atentos para reconhecer possíveis situações de violência e desta forma orientar e encaminhar as vítimas às unidades de referência, notificando corretamente, de modo a prevenir a ocorrência de novos casos e reincidências (OKADA et al., 2015; COSTA et al., 2011).

A despeito da suposta subnotificação deste estudo os resultados apresentados foram bastante abaixo do relatado por Okada et al. (2015), que teve amostra com número aproximado ao deste estudo, também com gestantes usuárias da rede pública, mas não necessariamente beneficiárias do PBF. O motivo da diferença ainda não é claro, pode ter se dado por diferenças metodológicas dos estudos, disparidades regionais, aumento da segurança local ou por efeito protetivo do PBF. Apesar de não ter sido objetivo deste estudo comparar a experiência de violência entre beneficiárias

e não beneficiárias do PBF, pode-se levantar a hipótese de que a diferença entre os dois estudos seja devido ao efeito protetivo do PBF na violência experienciada pelas gestantes beneficiárias, as quais recebem valores médios de R\$ 181,10 do PBF há cerca de 45 meses.

Neste estudo foram encontradas associações estatisticamente significantes entre a violência doméstica e religião evangélica, menores valores de renda familiar, residência em bairros mais pobres, ausência de vínculo matrimonial e menor escolaridade. Além do que, mais de quarenta por cento das gestantes identificaram uma relação entre violência e o uso de álcool e drogas. Estes dados coadunam com o estudo de Okada et al. (2015), que revelou associação da violência doméstica com a religião protestante, baixa renda familiar e hábito de etilismo do parceiro.

Chamou nossa atenção a relação da violência doméstica com a ausência de vínculo matrimonial, para qual não se localizou registro na literatura. Duas hipóteses nos ocorreram, ou, de fato, as mulheres que permanecem casadas possuem boas relações maritais, não sofrem violência, sendo assim felizes nos seus casamentos, ao contrário das separadas e solteiras que tenderam a romper o vínculo devido a violência sofrida. Ou ainda, as casadas também poderiam representar mulheres que ainda não superaram a vergonha de admitir sofrê-la e colaboram para a subnotificação que se suspeita.

As mulheres, em decorrência da violência doméstica, podem correr riscos de gravidez indesejada, aborto (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014), redução do índice de massa corpórea (FERREIRA et al., 2015), depressão, síndrome do estresse pós-traumático, psicose, distúrbios alimentares, tentativa de suicídio (HOWARD et al., 2013), além de terem chances estatisticamente significantes de apresentar parto prematuro, bebê de baixo peso (DONOVAN et al., 2016), sangramento vaginal e mesmo não ter desejos sexuais (AUDI et al., 2012). Nossa pesquisa corrobora com os riscos a que elas estão expostas, apesar de poucos relatos sobre essas ocorrências.

Há controvérsias postas sobre o empoderamento feminino e a independência financeira como resposta para a redução da violência doméstica. Alguns afirmam que a independência financeira seria protetiva (MARTINS; BORGES; PADOIN, 2010), e que o PBF poderia assim reduzir a violência doméstica, outros apontam que a dependência financeira por si só não seria responsável pela manutenção da mulher

sob o ciclo de violência. O medo, a vergonha e o receio da impunidade seriam os maiores responsáveis pela baixa notificação dos delitos e pela continuidade deles (DANTAS; NERI, 2013). Tendo até quem aponte que o PBF é fator de aumento dessa violência (MOREIRA et al., 2016).

Ademais, enfatiza-se que a titularidade do benefício do PBF não leva ao efetivo empoderamento em termos de respeito e valorização das vontades e ações das mulheres nas relações íntimas e familiares, pois isto envolve complexas relações de desigualdade de gênero e uma ampla teia de causas sociais (DANTAS; NERI, 2013). Apesar disso, há estudo recente apontando o empoderamento feminino associado ao PBF no sentido de ampliar a separação entre os casais, sobretudo de casais com filhos, assim o PBF agiria não ao ponto de reduzir a violência doméstica, mas de fortalecer a mulher no ato da separação de parceiros violentos (LITWIN et al., 2019). Os dados da presente pesquisa parecem corroborar com os últimos achados, pois registrou-se um aumento de 12% na formação de famílias mononucleares com mães solteiras, quando comparados nossos achados a estudo anterior (IBASE, 2008).

Dentre as limitações deste estudo estão o risco de subnotificação envolvida na abordagem do tema violência, a subjetividade das respostas influenciada por aspectos culturais e sociais e a falta de estudos anteriores com amostra beneficiária para dimensionar se houve declínio ou acréscimo da violência, como consequência da inclusão no PBF. Seria válido realizar estudo prospectivo que dê sequência a estudos com essa abordagem, acompanhando esse grupo ao longo dos anos de inclusão no PBF.

CONCLUSÃO

A experiência com a violência (comunitária e doméstica) das beneficiárias do PBF é real e manifesta, com altas taxas de prevalência da violência testemunhada e sofrida. Contudo, as gestantes beneficiárias não percebem associação da violência sofrida com o recebimento do PBF.

Foram significativas as associações da violência experienciada com a baixa escolaridade, residência em regiões mais pobres do município, religião evangélica, menores rendas e ausência de vínculo matrimonial das beneficiárias.

É possível conjecturar que a menor violência vivenciada pelas beneficiárias do PBF, em comparação a outros estudos, possa estar associada a um efeito protetivo

do PBF, atuando na redução da miséria e desigualdade social neste grupo, impactando na determinação socioeconômica da violência.

REFERÊNCIAS

- AUDI, C.A. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**, v.28, n.4, p.356-361, 2012.
- BASTOS, M.L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS One**, United States, v.12, n.12, 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria Executiva. **Relatório Consolidado do Bolsa Família**. Disponível em <
<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>> Acesso em: 25 mar. 2018.
- _____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em
<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmgs/bolsafamilia/relatorio-completo.html> Acesso em: 11 ago. 2019.
- CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2019**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília. Rio de Janeiro. São Paulo. 2019.
- CHIODA, L.; MELLO, J.M.P; SOARES, R.R. Spillovers from conditional cash transfer programs: Bolsa Família and crime in urban Brazil. **Economics of Education Review**, v. 54, p. 306-320, oct. 2016.
- COSTA, A.M. et al. Violência contra a mulher: Caracterização de casos atendidos em um Centro Estadual de Referência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p. 627-35. jul./set. 2011.
- DANTAS, C.E.S.; NERI, E.L. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. **Revista Gênero e Direito**. v.1, p. 96-110, 2013.
- DONOVAN, B.M. et al. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BJOG International Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.123, p. 1289-1299, 2016.
- FERREIRA, M.F. et al. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p. 1-13, jan. 2015.

- FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A.K; WANN-HANSSON, C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in Southern Sweden. **BMC Womens Health**, v.63, n.14, may. 2014.
- FISZBEIN, A.; SCHADY, N. **Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty**. Washington, D. C.: World Bank, 2009.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Fortaleza, 2017. 167f.: il.color.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS); **Unidades de Saúde**. Disponível em http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=316 Acesso em: 25 mar.2018.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS). Célula de Sistemas de Informação e Análise em Saúde CEINFA. Nascidos vivos. **SIM/SINASC Fortaleza**. Disponível em: <http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/deftohtm.exe?nascido.def> Acesso em: 10 out. 2019.
- GUANAIS, F.C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Tansfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. **American Journal of Public Health**. v.103, n.11, p.2000-2006, nov. 2013.
- GUNTER, J. Intimate partner violence. **Obstet Gynecol Clin North Am**; v. 34, p.367-88, 2007.
- HOWARD, L.M. et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**. v.10, n. 5, pmed.1001452, 2013.
- IBGE. Brasil/Ceará/Fortaleza- Panorama IBGE Cidades. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> Acesso em: 25 ago. 2019.
- LITWIN, A. et al. A conditional cash transfer and Women's empowerment: Does Bolsa Familia Influence intimate partner violence? **Social Science & Medicine**. 238. 112462. 2019.
- LUDEMIR A.B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Soc. Sci. Med.**, v.66, p. 1008–1018, 2008.
- MACHADO, D.B. et al. Conditional cash transfer programme: Impact on homicide rates and hospitalisations from violence in Brazil. **PLoS One**, United States, v. 13, n.12, dec. 2018.
- MACIEL, E.N. et al. Effect of the Bolsa Família Programme on the outcome of

tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **The Lancet**, London, v.7, n.2, p.219-226, feb. 2019.

MARTINS, A.; BORGES, T. N.; PADOIN, I. (2010). “**Rompendo o ciclo de violência na família através do empoderamento da mulher.**” Trabalho apresentado XV Seminário interinstitucional de pesquisa e extensão.

MARTINS, A.P.B.; MONTEIRO, C.A.; Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. **BMC Public Health**, v.16, n.1, p. 827, aug. 2016.

MOREIRA, G.C. et al. Programa Bolsa Família e violência contra a mulher no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v.46, n.4, p. 973-1002, out./dez. 2016.

NERY, J.S. et al. Effect of Brazilian Conditional Cash Trasnfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS One**, United States, v.8, n.11, nov. 2014.

OKADA, M.M. et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta Paul. Enferm.**, v.28, n.3, p.270-274, 2015.

PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **RAP**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar./abr. 2017.

PEREIRA, S.M. et al. Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.22, n.11, p. 1300-1306, nov. 2018.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, London, v.382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

REICHENHEIM, M.E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, London, p.75-89, maio. 2011.

RICHTERS, J.E.; MARTINEZ P. The NIMH Community violence project: Children as victims of and witness to violence. **Psychiatry**. v.56, p.7-21, 1993.

SCHRAIBER, L.B. et al. Validade do Instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.4, p.658-666, 2010.

SILVA, E.S.A.; PAES,N.A.; Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. **HOLOS**, v.34, n.1, p.201-211, 2018.

SILVA, E.S.A.; SILVA, C.C.; PAES, N.A. Efeitos dos Programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. **Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.138-147, jan./mar. 2018.

SOUSA, C.A.M. et al. Determinantes dos homicídios no Estado da Bahia, Brasil, em 2009. **Rev. Bras. Epidemiol.**, p. 135-146, jan./mar. 2014. doi: 10.1590/1415-790X201400010011.

SUZART, A.S.; FERREIRA, A.P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações**, Campo Grande, v.19, n.3, p.585-595, set. 2018.

Quadro - Características sociodemográficas e epidemiológicas das Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza.

SER	População estimada	População beneficiária do PBF	Cobertura do acompanhamento de saúde do PBF*	Número de equipes da ESF	Cobertura ESF**	Renda Média	IDH médio	Taxa de mortalidade infantil ***
SER I	392.263	20.905	76%	69 equipes	52,8%	R\$ 587,70	0,34	10,6
SER II	391.725	15.684	68%	47 equipes	36,0%	R\$ 1.850,10	0,58	12,6
SER III	388.643	29.434	65%	80 equipes	61,8%	R\$ 658,00	0,38	11,7
SER IV	303.586	11.091	67%	48 equipes	47,4%	R\$ 845,20	0,43	13,3
SER V	595.185	49.509	66%	97 equipes	48,9%	R\$ 471,70	0,25	15,5
SER VI	571.845	34.311	88%	126 equipes	66,1%	R\$ 715,40	0,30	12,8

Fonte: Plano Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza 2018-2021 (FORTALEZA, 2017). * Alimentação do sistema informando acompanhamento das condicionalidades de saúde para 2ª vigência de 2018 ** Fórmula de cálculo: número de equipes x 3000x100/população estimada *SIM/SINASC/Dados de 2018 (FORTALEZA, 2019).**

Tabela 1- Prevalência da experiência com violência comunitária das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza e comparação entre as regionais (N=354).

Tipo de Violência	SER 1		SER 2		SER 3		SER 4		SER 5		SER 6		TOTAL		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Agressão Física															
Viu	13	28,9	10	33,3	9	19,1	16	64,0	53	47,3	52	54,7	153	43,2	<0,001
Sofreu	9	20,0	6	20,0	3	6,4	11	44,0	32	28,6	15	15,8	76	21,5	0,002
Assalto c/ Agr. F.															
Viu	9	20,0	7	23,3	5	10,6	3	12,0	44	39,3	28	29,5	96	27,1	0,002
Sofreu	9	20,0	7	23,3	4	8,5	6	24,0	34	30,4	20	21,0	80	22,6	0,09
Tiro não fatal															
Viu	4	8,9	6	20,0	5	10,6	4	16,0	35	31,2	54	56,8	108	30,5	<0,001
Sofreu	4	8,9	1	3,3	2	4,3	3	12,0	23	20,5	7	7,4	40	11,3	0,008
Tiro fatal															
Viu	2	4,4	5	16,7	6	12,8	5	20,0	32	28,6	26	27,4	76	21,5	0,008
Sofreu	5	11,1	2	6,7	1	2,1	4	16,0	23	20,5	4	4,2	39	11,0	0,001
Gangues															
Viu	7	15,6	11	36,7	6	12,8	5	20,0	34	30,4	49	51,6	112	31,6	<0,001
Sofreu	2	4,4	4	13,3	1	2,1	1	4,0	15	13,4	1	1,0	24	6,8	0,004
Esfaqueamento															
Viu	3	6,7	4	13,3	2	4,3	3	12,0	16	14,3	12	12,6	40	11,3	0,46
Sofreu	1	2,2	4	13,3	0	0,0	2	8,0	10	8,9	2	2,1	19	5,4	0,02
Estupro															
Viu	1	2,2	1	3,3	1	2,1	1	4,0	10	8,9	2	2,1	16	4,5	0,17
Sofreu	2	4,4	0	0,0	1	2,1	1	4,0	11	9,8	2	2,1	17	4,8	0,07

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria. *Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2- Comparação da violência comunitária sofrida pelas gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza por estado civil.

Tipo de violência	Solteira		Separada		Namora		Casada		União Estável		Total		Valor p*
	(N=124)	%	(N=5)	%	(N=11)	%	(N=82)	%	(N=130)	%	(N=352)	%	
Agressão física	39	31,5	2	40,0	3	27,3	8	9,8	24	18,4	76	21,6	0,003
Esfaqueamento	5	4,0	1	20,0	3	27,3	2	2,4	7	5,4	18	5,1	0,005
Assalto com agressão física	32	25,8	1	20,0	1	9,0	13	15,9	32	24,6	79	22,4	0,36
Violência com ganges	5	4,0	0	0,0	2	18,1	4	4,9	13	10,0	24	6,8	0,15
Tiro fatal	17	13,7	0	0,0	3	27,2	4	4,9	14	10,8	38	10,8	0,1
Tiro não fatal	10	8,0	0	0,0	3	27,2	7	8,5	19	14,6	39	11,0	0,14
Estupro	6	4,8	0	0,0	0	0,0	2	2,4	8	6,1	16	4,5	0,66

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria. *Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 3- Prevalência da violência doméstica das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza (N=354).

Tipo de violência	Sim		Não	
	n	%	n	%
Psicológica				
Insultou	61	17,2	293	82,8
Humilhou	48	13,6	306	86,4
Assustou ou Intimidou	38	10,7	316	89,3
Machucou	37	10,5	317	89,5
Física				
Estapeou	38	10,7	316	89,3
Empurrou	47	13,3	307	86,7
Socou	25	7,1	329	92,9
Chutou, surrou ou arrastou	21	6,0	333	94,0
Estrangulou ou queimou	7	2,0	347	98,0
Ameaçou ou usou arma	10	2,8	344	97,2
Sexual				
Forçou fisicamente relação sexual	5	1,4	349	98,6
Teve relação sexual por medo	9	2,5	345	97,5
Teve prática degradante forçada	7	2,0	347	98,0

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria.

Tabela 4 - Comparação da violência doméstica sofrida pelas gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza por estado civil.

Tipo de Violência	Solteira		Separada		Namora		Casada		União Estável		Total		Valor p*
	(N=124)	%	(N=5)	%	(N=11)	%	(N=82)	%	(N=130)	%	(N=352)	%	
Psicológica													
Insultou	25	20,1	2	40,0	2	18,2	9	11,0	23	17,7	61	17,3	0,3
Humilhou	20	16,1	2	40,0	2	18,2	7	8,5	17	13,0	48	13,6	0,2
Assustou/intimidou	20	16,1	1	20,0	2	18,2	2	2,4	13	10,0	38	10,8	0,02
Machucou	19	15,3	1	20,0	0	0,0	5	6,1	12	9,2	37	10,5	0,1
Física													
Estapeou	16	12,9	1	20,0	1	9,0	7	8,5	13	10,0	38	10,8	0,8
Empurrou	20	16,1	1	20,0	1	9,0	9	11,0	15	11,5	46	13,0	0,7
Socou	14	11,3	0	0,0	0	0,0	3	3,6	8	6,1	25	7,1	0,1
Chutou/Surrou/Arrastou	11	8,9	1	20,0	0	0,0	1	1,2	8	6,1	21	6,0	0,1
Estrangulou/ queimou	5	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5	7	2,0	0,3
Ameaçou ou usou arma	3	2,4	1	20,0	0	0,0	0	0,0	6	4,6	10	2,8	0,04
Sexual													
Forçou relação sexual	4	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	5	1,4	0,4
Teve relação por medo	6	4,8	0	0,0	0	0,0	1	1,2	2	1,5	9	2,5	0,5
Prática degradante	5	4,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	0,8	7	2,0	0,5

Fonte: Dados Brutos do Stata 14.2 (2019). Elaboração própria. *Teste Qui-Quadrado de Pearson.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Em que pesem os diferentes significados dos contextos e vivências experienciadas pelas gestantes beneficiárias do PBF, os estímulos provocados pelo programa e seus efeitos percebidos foram relatados e quantificados, em abordagem que buscou estabelecer o padrão de percepção das gestantes que recebem o benefício em Fortaleza.

Os achados do estudo foram esclarecedores no tocante a refutar vários mitos trazidos pelo senso comum e pela mídia negativa em torno do PTRC brasileiro. As gestantes envolvidas neste levantamento demonstraram conhecer bem os aspectos gerais do PBF, indicando percentuais elevados de respostas sobre os critérios de inclusão, condicionalidades de saúde e benefícios identificados pela inclusão no programa.

Ademais, identificou-se, quando comparado a estudos anteriores, uma maior escolarização, maior conscientização política e afirmação da cor negra, além de acréscimos nas famílias mononucleares entre as beneficiárias do PBF, com provável ganho no empoderamento feminino por ação do PBF. Verificou-se também força agregatória na indicação que não há relação causal do PBF com aumento da fecundidade, tendo em vista a baixa média de filhos informada pelas entrevistadas.

O acesso e a qualidade do pré-natal foram evidenciados como bons, a despeito das limitações identificadas no acesso a odontologia, exames de ultrassom pelo SUS e atividades de educação em saúde. Os bons resultados dos indicadores de atenção pré-natal despertaram para a importância de investigar possível conexão do PBF e ESF com a redução da mortalidade materna.

Outro ponto de visível impacto do PBF se deu nos achados relativos à segurança alimentar, com evidente maior acesso à alimentação e aumento do consumo dos grupos alimentares mais saudáveis entre as gestantes beneficiárias, apesar do baixo percentual de realização de palestras educativas que promovam alimentação saudável e aleitamento materno. Cabe destacar que o maior acesso a ações de educação em saúde foi determinante na autopercepção de melhores hábitos alimentares pelas gestantes beneficiárias e houve associação do menor grau de instrução com hábitos alimentares menos saudáveis, ratificando a determinação sociocultural da segurança alimentar e a importância das atividades de promoção em

saúde.

No tocante a experiência com a violência comunitária e doméstica destas gestantes, os relatos expuseram altas taxas de prevalência de violência testemunhada e sofrida. Embora, sem que se percebesse, pelas gestantes, associação da violência experienciada com o recebimento do PBF. Foram significativas as associações da violência com a baixa escolaridade, residência em regiões mais pobres do município, religião evangélica, menor renda e ausência de vínculo matrimonial das gestantes beneficiárias. A comparação da violência experienciada por este grupo com amostras de outros estudos permitiu pressupor efeito protetivo do PBF, que atuou reduzindo a miséria e a desigualdade social neste grupo, impactando na determinação socioeconômica da violência.

O fortalecimento e aumento da cobertura da ESF e, até mesmo, de valores do PBF deveriam fazer parte de ações prioritárias das instâncias gestoras do SUS e do País. A exigência e acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na ESF, somados ao efeito do incremento financeiro, revelaram-se com impacto positivo na mudança de perfil sociodemográfico da mulher beneficiária, na promoção da segurança alimentar e nutricional e podem ter atuado na redução da violência experienciada e na elevação dos indicadores de atenção pré-natal das gestantes beneficiárias pesquisadas.

Destaca-se a potencial sinergia das ações de políticas públicas entre si, por meio da intersecção do PBF e da ESF, fortalecendo a Rede Cegonha, em atuação conjunta no empoderamento da gestante, promoção da segurança alimentar, redução da experiência com a violência e melhoria no acesso e qualidade do pré-natal.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.S.W.; MARTINS, P. Atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.25, n.2, p.1-2, abr./jun. 2012.
- ALBUQUERQUE, O.M.R. et al. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.789-796, mai./jun. 2004
- AMARAL, L.D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T.; Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal**, Brasília, v. 5, n. 3, 2011.
- ANDRADE, M.V. et al. Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1347-1358, jul. 2012.
- ANDRADE, R. F. de; **A saúde como direito: a percepção da “condicionalidade” da saúde pelos beneficiários do Programa Bolsa Família usuários do Programa Saúde da Família**. Santos, SP, 2010, 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Católica de Santos. 2010.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet. **Informações em Saúde Suplementar**. Taxa de cobertura de planos de saúde em Julho de 2019. Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def Acesso em: 23 set. 2019.
- AUDI, C.A. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**. v.28, n.4, p.356-361, 2012.
- BARBOSA, N.; DIÓGENES, M.A.; MONT'ALVERNE, D. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p.435-436, out./dez. 2014.
- BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.S.A.; **Projeto de Pesquisa: Propostas metodológicas**. 19 ed., Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.
- BASTOS, M.L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLOS ONE**, Estados Unidos v.12, n.12, 2017.
- BATISTA, V.C.L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo

os profissionais de saúde. **SANARE**. Sobral, v.15 n. 2, p.87-93, jun./dez. 2016.

BOIADIJAN, A.C.P.B. **Os programas de transferência de renda em países específicos da América Latina e no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Economia Política)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p., 1988.

_____. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Presidência da República. Lei Federal n.º 10.836. **Cria o Programa Bolsa Família**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 de janeiro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família e a Atenção Pré-natal e Puerperal. Informe da atenção Básica, v. 7, n. 36, jul./ago. 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica**. Brasília: MS; 2010.

_____. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2010a. [on line] Disponível em:< [URL:www.mds.gov.br/bolsafamilia/.../relatorio-nacional-de.../download](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/.../relatorio-nacional-de.../download)> Acesso em 22 jul. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro, 2010b. [on line] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf. Acesso em 22 jul. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). **Prêmio Desenvolvimento Educacional Inclusivo**. Disponível em: <http://pdei.mec.gov.br/?pagina=bolsafamilia> acesso em 21 jul. 2018c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria 1.459. **Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**: Portaria nº 2.488 MS/GM de 21 de outubro de 2011b. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GM, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2011c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho nacional de Saúde (CNS). Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Revisada pela Resolução 466/2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Relatório Consolidado do Bolsa Família**. Disponível em < <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp> > Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/bolsafamilia/relatorio-completo.html> Acesso em: 11 ago. 2019a.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em < <http://mds.gov.br/bolsafamilia> > Acesso em: 15 ago. 2019b.

CARNELOSSI, B.C.N.; BERNARDES, M.E.M. A condicionalidade de educação dos programas de transferência de renda: uma análise crítica do programa Bolsa Família. **Perspectiva**, Florianópolis, v.32, n.1, p.285- 313, jan./abr. 2014.

CARVALHO, A.T.; ALMEIDA, E.R; JAIME, P.C.; Condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família – Brasil; uma análise a partir dos profissionais da saúde.

Saúde Soc., São Paulo. v.23, n.4, p.1370-1382. 2014.

CARVALHO, S.N. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, jul./dez. 2003.

CASTRO, J.D. et al. Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.3, n.10, jul./set. 2007.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. 06 de abril de 2017.

CECHIN, L.A.W. et al. O impacto das regras do Programa Bolsa Família sobre a fecundidade das beneficiárias. **Revista Brasileira de Economia**, n.69, p.303-29, 2015.

CEPAL - COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Base de dados de Programas de Proteção Social não contributiva da América Latina e Caribe**. Dados informados em 2017. Disponível em: <http://dds.cepal.org/bdptc>
Acesso em: 28 jan. 2018.

CEPAL - COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe**. Dados informados em 2018. Disponível em: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/mortalidade-materna>
Acesso em: 19 ago. 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2019**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília. Rio de Janeiro. São Paulo. 2019.

CHIODA, L.; MELLO, J.M.P; SOARES, R.R. Spillovers from conditional cash transfer programs: Bolsa Família and crime in urban Brazil. **Economics of Education Review**, v. 54, p. 306-320, oct. 2016.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e Extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de janeiro, 2013.

COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n. 3, p. 727-738, 2015.

COSTA, A.M. et al. Violência contra a mulher: Caracterização de casos atendidos em um Centro Estadual de Referência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p. 627-35. jul./set.

2011.

DANTAS, C.E.S.; NERI, E.L. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. **Revista Gênero e Direito**, v.1, p. 96-110, 2013.

DONOVAN, B.M. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BJOG International Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.123, p. 1289-1299, 2016.

DRAIBE S.; FONSECA, A.M.; MONTALI, L.; Programas de Renda Mínima para Famílias Carentes: Levantamento das Experiências e Metodologia de Avaliação. In Lobato AL. **Garantia de renda Mínima: ensaios e propostas**. Brasília: IPEA, 1998.

FERNANDES, V.S.; VASCONCELOS, M.G.O; **Avaliação Política da Política**. In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2017.

FERNANDES, R.Z.S.; VILELA, M.F.G.; Estratégias de integração das práticas assistências de saúde e de vigilância sanitária no contexto da implementação da rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4457-4466, 2014.

FERREIRA, M.F. et al. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p. 1-13, jan. 2015.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.4, p.987-998, 2017.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A.K; WANN-HANSSON, C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in Southern Sweden. **BMC Womens Health**, v.63, n.14, may. 2014.

FISZBEIN, A.; SCHADY, N. **Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty**. Washington, D. C.: World Bank, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS); **Diretrizes Clínicas da atenção à Gestante: assistência pré-natal**. Série Organização das Redes de Atenção à Saúde, Normas e manuais técnicos, Fortaleza. 50p. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Módulo Epidemiologia**. Fast Medic. Disponível em: <https://www.fastmedic.com.br/epidemiologia> Acesso em: 15 set. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Plano Municipal de Saúde**

2018-2021. Fortaleza, 2017. 167f.: il.color.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS); **Unidades de Saúde.** Disponível em http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=316 Acesso em 25 mar. 2018.

FRAGA, L.S.; PAULI, R.I.P.; VALCANOVER, V. M.; **O Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: Vale a pena o investimento?** In: XXXV ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO- ENEGEP 2015. Perspectivas globais para a Engenharia de Produção. Fortaleza, 2015.

FRANÇA. C.R.A. **Programa Bolsa Família: análise das mudanças nos padrões de consumo e melhorias nas condições de vida das famílias beneficiadas em São Luís/MA.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

FRANÇA, M.V.F. **Os programas de transferência de renda no Brasil: arcabouço histórico e desenvolvimento.** In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.

FREITAS, A.G., et al. Comparison of the nutritional status in children aged to 5 to 10 years old on the Conditional Cash Trasnfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. **J Hum Growth Dev.**, v.27, n.1, p. 35-41, 2017.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GUANAIS, F.C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Tansfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. **American Journal of Public Health**, v.103, n.11, p.2000-2006, nov. 2013.

GUNTER, J. Intimate partner violence. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, v. 34, p.367-88, 2007.

HARZHEIM, E.;STARFIELD, B.; RAJMIL,L.; ALVAREZ-DARDET,C.;STEIN,A.T; Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCA-Tool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, ago. 2006.

HOWARD, L.M. et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic

review and meta-analysis. **PLOS Med.**, v.10, n. 5, pmed.1001452, 2013.

IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas**. Relatório Técnico preliminar. Rio de Janeiro: junho de 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA – IPEA. SOARES, S et al. **Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade**. Brasília; Ipea, 2007.

IBGE. Brasil/Ceará/Fortaleza- Panorama IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>> Acesso em: 25 ago. 2019.

KERSTENETZKY, C.L. Políticas sociais: focalização ou universalização? **Revista de Economia Política**, v. 26, n.4, p. 564-574, out./dez. 2006.

LAKATOS,E.M.; MARCONI;M.A. **Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIGNANI, J.B. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n.5, p. 785-792, 2010.

LITWIN, A. et al. A conditional cash transfer and Women´s empowerment: Does Bolsa Familia Influence intimate partner violence? **Social Science & Medicine**, 238. 112462. 2019.

LOMELI, E.V. Conditional cash transfers as social policy in Latin American: as assessment of their contributions and limitations. **Annual Review of Sociology**, v.34, 2008.

Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.34.040507.134537>.

Acesso em: 25 ago. 2018.

LOPES, A.C.M.U. et al. Implantação dos testes rápidos para Sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.1, p. 62-66, jan./fev. 2016.

LUDEMIR A.B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Soc Sci Med.**, v.66, p. 1008–18, 2008.

MACEDO, M.A.; BOSI, M.L.M.; Valorações e juízos de mérito do Programa Bolsa Família na práxis em alimentação e nutrição: emancipação e/ou acomodação sustentada? In: PRADO, S.D., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [on line]. Rio de Janeiro: EDUERJ. **Sabor metrópole series**,

v.5, p. 459-473, 2016.

MACHADO, D.B. et al. Conditional cash transfer programme: Impact on homicide rates and hospitalisations from violence in Brazil. **PLoS One**, United States, v. 13, n.12, dec. 2018.

MACIEL, E.N. et al. Effect of the Bolsa Família Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **The Lancet**, London, v.7, n.2, p.219-226, feb. 2019.

MAGRO, A.F.N; REIS, C.N. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina – panorama de experiências em desenvolvimento. **Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social - OIDLES**, Málaga, v.5, n.10, jun. 2011.

MARTINS, J.S. et al. Estudo Comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.11, n.38, jan./dez. 2016.

MARTINS, A.; BORGES, T. N.; PADOIN, I. (2010). “**Rompendo o ciclo de violência na família através do empoderamento da mulher.**” Trabalho apresentado XV Seminário interinstitucional de pesquisa e extensão.

MARTINS, A.P.B.; MONTEIRO, C.A.; Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. **BMC Public Health**. v.16, n.1, p. 827, aug, 2016. doi: 10.1186 / s12889-016-3486-y.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549p.:il.

MENDES, E.V.; **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512p.

MÉXICO. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Prospera**. Resumen de Políticas. Disponível: <[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233409/Resumen de poli_ticas1_VF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233409/Resumen_de_poli_ticas1_VF.pdf)> Acesso em: 5 fev. 2018.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4, n.3, p. 513-531, nov. 1998.

MOREIRA, G.C. et al. Programa Bolsa Família e violência contra a mulher no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v.46, n.4, p. 973-1002, out./dez. 2016.

MUDAJALIEB, A.A.; **Produção de informação e conhecimento e práticas de participação popular na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Itaboraí, RJ.** Rio de Janeiro. RJ, 2011, 273 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz/ENSP. 2011.

NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.12, 2017.

NAZARENO, L.A.; VASCONCELOS, A.M.N. Transferências Condicionadas de Renda: origens, fundamentos e tendências recentes na África Subsaariana. **Boletim de Economia e Política Internacional- BEPI**, n.19, p. 76-86, jan./abr. 2015.

NERY, J.S. et al. Effect of Brazilian Conditional Cash Trasnfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS One**, United States, v.8, n.11, nov. 2014.

OKADA, M.M. et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta Paul Enferm.**, v.28, n.3, p.270-274, 2015.

OLIVA, J. et al. Use of the Explicit Health Guarantee of Oral Health Care for Pregnant Women at a Family Health Center, Concepción, Chile, 2014-2015. **Dent. Med. Probl.**, v. 55, n.2, p. 179-183, 2018.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. Especial, p 158-164, 2013.

ONUBR. NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. ONU: Taxa de feminicídios no Brasil é quinta maior do mundo; diretrizes nacionais buscam solução. Publicado em 09/04/2016.

Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-feminicidio-brasil-quinto-maior-mundo-diretrizes-nacionais-buscam-solucao/>> Acesso em 04 ago. 2018.

PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública RAP**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar./abr. 2017.

PEREIRA, S.M. et al. Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect

on tuberculosis mortality. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.22, n.11, p. 1300-1306, nov., 2018.

PETROLA, K.A. F. et al. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is this a Reality? **PLoS One**, United States, v.11, n.8, aug. 2016.

PINTO, I.V. **Percepções das titulares do Programa Bolsa Família e as repercussões em suas condições de vida. Um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em Manguinhos, RJ, 2009**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

POLIT, D.; BECK, C.T.; UNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 9º ed: Porto Alegre: Artmed - Bookman, 2004. 488 p.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**, 2ª Edição. Editora FEEVALE. Novo Hamburgo, 2013.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, London, v.382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

REICHENHEIM, M.E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, London, p.75-89, maio. 2011.

RICHTERS, J.E.; MARTINEZ P. The NIMH Community violence project: I. Children as victims of and witness to violence. **Psychiatry**, v.56, p.7-21, 1993.

RODRIGUES, N.C. et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro. v. 92, n.6, p. 567-573, 2016.

SAGE- SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> Acesso em: 20 out. 2018.

SANTOS, H.P.O.; NASCIMENTO, M.F.M. Considerações sobre o programa bolsa família: avanços ou recuos na “proteção social”? **Teoria Política e Social**, v.1, n.1, p.43-50, 2008.

SANTOS, L. P. *et al.*; Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.5, n.4, p.139-165, 2011.

- SANTOS, G.E.O. **Cálculo amostral**: calculadora *on-line*. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la> Acesso em: 23 jul. 2018.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Validade do Instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.4, p.658-666, 2010.
- SEN, A. **Desenvolvimento com liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, M. O. S. **O Bolsa Família no Enfrentamento à Pobreza no Maranhão e Piauí**. São Paulo: Cortez, 2008.
- SILVA, M.O.S.; **A pobreza enquanto categoria teórica de fundamentação e foco de intervenção dos programas de transferência de renda na América Latina**. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.
- SILVA, E.S.A.; PAES, N.A.; Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. **HOLOS**, v.34, n.1, p.201-211, 2018.
- SILVA, E.S.A.; SILVA, C.C.; PAES, N.A. Efeitos dos Programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. **Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.138-147, jan./mar. 2018.
- SILVANI, J. et al. Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 2599-2608, ago., 2018.
- SOUSA, C.A.M. et al. Determinantes dos homicídios no Estado da Bahia, Brasil, em 2009. **Rev. Bras. Epidemiol.**, p. 135-146, jan./mar. 2014. doi: 10.1590/1415-790X201400010011.
- SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem. Parte 1: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v.15, n.3, maio/jun., 2007.
- SOUZA, L.M. A agenda e as agendas no Brasil. **Cronos**, Natal, v.7, n.1, jan./jun. p.79-101, 2006.
- STARFIELD, B.; **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- SUZART, A.S.; FERREIRA, A.P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações**, Campo Grande, v.19, n.3, p.585-595, set, 2018.
- TESSER, C.; Acesso e acolhimento às demandas dos usuários na APS. Situação atual

do acesso na APS: principais problemas e estratégias de superação. **Seminário Preparatório para o Abrascão**. 2018.

TINOCO, M. M.; A relação saúde / doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. 2015. 92 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

TREVISAN, A.P.; VAN HALLEN, H.M.; Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP**, Rio de Janeiro, v.42, n.3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

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

UCHIMURA, K.Y. et al.; Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 687-694, 2012.

VERDELIO, A. **Brasil reduz mortalidade materna, mas continua longe do ideal**. Publicado em 28/05/17. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>. Acesso em: 09 ago. 2018.

XIMENES, D. A.; AGATTE, J.P.; A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. **Inc. Soc.**, Brasília, v.5, n.1, p. 11-19, jul./dez. 2011.

ZIMMERMANN, C.R.; FROTA, M.M.R. **O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda**. In: 13º Congresso da Rede Mundial da Renda Básica. São Paulo: síntese eventos, v.1, p 1-19, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA PARA GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO PBF - COMO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO PBF PERCEBEM O PROGRAMA E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE?

Unidade de Saúde _____ SER _____

Sabe se tem ACS responsável pela sua área? () sim () não Nome do ACS _____

Telefone para contato: _____ Sabe se tem eSF na sua área? () sim () não

Sabe identificar qual sua Equipe de Saúde? _____ Data: ____/____/____

Formulário nº _____ Entrevistador _____

A.1 FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
1. Idade: _____ anos 1- () 18 a 29 anos 2- () 30 a 44 anos 3- () 45 a 49 anos	1. _____
2. Bairro onde mora: _____ 1- () Reg. I 2- () Reg. II 3- () Reg. III 4- () Reg. IV 5- () Reg. V 6- Reg. VI ()	2. _____
3. Estado civil: () 1 - Solteira () 2 - Casada () 3 - Viúva () 4 - Namora () 5 - Separada/Divorciada () 6- União Estável/Vive com parceiro (a) () 7- Outros _____	3. _____
4. Cidade Onde Nasceu: () 1- Fortaleza () 2- Outra. Especificar _____	4. _____
5. Religião: () 1- Católica. () 2- Evangélica () 3- Adventista () 4- Espírita () 5- Não possui religião () 6- Outra _____	5. _____
6. Qual cor que se considera? 1- () Branco 2- () Negro 3- () Pardo 4- () Outra _____	6. _____
7. Qual sua ocupação/trabalho atualmente? 1- () Estudante 2- () Comerciante/autônomo 3- () Doméstica 4- () Do Lar 5- () Não trabalha/ não tem ocupação 6- () Outros, Especificar _____	7. _____
8. Estudou até que série? 1- () Analfabeto 2- () Ensino Fundamental Incompleto 3- () Ensino Fundamental Completo 4- () Ensino Médio Incompleto 5- () Ensino Médio Completo 6- () Ensino Superior Incompleto 7- () Ensino Superior Completo 8- () Outro, especificar _____	8. _____
9. Qual a fonte de água da sua casa? Pode ler as opções. 1- () É da Cagece 2- () É de poço	

3- () Carro pipa 4- () Açude 5- () Bica pública 6- () Outro, Especificar _____	9. _____
10. Tipo de moradia. Necessário ler as opções. 1- () Casa/apartamento Próprio 2- () Casa/apartamento Alugado 3- () Casa/apartamento Emprestado 4- () Outros, Especificar _____	10. _____
11.a) Quantas pessoas moram na sua casa? _____ b) Quantos são adultos? _____	11a. _____ 11b. _____
12. Renda Familiar (Soma de todas as rendas juntas): R\$ _____ 1- () Sem renda 2- () <1 SM 3- () 1 a 2 SM 4- () 2 a 3 SM 5- () 4 ou mais SM 6- () Não respondeu 7- () Outros _____	12. _____
13. Quantos filhos você tem? _____ 1- () Nenhum 2- () 1 ou 2 3- () >=3	13. _____
14. Você recebe bolsa família desde quando? _____ (meses e anos). () não sabe/não respondeu	14. _____
15. Quanto você recebe do bolsa família? R\$ _____. () não sabe/não respondeu	15. _____
A-2 FORMULÁRIO BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE	
1. Você sabe quem tem direito a receber o PBF? 1- () sim 2- () não	1. _____
2. Você pode citar algum (ns) critério/condição (s) para ter direito ao PBF? Pode marcar até 4 itens. 1- () Viver na pobreza e/ou extrema pobreza (ter baixa renda) 2- () Ter crianças na família 3- () Ser gestante ou ter gestante na família 4- () Ter adolescentes na família 5- () Ser solteira 6- () Estar desempregada 7- () Não ter carteira assinada 8- () Ter amigos na secretaria	2. _____

9- () Outros _____	
3. Você sabia que as pessoas que recebem o PBF precisam cumprir obrigações? 1- () sim 2- () não	3. _____
4. Você pode citar alguma obrigação a cumprir na área da saúde para o PBF? Pode marcar até 4 itens. 1- () Vacinação das crianças pequenas 2- () Medir e pesar as crianças pequenas 3- () Acompanhamento de consulta pré-natal e puericultura 4- () Participação em palestras de prevenção em saúde-alimentação/aleitamento 5- () Atualização dos dados de 6 em 6 meses 6- () Meninos irem à escola 7- () Ter cartão do SUS 8- () Fazer o Cadastro Único 9- () Outras _____	4. _____
5. Você concorda que exista a cobrança dessas obrigações? 1- () sim 2- () não Por que? _____	5. _____
6. Você buscou a consulta pré-natal mais rapidamente devido a obrigação para receber o PBF? 1- () sim 2- () não 3- () em parte/talvez	6. _____
7. Você acha que falta mais alguma coisa na área da saúde a ser incluída no PBF? 1- () sim 2- () não 3- () não sei Se sim, qual seria? _____	7. _____
8. Você encontra dificuldades para cumprir as obrigações do PBF? 1- () sim 2- () não 3- () não sei Se sim, qual a maior dificuldade? _____	8. _____
9. Você acha que receber o dinheiro do PBF gera acomodação para quem recebe? 1- () sim 2- () não 3- () em parte/talvez/as vezes	9. _____
10. Você acha que o fato de pertencer ao PBF facilitou o seu acesso aos serviços de saúde (posto) para marcação de consultas? 1- () sim 2- () não Se sim, como? _____	10. _____
11. Você marcou consultas ou exames para outras pessoas da família quando foi ao seu pré-natal? 1- () sim 2- () não	11. _____
12. Você conseguiu marcar outras consultas para você, além do pré-natal? 1- () sim 2- () não	12. _____

Se sim, qual? _____	
13. Você acha que o dinheiro pago pelo PBF te ajudou a ter uma vida mais saudável? 1- () sim 2- () não Por quê _____	13.____
14. Quais os benefícios que o PBF trouxe para você? Marcar até 4 itens. 1- () dinheiro 2- () cursos de capacitação 3- () facilitação para conseguir emprego 4- () visitas prioritárias dos ACS para acompanhamento familiar 5- () prioridade no atendimento dos serviços 6- () participação em conselhos, eventos comunitários e associações 7- () outros _____ 8- () não sabe/não respondeu	14.____
15. Você sabe o que pode ocorrer caso não sejam cumpridas as obrigações do PBF? 1- () sim 2- () não Se sim, cite uma _____	15.____
16. Você conhece alguém que já tenha sido punido, tenha tido problema para receber o benefício, por não cumprir as obrigações do PBF? 1- () sim 2- () não	16.____
17. Você buscou a consulta pré-natal espontaneamente (sozinha, por conta própria)? 1- () sim 2- () não Se não, quem lhe buscou ou fez procurar? _____	17.____
18. Com quantas semanas/meses de gravidez você está? _____ () não sabe/não respondeu	18.____
19. Com quantas semanas/meses de gravidez você iniciou o pré-natal? _____ () não sabe/não respondeu	19.____
20. Você realizou quantas consultas pré-natal até o momento? a) _____ () não sabe/não respondeu b) 1- () sus 2- () privado/particular	20a.____ 20b.____
21. Você teve ou terá acesso a consulta odontológica (dentista) pré-natal? a) 1- () sim 2- () não 3- () não sei b) 1- () sus 2- () privado/particular	21a.____ 21b.____
22. Você participou ou participará de alguma ação educativa (palestra) sobre aleitamento materno e/ou alimentação saudável? a) 1- () sim 2- () não 3- () não sei b) 1- () sus 2- () privado/particular	22a.____ 22b.____
23. Você realizou testes rápidos de gravidez, quando buscou a confirmação da	

gravidez? a) 1- () sim 2- () não 3- () não sei b) 1- () sus 2- () privado/particular	23a.____ 23b.____
24. Você realizou teste rápido de HIV/Sífilis (furando o dedo) no seu pré-natal? a) 1- () sim 2- () não 3- () não sei b) 1- () sus 2- () privado/particular	24a.____ 24b.____
25. Você realizou todos os exames solicitados (sangue e ultrassons) para o acompanhamento da gravidez? a) 1- () sim 2- () não Se não, Por quê? _____ b) 1- () sus 2- () privado/particular Qual não fez? _____	25a.____ 25b.____
26. Você considera que teve um atendimento de boa qualidade no seu pré-natal? 1- () sim 2- () não 3- () em parte Por quê? _____	26.____
27. Você acha que o fato do dinheiro ser pago a mulher afetou as relações com marido/filhos em casa? 1- () sim 2- () não 3- () não sei/talvez Se sim, como? _____	27.____
28. Para você haveria diferença se o homem fosse titular do benefício? 1- () sim 2- () não Se sim, qual? _____	28.____
29. Você recebe o adicional do benefício para gestante? a) 1- () sim 2- () não 3- () não sabe b) Se não, por que? 1- () não sabia 2- () não teve tempo de atualizar 3- () atualizou, mas não saiu 4- () outros _____	29a.____ 29b.____
30. Você sabe por que as pessoas recebem valores diferentes do Bolsa? 1- () sim 2- () não () não sabe que existem valores diferentes Se sim, por quê? _____	30.____
31. Com o que você mais gasta o dinheiro do Bolsa? Marca apenas 1. 1- () alimentos 2- () remédios 3- () material escolar 4- () vestuário 5- () contas da casa 6- () outros _____	31.____
32. Você acha que o bolsa família é o quê? Nesse caso, pode ler as alternativas até o 3. 1- Direito do cidadão () 2- Caridade/bondade dos políticos () 3- Não sabe ()	32.____
A.3 FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DE INGESTÃO ALIMENTAR APÓS PARTICIPAÇÃO NO BOLSA FAMÍLIA	
Depois que você começou a receber os benefícios do Bolsa Família, o consumo de _____ entre os residentes da sua casa	
ALIMENTOS	PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA INGESTÃO ALIMENTAR

1- Cereais, incluindo arroz, farinha de milho (ou fubá ou pipoca), farinha de arroz, pão, bolos, broa de milho, tapioca, milho e macarrão	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	1-_____
2- Bolinhos, incluindo biscoitos, bolachas	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	2._____
3 - Leite e derivados, incluindo queijo, iogurte, coalhada, e chocolate preparado com leite	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	3._____
4 – Ovos	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	4._____
5 - Frutas e sucos naturais	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	5._____
6 – Vegetais	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	6._____
7 – Feijão	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	7._____
8 - Carne, incluindo carne vermelha, frango, peixe, porco, carneiro, bode, carne de caça	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	8._____
9 - Gorduras, incluindo margarina, manteiga e óleos	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	9._____
10 - Comida processada, incluindo salsicha, bebidas alcoólicas, produtos enlatados e prontos para comer (ex. Sucos industrializados, macarrão instantâneo)	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	10._____
11- Comidas fritas, incluindo comida preparada imersa em óleo	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	11._____
12- Raízes incluindo mandioca, batatas, batata doce e inhame	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	12._____
13- Açúcares, incluindo açúcar, mel e melaço de cana	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	13._____
14- Doces, incluindo geleias, sorvete, gelatina, doces, e chocolates	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	14._____
15- Refrigerantes e café, incluindo chá, mate	1- () Aumentou 2- () Diminuiu 3- () Não mudou	15._____

A-4 FORMULÁRIOS DE EXPOSIÇÃO DA FAMÍLIA E GESTANTE A VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA E DOMÉSTICA

A-4.1 Nós vamos falar agora sobre como é a convivência com a violência na sua comunidade- INSTRUMENTO PARA VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA.

Das formas de violência relacionadas abaixo, relacione as que **você ou um membro de sua família** já viu ou que já aconteceu com você, no ambiente da comunidade em que vocês vivem:

TIPO VIOLÊNCIA	EXPERIÊNCIA		RESULTADO
1- Agressão física	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	1. _____
2- Assalto com agressão física	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	2. _____
3- Esfaqueamento	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	3. _____
4- Tiro não fatal	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	4. _____
5- Tiro Fatal	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	5. _____
6- Estupro	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	6. _____
7- Violência relacionada a gangues	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	7. _____
8- Outro tipo de violência. Especificar _____ _____	V. Viu V1. () sim V2. () não	A. Aconteceu A1. () sim A2. () não	8. _____

A-4.2 Nós vamos fazer algumas perguntas agora sobre como é a convivência com a violência na sua família, na sua casa. INSTRUMENTO PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

Violência Psicológica/Moral		
1- Seu parceiro/a já insultou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma/o?	1. () sim 2. () não	1. _____
2- Seu parceiro já depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1. () sim 2. () não	2. _____

3-Seu parceiro já fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	1. () sim 2. () não	3. _____
4-Seu parceiro já machucou você ou alguém de que você gosta?	1. () sim 2. () não	4. _____
Violência Física		
5-Seu parceiro já lhe deu um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1. () sim 2. () não	5. _____
6-Seu parceiro já lhe empurrou ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?	1. () sim 2. () não	6. _____
7-Seu parceiro já a machucou com um soco ou com algum objeto?	1. () sim 2. () não	7. _____
8-Seu parceiro deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1. () sim 2. () não	8. _____
9-Seu parceiro estrangulou ou queimou você de propósito?	1. () sim 2. () não	9. _____
10-Seu parceiro ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo faca ou outro tipo de arma contra você?	1. () sim 2. () não	10. _____
Violência Sexual		
11-Seu parceiro forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1. () sim 2. () não	11. _____
12-Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1. () sim 2. () não	12. _____
13-Seu parceiro forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1. () sim 2. () não	13. _____
PERGUNTAS ADICIONAIS PARA VIOLÊNCIA		
14. Se você já sofreu algum tipo de violência em casa ou na comunidade você obteve alguma ajuda? Se sim, responde 15 e 16.	1. () sim 2. () não 3. () não sofreu	14. _____
15. Qual foi o tipo de ajuda que recebeu? _____		15. _____
16. Alguém do PBF te ajudou? Se sim, quem? _____	1. () sim 2. () não	16. _____

17. Você acha que o recebimento do bolsa-família afeta para que haja mais ou menos violência em casa? Se mais ou menos, como? _____	1. () mais 2. () menos 3. () indiferente	17. _____
18. Você teve algum problema de saúde causado pela violência? Se sim, qual? _____	1. () sim 2. () não	18. _____
19. Você acredita que a violência que sofre tem a ver com ingestão de álcool ou drogas pelo seu parceiro?	1. () sim 2. () não	19. _____

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sra.

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família e suas repercussões: percepções das gestantes beneficiárias no município de Fortaleza**” de responsabilidade da pesquisadora **Helena Paula Guerra dos Santos** e orientação da Professora Dra. **Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, do Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz do Ceará**. Esta pesquisa tem o objetivo de investigar a percepção das gestantes quanto as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. A Senhora foi selecionada para participar da pesquisa por ser gestante beneficiária do Programa Bolsa Família e usuária do Sistema Único da Saúde (SUS) para a realização do seu pré-natal. Sua participação é **voluntária**, pois a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que usa o serviço. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientadora terão acesso aos mesmos. A Sra. não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. O **risco** de sua participação é mínimo. Considerando que você pode ficar constrangido com algumas perguntas, você pode não as responder ou desistir de participar da pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área do Programa Bolsa Família. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar, diretamente à pesquisadora **responsável: Helena Paula Guerra (Av. Desembargador Moreira, 1700- apto 804, Aldeota- Fortaleza- Ce, Tel.: (085)992824374 e-mail: hpaulag@yahoo.com.br)** . Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UniChristus- Centro Universitário Christus, situado à Rua João Adolfo Gurgel, 133 – Cocó, Fortaleza - CE. 60190-060.

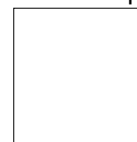
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer constrangimento. O pesquisador esclareceu dúvidas que foram devidamente explicadas, não restando quaisquer questões a respeito da pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Nome: _____
 UAPS _____ SER _____

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante _____ Impressão dactiloscópica



ANEXOS

ANEXO 1- PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DAS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA SOBRE AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES

Pesquisador: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90720618.8.0000.5049

Instituição Proponente: Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.758.702

Apresentação do Projeto:

O projeto se trata de um estudo de mestrado onde a Profa. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer estará atuando como orientadora na realização da pesquisa.

O trabalho está bem estruturado apresentando todas as informações relevantes.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão apresentados de forma clara e são compatíveis com o cronograma da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco envolvido uma vez que a participação é voluntária e se trata da aplicação de questionários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui valor científico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação foi apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Toda a documentação foi apresentada de forma satisfatória.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133

Bairro: xxx

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS**



Continuação do Parecer: 2.758.702

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1119329.pdf	25/05/2018 12:56:41		Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	25/05/2018 12:55:48	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/05/2018 12:51:09	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	25/05/2018 12:50:50	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	PROTOCOLO.pdf	26/04/2018 14:45:49	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_COPARTICIPACAO.pdf	26/04/2018 14:39:47	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	rcamento.pdf	26/04/2018 13:24:14	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/04/2018 20:26:42	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	24/04/2018 20:26:21	ISABELLA FECHINE DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 06 de Julho de 2018

**Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador)**

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133

Bairro: xxx

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br

ANEXO 2- CARTA DE ANUÊNCIA DA COGETS/SMS

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Processo: P161705/2018

- **Projeto de Pesquisa:** Percepções das Gestantes Beneficiárias do Programa Bolsa Família Sobre as Condições de Saúde e Suas Repercussões
- **Pesquisador (a) Responsável:** Helena Paula Guerra dos Santos
- **Orientador (a):** Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
- **Instituição Proponente:** FIOCRUZ
- **Curso:** Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
- **Período da Coleta de Dados:** Agosto/2018 a Janeiro/2019

A **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGETS**, conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza (CE), 21 de Maio de 2018

Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho
e Educação em Saúde

ANEXO 3- ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

(pretende-se submeter a Revista Panamericana de Salud Pública)

OS PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA E BOLSA FAMÍLIA IMPACTAM OS INDICADORES DE SAÚDE E VIOLÊNCIA?

RESUMO

Objetivos: Tendo em vista a relevância e espalhamento das Políticas de Transferência de Renda Condicionada, como o Programa Bolsa Família (PBF), e a necessidade de que sejam monitorados seus resultados, objetivou-se investigar impactos que derivem do PBF e da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.

Métodos: Consultaram-se artigos nas bases de dados *Pubmed/Medline* e *Scielo*. As buscas foram guiadas pelas palavras-chave: bolsa família e saúde da família, com acréscimos do impacto e violência, em diferentes combinações. A busca se deu entre junho e setembro de 2019. Os critérios de inclusão foram o recorte de tempo, que envolveu publicações entre 2009 e 2019, em língua inglesa ou portuguesa, publicados em revistas indexadas, e conectados com a temática descrita. Como critério de exclusão foram desconsiderados os artigos de revisão.

Resultados: Dos 232 artigos encontrados, selecionou-se 17. Os resultados englobaram impactos do PBF na mortalidade infantil, segurança alimentar, violência e doenças negligenciadas. PBF e ESF são sinérgicos na redução da mortalidade infantil; PBF eleva os gastos, consumo e disponibilidade de alimentos; PBF tem impacto na redução da violência comunitária; ESF e PBF tem associação na redução da incidência de hanseníase, eficácia do tratamento e redução da mortalidade por tuberculose.

Conclusões: Evidenciou-se que melhor qualidade e cobertura da ESF, bem como, o

aperfeiçoamento das práticas de acompanhamento das condicionalidades da saúde e ampliação da cobertura e valores do PBF são importantes ferramentas na melhoria da qualidade de vida, inclusão social e saúde dos beneficiários.

Palavras-chave: Bolsa família. Saúde da família. Impacto. Violência.

INTRODUÇÃO

Segundo Fiszbein e Schady (1), os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) são políticas públicas que integram as redes de proteção social, os quais emergiram pontualmente, em meados dos anos noventa, em alguns países da América Latina, a exemplo do Brasil. Desde então, tem havido um rápido espalhamento de tais políticas pelo mundo, com destaque para os países em desenvolvimento, mas também acompanhadas por países desenvolvidos. O que se busca com esses programas são o alívio imediato à pobreza, o rompimento do seu ciclo intergeracional e a disponibilidade de ações e programas complementares, que qualifiquem a oferta de serviços e apoiem o desenvolvimento das famílias (2).

O Programa Bolsa Família (PBF) é o PTRC brasileiro, que se destaca como um dos mais antigos e de maior cobertura na América Latina, focalizado em famílias vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza. Pase e Melo (3) relatam que o programa objetiva garantir as famílias beneficiadas o incentivo ao acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde, por meio do cumprimento de uma série de condicionalidades nessas áreas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e contribuir para inclusão social delas (4).

Ximenes e Agatte (2) destacam que o adequado acompanhamento dessas condicionalidades possibilita a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos, aos quais as famílias

têm direito. Na área da educação, cobra-se matrícula e frequência escolar para crianças e adolescentes. Na área da saúde, exige-se a vacinação dos menores de sete anos, aferição de peso e estatura para acompanhar desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e nutrízes, tanto no aspecto clínico do pré-natal e puericultura, como na prevenção com participação em palestras que promovam o aleitamento materno e alimentação saudável. Finalmente, na área da assistência social, crianças e adolescentes com até 17 anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil, devem participar dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, além da frequência mínima escolar (3,5,6).

Contudo, o adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde é controverso e pouco investigado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) (4). No entanto, há estudos apontando o despreparo dos profissionais atuantes na ESF, com declarações inclusive que não entendem ser de sua responsabilidade ações de saúde específicas e prioritárias para o grupo (5,7).

O sucesso e espalhamento atual das PTRC pelo mundo devem-se, parcialmente, às evidências sólidas de impactos positivos na acumulação de capital humano, provenientes de estudos de alguns acadêmicos e instituições internacionais que, de início, apontaram para a boa focalização dos programas, eficiência na melhora do capital humano, potencial de redução de desigualdade e baixo custo. Embora, tenha surgido concomitantemente a preocupação com a avaliação e mensuração dos resultados de tais políticas, que até então não se verificava na maior parte dos países latino-americanos (8).

França (9), Magro e Reis (10) e Silva (11) afirmam que os impactos reais do

programa são indiscutíveis, no sentido que representa para muitas famílias uma elevação no nível de renda, ou acesso a única garantia de renda. Mas, salientam que o nível de distribuição de renda é insatisfatório, algo compensatório, que não permite superar a condição de pobreza, apenas a ameniza. Zimmermann e Frota (12) concordam e acrescentam que não há uma rede de proteção social consolidada no Brasil, mas que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome e na diminuição dos níveis de pobreza.

Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) o benefício é ofertado às famílias em extrema pobreza, que são as com renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa, ou famílias pobres, com renda de R\$ 89,01 até R\$ 178,00 por pessoa, desde que tenham filhos menores de idade ou gestantes na sua composição. Os valores pagos podem ser do tipo benefício básico de R\$ 89,00, concedido às famílias em situação de extrema pobreza, com possibilidade de receberem complementarmente benefícios variáveis. Pois, caso tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de zero a 17 anos podem receber acréscimos de R\$ 41,00 ou R\$ 48,00, com limite de teto em R\$390,00, além de um benefício extra para cada situação particular, com vistas à superação da extrema pobreza, até que a família ultrapasse o piso de R\$89,00 por pessoa (13).

O PBF tem o potencial de influenciar, em consequência do benefício financeiro e das condicionalidades impostas, vários aspectos que interferem nos determinantes e indicadores de saúde dos seus beneficiários, entre eles destacam-se relatos positivos quanto à mortalidade infantil (14,15) e a segurança alimentar (16,17).

Vários estudos apontam a ESF como modelo que melhor possibilitaria a concretização dos direitos sociais à saúde (18-20). Ou seja, propaga-se que boas performances associadas da ESF e do PBF possam repercutir significativamente em

melhores condições de vida e saúde para seus beneficiários.

Com o intuito de investigar para detalhar impactos, que possam derivar da atuação das equipes da ESF no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, e repercutir na saúde dos seus beneficiários, realizou-se uma revisão integrativa e crítica da literatura, norteadas pela pergunta: Quais os impactos do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na saúde dos beneficiários e na violência comunitária?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo Revisão Integrativa da Literatura, o qual possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos já publicados em relação ao tema investigado (21). Foram consultadas as bases de dados *Pubmed/Medline* e *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, entre junho a setembro de 2019. O ponto de partida da busca foram as palavras-chave: bolsa família e saúde da família, acrescida numa segunda etapa das palavras-chave impacto e violência, em diferentes combinações. Os critérios de inclusão foram: o recorte de tempo envolveu publicações entre 2009-2019; artigos em língua inglesa ou portuguesa; publicações em revistas indexadas com classificação de periódicos Qualis/Capes nível A ou B na área da Saúde Coletiva; e conectados com a temática de impactos do PBF e ESF com reflexos associados na saúde e violência. Como critério de exclusão foram desconsiderados os artigos de revisão.

Desta forma, o fluxo para seleção dos artigos para esta revisão crítica/integrativa ocorreu na seguinte sequência: 1. Busca nas bases de dados *Pubmed/Medline* e *Scielo* de artigos com as palavras-chave 'bolsa família', 'saúde da família', 'impacto' e 'violência'; 2. Restrição desta busca ao período de 2009 a 2019;

3. Restrição da busca a artigos da língua inglesa ou portuguesa, publicados em revista indexadas Qualis Capes A ou B na área da Saúde Coletiva, que não fossem de revisão; 4. Identificação de artigos repetidos nas bases de dados, com posterior remoção das repetições; 5. Criação de uma lista única com os artigos pré-selecionados; 5. Seleção, entre os artigos pré-selecionados, daqueles com relação direta com a temática “Impactos das condicionalidades do Programa Bolsa Família na saúde dos beneficiários acompanhados na Estratégia Saúde da Família e na violência comunitária”.

RESULTADOS

A primeira etapa da busca, com uso das palavras-chave bolsa família e saúde da família, gerou 171 artigos na *Scielo* e 13 na *Pubmed/Medline*. Com acréscimo da palavra impacto, encontrou-se 26 artigos na *Scielo* e 14 na *Pubmed/Medline*. Quando foram combinadas as quatro palavras, acrescentando violência na busca, zero artigos foram encontrados nas duas bases. Ao combinar-se violência e bolsa família foram encontrados mais sete artigos na *Scielo* e um na *Pubmed/Medline*. Ao final, foram localizados um total de 232 artigos.

Aplicando-se a metodologia descrita, nos 232 artigos levantados, restaram 17 artigos selecionados. Foram excluídos por repetição nas bases 105 artigos, 99 por desconexão temática, nenhum por estar fora do recorte de tempo, dez por serem de revisão e pelo critério língua espanhola somente um.

A repetição dos achados por categoria de impacto conduziu a organização em quatro categorias principais, que foram os impactos do PBF na mortalidade infantil, na segurança alimentar e nutricional, na violência comunitária e nas doenças negligenciadas.

Segue abaixo tabela com organização dos artigos selecionados, por ordem de categoria e cronologia, com breve descrição dos principais achados.

DISCUSSÃO

Cabe ressaltar que há poucos estudos que relatem a conexão do PBF e da ESF na produção de impactos sinérgicos na sua atuação. Apesar do acompanhamento da contrapartida da saúde ser de responsabilidade dos profissionais atuantes na ESF (4) e da relevância de se acompanhar os resultados de política tão importante e polêmica, já que muito afeta o senso comum da sociedade, e tanto é utilizada com fins políticos e propagandistas, pouco tem sido investigada com fins de produção de evidência científica.

Em nossa busca destacam-se as evidências sobre o efeito do PBF na saúde dos seus beneficiários no que se refere a sua interferência para reduzir a fome e os níveis de pobreza dos seus beneficiários, chegando a ser o principal ou único meio de vida (9-12,28). A redução da pobreza afeta diretamente a violência, pois enquanto o processo de urbanização aumenta as desigualdades sociais e as taxas de homicídio, a matrícula no ensino médio e o valor médio do PBF tem associação direta com menores taxas de homicídios (33). Há estudos robustos (37,38) fortalecendo a relação do PBF atuando na redução da violência comunitária, por meio do aumento da renda e do poder de compra obtido pelo repasse financeiro direto, reduzindo as desigualdades sociais.

O aumento da renda das famílias beneficiadas pelo PBF é apresentado como explicação possível para a redução da violência pelo PBF (33,37), pois quanto maior a segurança econômica de uma família, menor lhe parece o ganho relativo com ações ilegais, que comumente estão vinculadas a violência comunitária. Assim,

pesquisadores sugerem que a redução da desigualdade social, em consequência do PTRC, é acompanhada de uma queda nas taxas de crime, reforçando a conexão entre desigualdade social e criminalidade.

É também possível justificar os achados relacionados a diminuição da violência comunitária com as condicionalidades da educação de frequência escolar, que aumentam a escolaridade e retiram os adolescentes das ruas; assim como ao aumento da renda a redução do estresse socioeconômico e familiar, que refletem no menor consumo de álcool e ampliam o acesso aos bens e serviços de consumo (33,38).

Essas explicações da elevação da renda atrelada à redução da violência ganham sentido, pois conforme estudo do IPEA (39) um programa relativamente barato, que compromete menos que 0,5% do PIB brasileiro, possui efeitos relevantes sobre a pobreza e a desigualdade. Já que o PBF reduz o coeficiente de Gini em 1,0 a 1,5%, além de ter retirado 3,4 milhões de pessoas da extrema pobreza e 3,2 milhões da pobreza. Para os técnicos do IPEA a focalização do PBF está excelente, mas acréscimos no valor do benefício são necessários para o avanço da eficácia do programa.

A mortalidade infantil é um importante indicador por se relacionar diretamente com acesso ao cuidado médico e ao desenvolvimento socioeconômico da população (22). São fortes as evidências de impactos do PBF e ESF atuando de maneira associada na redução da mortalidade infantil (14,15,22-24). Os estudos encontrados demonstraram que o aumento da cobertura do PBF e da ESF, com condicionalidades da saúde direcionadas a promoção do cuidado de crianças e mulheres grávidas, contribuíram sobremaneira com decréscimos nos níveis de mortalidade infantil. Outras variáveis podem se relacionar a essa redução, como a queda da fecundidade

e maior cobertura pré-natal (24), mas, fica claro que, para a manutenção dessa redução faz-se necessários intervenções governamentais que minimizem as disparidades de renda experimentada por grande parte do povo brasileiro, e que os gestores disponibilizem meios para o cumprimento adequado das condicionalidades impostas aos beneficiários do PBF, acompanhadas pela ESF (14). Sendo válido salientar que esforços que imprimam maior qualidade nos processos de trabalho da ESF também importarão numa maior redução da mortalidade infantil (40).

Ademais, altas coberturas da ESF e do PBF também promoveram, de maneira sinérgica, a melhoria no sucesso do tratamento, com aumento da taxa de cura e redução da mortalidade por tuberculose (35,36), além de atuação positiva na redução da incidência da hanseníase (34). Tanto a tuberculose, como a hanseníase, são doenças afetadas pelos determinantes sociais de saúde, sendo consideradas doenças negligenciadas ou doenças da pobreza, ambas foram afetadas diretamente pela expansão tanto do PBF, como da ESF, o que sinaliza a importância de políticas públicas que ofereçam suporte econômico para redução da miserabilidade, combinado com estratégias de promoção da saúde (37,38).

Outros estudos revelaram aspectos de irrelevância na atuação do PBF, como a ausência de diferença no quadro de imunização de crianças beneficiadas por este programa (41), ou de prováveis negligências no alcance dos seus intentos, como os relatos de aumento do consumo de açúcar e bebidas adoçadas com açúcar entre os participantes do PBF (16, 26, 28), associados ao desconhecimento sobre o que seria uma alimentação saudável (28). Uchimura et al. (42), em investigação qualitativa, realizada com 38 beneficiários em Curitiba sobre a percepção da sua qualidade alimentar, analisam que seus resultados revelam o reconhecimento da insegurança alimentar e da vulnerabilidade social, bem como sentimentos de resignação por parte

dos beneficiários.

A despeito disso, para Dantas e Neri (43) o impacto que o PBF surte na alimentação das beneficiárias, e respectivas famílias, é digno de nota. O programa tem uma influência e positividade tamanhas que sem ele não se poderia falar em dignidade humana. Esse impacto estaria refletido no aumento da segurança alimentar e dos gastos com alimentação, maior disponibilidade de alimentos e incremento da variedade de gêneros alimentares consumidos pelas famílias beneficiárias do PBF (16,17, 28, 31).

Acrescenta-se que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome (12). No entanto, apesar de parecer unânime a contribuição do PBF para que as pessoas tenham acesso à comida, pois passou a ser medida primordial da Estratégia Fome Zero (44), há relatos controversos sobre a qualidade dessa alimentação proporcionada aos beneficiários (16, 17, 26, 27, 28, 30, 32). Com resultados variando entre um Índice de Qualidade da Dieta maior que o de não beneficiários (27) até um padrão alimentar menos saudável para beneficiários do PBF (32).

O aumento do sobrepeso e obesidade entre as crianças beneficiárias do PBF (30) e relatos de que mães beneficiárias do PBF são de risco para o desmame e introdução precoce da alimentação complementar de crianças menores de 24 meses (25,29) revelam falhas claras nas ações de promoção e prevenção em saúde, que consistem em atribuições da ESF (4). O que faz refletir que é relevante investigar se a condicionalidade de participação em palestras educativas está sendo de fato realizada no acompanhamento do PBF pela ESF.

Guendelman et al. (45) e Uchimura et al. (42) já haviam suscitado a dúvida sobre a fragilidade do efeito do PBF na saúde das pessoas estar relacionada a pouca efetividade do apoio da ESF a estas famílias, e levantado a necessidade de se

trabalhar ações informativas de controle de peso focadas em aspectos culturalmente aceitáveis. Devemos considerar as especificidades dos espaços de vida individual e coletiva para entender as práticas alimentares dos sujeitos (28). Pois, somente o adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde possibilitaria a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos e na promoção do autocuidado (2).

Reflete-se que mais estudos devem ser realizados com vistas a esclarecer a controvérsia em torno do impacto do PBF e do acompanhamento das condicionalidades pela ESF no aspecto qualitativo da alimentação, pois como parece não haver dúvida que ajuda a ampliar o acesso em termos quantitativos, importa investigar se a realização de ações de educação em saúde que possam impactar nessa maior ou menor qualidade alimentar por parte dos beneficiários está sendo cumprida e que grupos alimentares estão sendo mais consumidos por esse grupo.

Apesar dos impactos positivos aqui relacionados, já existem alguns estudos destacando a inabilidade da ESF para lidar com esse acompanhamento (5,7,46,47), o que deixa claro a importância de se repensar as práticas e processos de trabalho implantados na ESF para desenvolver com qualidade as ações envolvendo o PBF, na perspectiva de ampliação do escopo e manutenção dos impactos já identificados. Conforme descrevem Silva et al. (24), o PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, depende muito dela para o seu sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

A redução dos níveis de desigualdade social é uma destacada ferramenta para melhoria dos índices de saúde e violência da população. A intervenção em aspectos mais proximais do sistema nacional de saúde pode ter ganhos de curto prazo.

Portanto, esforços que imprimam êxitos na qualidade e cobertura da ESF, bem como, o aperfeiçoamento das práticas de acompanhamento das condicionalidades da saúde e ampliação da cobertura e valores do PBF são importantes ferramentas na melhoria da qualidade de vida e saúde do estrato populacional que deles se beneficiam.

É imprescindível a intervenção das instâncias gestoras do SUS, nas suas diversas esferas, para aperfeiçoar a operacionalização da implementação dos dois programas e impulsionar os impactos que podem advir da atuação da ESF no acompanhamento do PBF. Assim como, urge o repensar das equipes que atuam na ESF sobre a construção de práticas que objetivem a integralidade, sistemicidade e vivacidade no trabalho executado nos seus espaços de trabalho.

Ainda, é salutar, para que se alcancem os propósitos de quebra do ciclo intergeracional de pobreza e desenvolvimento familiar que se espera do PBF, bem como para que a ESF atue de forma crescente sobre os determinantes de saúde e na inclusão social, que se revejam os olhares e práticas que a ESF lança sobre o PBF. Precisam ser propostos outros modos de fazer, que sejam integradores de políticas sinérgicas com fins comuns, como são o PBF e a ESF.

Não se pode correr o risco de seguir fragmentando o cuidado nas práticas e conceitos da ESF. Ademais, o PBF não deve ser visto como um programa exclusivamente de repasse financeiro e caráter assistencialista, mais ainda, ele tem um impacto potencial na saúde e qualidade de vida das pessoas. Para alcançar seu fim na saúde, é necessário compreender que os beneficiários do Programa compõem um grupo estratificado, vivendo em situações precárias de vulnerabilidade e risco social comprovados, que deve ser visto como grupo prioritário, para ter acesso equânime e receber cuidado especialmente qualificado da ESF. É salutar que os profissionais da ESF internalizem esta complementaridade e influencia mútua dos

programas na melhoria das condições de vida da população, e promovam o desenvolvimento de ações voltadas ao grupo vulnerável do PBF.

Pode-se refletir por meio dessa revisão que a exigência e acompanhamento das condicionalidades da educação, saúde e da assistência social do PBF revelaram-se com influência positiva nos impactos sobre os determinantes e indicadores sociais da saúde, com destaque para a mortalidade infantil, segurança alimentar, hanseníase, tuberculose e violência comunitária.

REFERÊNCIAS

1. Fiszbein A, Schady N. Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty. Washington, D. C.: World Bank, 2009.
2. Ximenes DA, Agatte JP. A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. Inc. Soc. 2011; 5(1): 11-19
3. Pase HL, Melo CC. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. Revista de Administração Pública. 2017; 51(2): 312-329.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica (DAB). Programa Bolsa Família. [Internet], 2019a [acesso em 15 Mar. 2019].
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php
5. Barbosa NMU, Diogenes, MAR, MontÁlverne DGB. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? Rev. Bras. Promoção de Saúde. 2014; 27(4): 435-436. doi: 10.5020/18061230.
6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Bolsa Família. [Internet], 2019b [acesso em 16 Mar. 2019]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades>
7. Petrola KA, Bezerra IB, De Menezes EA, Calvasina P, Saintrain MV, Pimentel GF

- Vieira-Meyer A. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is this a Reality? PLoS ONE. 2016; 11(8): e0161244. doi: 10.1371/journal.pone.0161244. ecollection 2016.
8. Nazareno LA, Vasconcelos AMN. Transferências Condicionadas de Renda: origens, fundamentos e tendências recentes na África Subsaariana. Boletim de Economia e Política Internacional- BEPI. 2015; 19: 76-86.
 9. França MVF. Os programas de transferência de renda no Brasil: arcabouço histórico e desenvolvimento. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.
 10. Magro AFN, Reis CN. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina – panorama de experiências em desenvolvimento. Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social – OIDLES. 2011; 5(10).
 11. Silva MOS. A pobreza enquanto categoria teórica de fundamentação e foco de intervenção dos programas de transferência de renda na América Latina. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.
 12. Zimmermann CR, Frota MMR. O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda. In: 13º Congresso da Rede Mundial da Renda Básica. São Paulo: síntese eventos. 2010; 1:1-19.
 13. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Bolsa Família. [Internet], 2019c [acesso em 19 Mar. 2019] Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios> .
 14. Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. HOLOS. 2018; 34(1): 201-211.
 15. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. PLoS ONE. 2017; 12(12): e0182336.

16. Lignani JB, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutrition*. 2010; 14(5): 785-792.
17. Martins APB, Monteiro CA. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2016; 16: 827.
18. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
19. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo Comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do *PCATool*. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. 2016; 11(38): 1-13.
20. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(Especial): 158-164.
21. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(4): 1-4.
22. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J of Public Health*. 2013; 103(11): 2000-2006.
23. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. 2013; 382(9886): 57-64.
24. Silva ESA, Paes NA, Silva CC. Efeitos dos Programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. *Saúde em Debate*.

2018; 42(116): 138-147.

25. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CR, Gimeno SG. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Cien. Saúde Colet.* 2015; 20(3):727-738. doi:10.1590/1413-81232015203.15952014

26. Sperandio N et al. Impact of the Bolsa Família Program on energy, macronutrient, and micronutrient intakes: Study of Northeast and Southeast. *Rev. Nutr.* 2016; 29(6): 833-844.

27. Coelho PL, Melo ASSA. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2017; 22(2): 393-402.

28. Ferreira VA, Magalhães R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2017; 26(4): 987-998.

29. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Coverage of assessment of nutritional status in the Brazilian Food and Nutritional Surveillance System, 2008-2013. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(12): e00161516. doi: 10.1590/0102-311X00161516.

30. Freitas AG et al. Comparison of the nutritional status in children aged to 5 to 10 years old on the Conditional Cash Transfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2017; 27(1): 35-41.

31. Suzart AS, Ferreira AP. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. *Interações.* 2018; 19(3): 585-595.

32. Silvani J, Buss C, Pena GG, Recchi AF, Wendland EM. Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no

Bolsa Família. Cien. Saúde Colet. 2018; 23(8): 2599-2608.

33. Sousa CAM et al. Determinantes dos homicídios no Estado da Bahia, Brasil, em 2009. Rev Bras Epidemiol. jan-mar 2014; 135-146. Doi: 10.1590/1415-790X201400010011.

34. Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna MLF, Aquino R, Rodrigues LC, et al. Effect of Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. PLoS Negl. Trop. Dis. 2014; 8(11): e3357. doi: 10.1371/journal.pntd.0003357. ecollection2014.

35. Pereira SM, Rodrigues LC, Barreto ML, Rasella D, Nery JS, et al. Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. Int J Tuberc Lung Dis. 2018; 22(11): 1300-1306.

36. Maciel EN, Lienhardt C, Riley LW, Pereira SM, Locatelli RL, Olios JGN, et al. Effect of the Bolsa Família Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. The Lancet. 2019; 7(2): 219-226.

37. Chioda L, De Mello JMP, Soares R. Spillovers from conditional cash transfer programs: Bolsa Família and crime in urban Brazil. Econ. of Educ. Review. 2016; 54(C): 306-320.

38. Machado DB, Rodrigues LC, Rasella D, Barreto ML, Araya R. Conditional cash transfer programme: Impact on homicide rates and hospitalisations from violence in Brazil. PLoS ONE. 2018; 13(12): e0208925.

39. Souza, PHGF et al. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Texto para discussão 2499. Sumário Executivo. IPEA. Rio de Janeiro, agosto, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent&view=alphacontent&Itemid=357 Acesso em 25 ago. 2019.

40. Vieira-Meyer APGF et al. What is the relative impact of Primary Health Care quality and Conditional Cash Transfer Program in child mortality? *Can J Public Health*. 2019. 29 de julho. doi: 10.17269 / s41997-019-00246-9. [Epub ahead of print]
41. Andrade MV, Chein F, Souza LR, Puig-Junoy J. Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(7): 1347-1358.
42. Uchimura KY, Bosi MLM, Lima FEL, Dobrykopf VF. Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. *Cien. Saúde Colet*. 2012; 17(3): 687-694.
43. Dantas CES, Neri EL. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. *Revista Gênero e Direito*. 2013; 1: 96-110.
44. Macedo MA, Bosi MLM. Valorações e juízos de mérito do Programa Bolsa Família na práxis em alimentação e nutrição: emancipação e/ou acomodação sustentada? In: Prado, SD et al. orgs. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. [on line]. Rio de Janeiro: EDUERJ. Sabor metrópole Series, 2016; 5: 459-473.
45. Guendelman S, Fernald LC, Neufeld LM, Fuentes-Afflick E. Mexican-origin mothers residing in Mexico compared to California. *J Am Diet Assoc*. 2010; 110(2): 222-229.
46. Trevisani JJD, Jaime PC. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(3): 375-384.
47. Santos LMP, Pereira LL, Soares MD, Henrique FCS, Guadagnin SC, Santos SMC. Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. *Tempus-*

Actas de Saúde Coletiva. 2011; 5(4): 139-165.

Tabela 1- Artigos selecionados por categoria.

CATEGORIA	AUTORES/ANO	METODOLOGIA	IMPACTOS
MORTALIDADE INFANTIL	Guanais, 2013 (22)	Estudo ecológico longitudinal	Mortalidade infantil reduz com aumento da cobertura do PBF e ESF
	Rasella <i>et al.</i> , 2013 (23)	Estudo ecológico misto	Mortalidade infantil reduz com aumento da cobertura do PBF e ESF
	Silva <i>et al.</i> , 2018 (24)	Estudo ecológico longitudinal	PBF e ESF reduzem níveis de mortalidade infantil
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	Lignani <i>et. al</i> , 2010 (16)	Survey	Redução da insegurança alimentar entre beneficiários do PBF, com aumento do consumo de açúcar e doces
	Coelho <i>et al.</i> , 2015 (25)	Estudo transversal	Crianças menores de 24 meses com práticas alimentares inadequadas e mães com risco para o desmame
	Martins e Monteiro, 2016 (17)	Estudo quase-experimental	Beneficiários com maior gasto alimentar e maior disponibilidade de alimentos saudáveis
	Sperandio <i>et al.</i> , 2016 (26)	Estudo Comparativo	Adolescentes do PBF com maior consumo de energia e macronutrientes e menor consumo de micronutrientes
	Coelho e Melo, 2017 (27)	Estudo Comparativo	Famílias beneficiárias têm Índice de Qualidade da Dieta maior que não beneficiárias
	Ferreira e Magalhães, 2017 (28)	Pesquisa qualitativa	Menos insegurança alimentar, mas com incorporação de produtos industrializados
	Nascimento <i>et al.</i> , 2017 (29)	Estudo ecológico	Mães do PBF são de risco para introdução precoce da alimentação complementar
	Freitas <i>et al.</i> , 2017 (30)	Estudo ecológico	Sobrepeso e obesidade têm crescido entre crianças beneficiárias do PBF
	Suzart e Ferreira, 2018 (31)	Estudo transversal analítico	Maior segurança alimentar e necessidade de ações de responsabilidade social e políticas públicas como garantia da segurança alimentar
	Silvani <i>et al.</i> , 2018	Estudo	Padrão alimentar menos

	(32)	transversal	saudável nos beneficiários do PBF
VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA	Sousa <i>et al.</i> , 2014 (33)	Estudo ecológico	Matrícula no ensino médio e valor médio do PBF tem associação direta com menor taxa de homicídio
	Nery <i>et al.</i> , 2014 (34)	Estudo ecológico	Altas coberturas da ESF e PBF reduzem incidência de Hanseníase
DOENÇAS NEGLIGENCIADAS	Pereira <i>et al.</i> , 2018 (35)	Estudo ecológico	Altas coberturas da ESF e PBF reduzem mortalidade por Tuberculose
	Maciel <i>et al.</i> , 2019 (36)	Estudo de coorte prospectivo	PBF aumenta cura da Tuberculose

Fonte: Elaboração própria (2019).

ANEXO 4 – ARTIGO SUBMETIDO PARA COMPOR CAPÍTULO DE LIVRO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IMPACTOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DO ACOMPANHAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR DOS BENEFICIÁRIOS

Helena Paula Guerra dos Santos

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF) é o Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) brasileiro, que se destaca como um dos mais antigos e de maior cobertura na América Latina, direciona-se às famílias vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza (FISZBEIN; SCHADY, 2009). Pase e Melo (2017) relatam que o programa objetiva garantir a essas famílias o incentivo ao acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde, obtidos pelas famílias eleitas por meio do cumprimento de uma série de condicionalidades nessas áreas para melhorar a qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social (BRASIL, 2019a).

Somente com o adequado acompanhamento dessas condicionalidades podem ser identificadas as situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos a que as famílias têm direito (XIMENES; AGATTE, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2019b). No entanto, já há estudos apontando o despreparo dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que chegam a declarar que não entendem ser de sua responsabilidade ações de saúde específicas e prioritárias para o grupo (PETROLA et al., 2014; BARBOSA et al.; 2014).

Na área da saúde, exige-se a vacinação dos menores de 7 anos, aferição de peso e estatura para acompanhar desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e nutrízes, tanto no aspecto clínico, como na prevenção com participação em palestras que promovam o aleitamento materno e alimentação saudável. (BARBOSA et al., 2014; PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019a). A promoção e monitoramento da alimentação saudável é ponto chave para o bom desenvolvimento das crianças e interfere no estabelecimento das doenças crônicas não transmissíveis, em especial, obesidade, diabetes e hipertensão, altamente prevalentes e

diretamente relacionadas aos altos índices de morbidades e mortalidades ocasionadas por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2010; MONTEIRO et al., 2011).

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) a segurança alimentar e nutricional se define, enquanto estratégia ou conjunto de ações, como intersetorial e participativa, e consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Zimmermann e Frota (2010) afirmam que não há uma rede de proteção social consolidada no Brasil, mas que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome e na diminuição dos níveis de pobreza. França (2015), Magro e Reis (2011) e Silva (2015) afirmam que os impactos reais do programa são indiscutíveis, no sentido que representa para muitas famílias uma elevação no nível de renda, ou acesso a única garantia de renda. Mas, salientam que o nível de distribuição de renda é insatisfatório, algo compensatório, que não permite superar a condição de pobreza, apenas a ameniza.

Conforme dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) o benefício é ofertado às famílias em extrema pobreza, que são as com renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa, ou famílias pobres, com renda de R\$ 89,01 até R\$ 178,00 por pessoa, desde que tenham filhos menores de idade ou gestantes na sua composição. Os valores pagos podem ser do tipo benefício básico de R\$ 89,00, concedido às famílias em situação de extrema pobreza, com possibilidade de receberem complementarmente benefícios variáveis. Pois, caso tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de 0 a 17 anos podem receber acréscimos de R\$ 41,00 ou R\$ 48,00, com limite de teto em R\$390,00, além de um benefício extra específico para cada situação com vistas a superação da extrema pobreza, até que a família ultrapasse o piso de R\$89,00 por pessoa (BRASIL, 2019c).

Dantas e Neri (2013) afirmam que, em consequência do aporte financeiro e das condicionalidades impostas, o impacto do PBF sobre a alimentação é digno de nota, interferindo na dignidade humana. Relata-se que o gasto prioritário do benefício recebido tem sido feito com alimentos (LIGNANI et al. 2012; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017) e que a elevação da renda impacta na melhoria dos níveis de segurança alimentar (CABRAL et al., 2014; MARTINS; MONTEIRO, 2016; COELHO; MELO, 2017). No entanto, há discussões controversas sobre se essa maior aquisição alimentar reflete, de fato, em maior segurança

alimentar e nutricional (LIGNANI et al. 2012; UCHIMURA et al., 2012; COTTA; MACHADO, 2013; COELHO; MELO, 2017; SILVANI et al., 2018).

Vários estudos apontam a ESF como modelo que melhor possibilitaria a concretização dos direitos sociais à saúde (MENDES, 2012; MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Ou seja, boas performances associadas da ESF e do PBF deveriam repercutir significativamente em melhores condições de segurança alimentar para seus beneficiários, tendo em vista que o PBF é operacionalizado pela ESF e essas duas políticas podem, de maneira sinérgica, impactar nas vidas das pessoas vivendo em vulnerabilidade social.

Para averiguar a concretude do objetivo de combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional estabelecido pela Lei n.º 10.836 (BRASIL, 2004), a qual instituiu o PBF, e avaliar e discutir impactos na segurança alimentar e nutricional de beneficiários do PBF, que possam derivar da atuação das equipes da ESF na operacionalização e acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, e repercutir na saúde dos seus beneficiários, realizou-se uma revisão crítica/integrativa da literatura envolvendo a temática.

Metodologia

Foram consultadas as bases de dados *Pubmed/Medline* e *Scielo*, bem como os portais de organizações públicas. As buscas foram guiadas pelos descritores: bolsa família e saúde da família, com acréscimos do impacto e segurança alimentar, em diferentes combinações, como também dos seus correspondentes em inglês para acessar o *Pubmed*. A busca se deu entre maio a junho de 2019. Os critérios de inclusão foram o recorte de tempo, que envolveu publicações entre 2015 e 2019, em língua inglesa ou portuguesa, publicados em revistas indexadas, e conectados com a temática descrita. Como critério de exclusão foram desconsiderados os artigos de revisão.

Desta forma, o fluxo para seleção dos artigos para esta revisão crítica/integrativa ocorreu na seguinte sequência: 1. Busca nas bases de dados *Pubmed/Medline* e *Scielo* de artigos com as palavras-chave ‘bolsa família’, ‘saúde da família’, ‘segurança alimentar’ e ‘impacto’; 2. Restrição desta busca ao período de 2015 a 2019; 3. Restrição da busca a artigos da língua inglesa ou portuguesa 4. Identificação de artigos repetidos nas bases de dados, com posterior remoção das repetições; 5. Criação de uma lista única com os artigos pré-selecionados; 5. Seleção, entre os artigos pré-selecionados, daqueles com relação direta com a temática “Impactos do programa bolsa família e do acompanhamento da estratégia saúde da família na segurança alimentar dos seus beneficiários”, que não fossem de revisão.

Resultados e Discussão

Inicialmente buscou-se no *Scielo*, onde foram localizados 165 artigos com uso dos descritores ‘saúde da família’ e ‘bolsa família’, depois 35 artigos com uso dos descritores ‘saúde da família’, ‘bolsa família’ e ‘segurança alimentar’, e acrescentando-se ‘impacto’ na busca com ‘bolsa família’ e ‘segurança alimentar’ localizou-se mais um artigo. Aplicando-se os filtros de data de publicação e língua nos 165 primeiros artigos localizados restaram 66 publicações. Excluindo-se os repetidos e sem conexão temática restaram 14, onde um era de revisão sistemática e foi também excluído, então 13 estudos foram relacionados nessa fase. Aplicando-se os mesmos critérios aos outros 36 artigos, restaram os mesmos 13 já localizados. De um total de 201 publicações, 13 foram selecionadas nessa base de dados ao final.

No *Pubmed* foram localizados 44 artigos com uso dos descritores ‘health family’ e ‘bolsa família’, mais 8 artigos quando se acrescentou o descritor ‘food security’, e localizou-se 14 artigos com a combinação dos descritores ‘health family’, ‘bolsa família’ e ‘impact’. Aplicando-se os filtros de data de publicação e língua nos 44 inicialmente localizados, restaram 17 artigos. Excluindo-se os repetidos e sem conexão temática restou somente um artigo. Aplicando-se os mesmos critérios aos outros 22 artigos, restou o mesmo já localizado, foram comuns as duas bases quatro artigos. De um total de 66 publicações, somente uma foi selecionada nessa base de dados ao final.

Assim, de um universo de 267 artigos que foram identificados nas bases de dados com os descritores supramencionados, um total de 14 artigos (Tabela 1) foi selecionado ao final da aplicação da metodologia descrita. Não foi localizada publicação em 2019, registrou-se três publicações em 2018, também três nos anos 2016 e 2015 cada, sendo o ano de 2017 o que apresentou o maior número de publicações, com cinco publicações localizadas.

Estudos anteriores já pontuavam registros de aumento de consumo dos variados grupos alimentares por beneficiários do PBF, com preocupações sobre o grande aumento dos alimentos de alta densidade calórica e baixo teor nutritivo, como açúcar, alimentos processados e refrigerantes (LIGNANI et al., 2010). Embora alertassem que as mudanças no padrão de consumo se assemelhassem às tendências de transição nutricional observadas na população brasileira em geral, indicavam a necessidade de melhorar o acesso a alimentos saudáveis, como frutas e legumes. Defendendo ainda que fossem incorporadas ações de educação alimentar adaptadas ao repertório cultural dos distintos segmentos sociais, pois observaram relatos de desconhecimento do que constitui uma alimentação saudável por parte dos beneficiários

(UCHIMURA et al. 2012).

Lignani et al. (2010) admitem em seu artigo que, no entanto, não podem fazer inferências causais ao PBF, tendo em vista que seu estudo não permitia grupo-controle, até mesmo por razões éticas. Trouxeram ainda relatos de outros estudos contemporâneos, onde os PTRC do México e Colômbia apresentavam resultados bem-sucedidos no aumento do consumo de alimentos de origem animal, vegetais e frutas, em detrimento dos cereais e gorduras.

Trabalho quase-experimental de Martins e Monteiro (2016) se opõe a essas colocações anteriores sobre o PBF, se assemelhando aos resultados dos demais PTRC de outros países relatados, pois comparando o impacto do Programa na disponibilidade de alimentos entre crianças beneficiárias e não beneficiárias do programa, encontraram que entre os beneficiários o gasto alimentar era maior, com maior disponibilidade de comidas frescas e ingredientes para culinária, incluindo alimentos que qualificam e diversificam a dieta, como vegetais, carnes e tubérculos. O estudo foi desenvolvido em uma amostra probabilística de 55.970 domicílios brasileiros, utilizando dados da Pesquisa de Orçamento Familiar realizada em 2008-2009.

Sperandio et al. (2017) também realizaram estudo com o objetivo de avaliar o impacto do PBF no consumo de alimentos nas regiões Nordeste e Sudeste. A base de dados utilizada também procedeu do módulo sobre o consumo alimentar individual da Pesquisa de Orçamento Familiar. Para a análise da medida de impacto foi utilizado o método *Propensity Score Matching*, que assemelha os indivíduos beneficiários e não beneficiários em relação ao conjunto de características socioeconômicas. Os beneficiários do PBF apresentaram menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados, em ambas as regiões, e maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados na região Nordeste.

Outro estudo que fez uso da mesma base de dados e mesmo método de correção do viés da seleção amostral, que Sperandio et al. (2017) e Martins e Monteiro (2016), foi o de Coelho e Melo (2017). Os resultados do seu estudo demonstraram que o valor médio do Índice de Qualidade da Dieta (IQD) para as famílias beneficiárias do PBF supera em 9,05 o valor médio do IQD das famílias não participantes do PBF. Para os autores os resultados corroboram com a eficácia do PBF em elevar a qualidade da dieta das famílias, principalmente quanto à redução de gordura e sódio, e aumento da variedade.

Esses três estudos convergem em dados positivos sobre a segurança alimentar e possuem um comum o fato de terem se servido da mesma base de dados. No entanto, outros estudos, com o mesmo objetivo e bases de dados diferenciadas, também alegam aumento da segurança alimentar e melhoria nos indicadores socioeconômicos, revelando que o PBF impacta

positivamente no aumento da renda, propiciando melhorias dos níveis de segurança alimentar (CABRAL et al., 2014; SUZART; FERREIRA, 2018). Suzart e Ferreira (2018) revelaram que o aumento da frequência escolar e o cumprimento da agenda de acompanhamento da saúde são alcançados, no entanto relatam que é necessária maior articulação da transferência de renda e estratégias mais amplas que promovam o desenvolvimento econômico e social, face a pobreza em seu caráter multidimensional.

Estudo qualitativo realizado por Ferreira e Magalhães (2017), onde as autoras avaliaram as práticas alimentares de 24 mulheres obesas beneficiárias do PBF, volta a reforçar a ideia de práticas alimentares inadequadas em beneficiários. Segundo as autoras, o papel do PBF é fundamental na alimentação das famílias por amenizar, em algum grau, situações extremas de privação. Onde destaca-se que o recurso do PBF inclusive era gasto na totalidade com alimentos. Mas, a novidade é a incorporação de produtos industrializados largamente difundidos entre os mais pobres. Sinalizam que iniciativas que promovam o desenvolvimento dos sistemas agroecológicos em nível local, a fim de ampliar o acesso, a disponibilidade e o consumo de alimentos saudáveis, valorizando a cultura local, devem ser incentivados pelo Programa. As autoras não alegam relação causal do PBF com a obesidade, mas inércia em disparar ações de promoção em prevenção por parte de quem operacionaliza o Programa.

A controvérsia sobre a temática retorna, pois estudos como o de Freitas et al. (2017), que buscaram comparar a prevalência do estado nutricional das crianças no Acre e Rio Grande do Sul, mas também analisar o perfil antropométrico dessas crianças durante 5 anos, trouxeram que resultados fizeram concluir que o sobrepeso e a obesidade entre as crianças beneficiadas pelo PBF têm aumentado nos últimos 5 anos, notadamente no Rio Grande do Sul, o que possivelmente pode ser devido ao fato da transição nutricional estar num estágio mais avançado por lá. O trabalho de Sperandio et al. (2016) também reforça a importância de melhoria da qualidade nutricional da alimentação de beneficiários, pois encontra que adolescentes do PBF apresentam maior consumo de energia e macronutrientes, diante de menor consumo de cálcio e vitaminas A, B, C e E.

Outros estudos, como o de Facchini et al. (2014), Monteiro et al. (2014), Saboia e Santos (2015), Sperandio e Priore (2015), Souza et al. (2016), Silva et al. (2017) e Correia et al. (2018) encontraram altas prevalências de insegurança alimentar entre beneficiários do PBF. Para a análise de Facchini et al. (2014) foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. A prevalência da insegurança alimentar moderada ou grave foi de 22,9% no Nordeste e 7,5% no Sul. Em ambas as regiões, na análise ajustada, a maior probabilidade da insegurança alimentar

moderada e grave foi identificada em domicílios chefiados por mulheres, com cor da pele materna preta e parda, com menor escolaridade materna, menor renda familiar per capita e beneficiárias do PBF. Os autores destacaram que o acréscimo de renda para R\$175,00 per capita diminuiria a insegurança alimentar, sendo essencial a melhor focalização do PBF e aumento da renda dos extremamente pobres.

Saboia e Santos (2015) em estudo realizado em Teresina, Piauí, revelaram que há estreita relação da insegurança alimentar com fatores socioeconômicos e demográficos, envolvendo questões como tipo de moradia, renda e ser beneficiária do PBF. Já para Sperandio e Priore (2015), em estudo realizado em Viçosa, Minas Gerais, reforçou-se que a conexão com a baixa escolaridade materna de mães beneficiárias do PBF e menor nível econômico justifica ações estatais focalizadas, como o PBF, associado a ações estruturantes na educação. Souza et al. (2016), em estudo realizado em Campinas, São Paulo, revelaram que mais de um terço dos domicílios apresentam alguma forma de insegurança alimentar, sendo que a grave se conecta com condições socioeconômicas, principalmente relacionadas ao chefe da família, já as leves se conectam com condições demográficas.

Correia et al. (2018), em estudo transversal realizado no Ceará, encontraram, tal qual Sperandio e Priore (2015), que a participação em PTRC foi relacionada de forma independente com a segurança alimentar, assim como o nível educacional, ambiente residencial e estado nutricional das crianças, o que fez concluir que investimentos em educação e PTRC como o PBF podem ser utilizados para reduzir a insegurança alimentar. Silva et al. (2017) encontraram resultados semelhantes, mas investigaram comunidades quilombolas e não quilombolas, e revelaram que comunidades quilombolas apresentam prevalência ainda maior de insegurança alimentar, apesar de viverem nas mesmas áreas de abrangência, reforçando sua vulnerabilidade.

Nascimento et al. (2017) e Coelho et al. (2015) em estudos semelhantes, utilizando dados secundários, tiveram achados que permitiram concluir que mães com menor renda, menor escolaridade e beneficiárias do PBF (perfil 1) parecem ser de risco para a introdução precoce da alimentação complementar e desmame. Acharam também que os lactentes entre 0 e 23 meses apresentaram consumo alimentar inadequado, com introdução precoce da alimentação complementar, além de, práticas alimentares inadequadas como refresco industrializado, chá, água, leite de vaca, papa salgada, refrigerante, mingau com leite e leite engrossado com farinha foram muito frequentes. As mães do perfil 2, com mais idade, maior número de filhos e com maior número de residentes no domicílio estavam associadas ao consumo de leite materno.

Silvani et al. (2018) avaliaram e compararam o consumo alimentar de 187 usuários do

Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, segundo o tipo de assistência e participação no PBF. O padrão alimentar saudável foi identificado em apenas 41% dos usuários do SUS. Entre os beneficiários do PBF o consumo de hortaliças e salada crua foi significativamente menor e o padrão alimentar saudável não foi demonstrado pela maioria dos beneficiários.

Em síntese, evidencia-se que a contribuição do PBF no enfrentamento da fome parece ter convergência indubitável, pois, por ser, muitas vezes, a única fonte de renda, a sua relevância na redução da fome e da pobreza parece ser unânime (MACEDO; BOSI, 2016; SUZART; FERREIRA, 2018). Alguns estudos apontam maior consumo de alimentos em todas as categorias alimentares e melhoria na segurança alimentar (LIGNANI et al., 2010; CABRAL et al., 2014; MARTINS; MONTEIRO, 2016; SPERANDIO et al., 2017; COELHO; MELO, 2017). No entanto, também há relatos de inclusão de alimentos industrializados, de maior teor calórico e baixo valor nutricional (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; LIGNANI et al., 2010) e de maior risco das beneficiárias para a insegurança alimentar (UCHIMURA et al., 2012; FACCHINI et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; SABOIA; SANTOS, 2015; SPERANDIO; PRIORE, 2015; SOUZA et al., 2016; SILVA et al., 2017; CORREIA et al., 2018; SILVANI et al., 2018).

A partir desse confronto, levantam-se questionamentos sobre a qualidade alimentar dos beneficiários e apontam-se questionamentos sobre a ausência de esclarecimentos e ações de promoção de saúde sobre alimentação saudável na ESF, por alguns autores que pesquisaram nessa área (LIGNANI et al., 2010; UCHIMURA et al., 2012; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SILVANI et al., 2018).

Segundo Cotta e Machado (2013) o PBF promove um aumento do acesso aos alimentos, que não necessariamente é acompanhado por um aumento da qualidade nutricional da alimentação. As autoras relatam que em outros países como México e Colômbia, os impactos dos PTRC sobre o estado nutricional de crianças nem sempre são claros, mas registram impactos positivos na altura e peso das crianças de até 3 anos de idade, motivados por suplementação e acompanhamento nutricional realizado com as famílias. Apontaram também problemas de maiores níveis pressóricos, aumento de massa corporal e consumo de alimentos não saudáveis por beneficiários do programa Oportunidades do México.

Grande parte dos estudos relacionados à segurança alimentar apresentados parecem direcionar para uma necessidade de implantação de ações de educação e conscientização das beneficiárias sobre alimentação saudável (UCHIMURA et al., 2012; LIGNANI et al., 2010; FREITAS et al., 2017; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SILVANI et al., 2018) e cuidados

para evitar o desmame e introdução alimentar precoce das crianças menores de 24 meses (COELHO et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2017). Muito embora, as atividades educativas para promover alimentação saudável e aleitamento materno já representem condicionalidade de saúde do PBF, e façam parte do rol de ações inerentes a Atenção Básica (BRASIL, 2019a). O que nos aponta a necessidade de se aplicarem estudos que investiguem se a condicionalidade da participação em palestras de promoção da alimentação saudável está sendo cumprida.

Pode se perceber que é provável que esteja sendo falha a implantação da condicionalidade prevista de promoção e prevenção à saúde com aplicação de atividades educativas para esse fim. Guendelman et al. (2010) e Uchimura et al. (2012) já haviam suscitado a dúvida sobre a fragilidade do efeito do PBF na saúde das pessoas estar relacionada a pouca efetividade do apoio da ESF a estas famílias, e levantado a necessidade de se trabalhar ações informativas de controle de peso focadas em aspectos culturalmente aceitáveis.

Deve-se considerar as especificidades dos espaços de vida individual e coletiva para entender as práticas alimentares dos sujeitos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017). Pois, somente o adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde possibilitaria a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos e na promoção do autocuidado (XIMENES; AGATTE, 2011).

Com alguns estudos já destacando a inabilidade da ESF para lidar com esse acompanhamento (TREVISANI; JAIME, 2012; PETROLA et al., 2014; BARBOSA et al., 2014; SANTOS et al., 2011), fica clara a importância de se repensar as práticas e processos de trabalho implantados na ESF para desenvolver com qualidade as ações envolvendo o PBF. Visto que, conforme descrevem Silva, Paes e Silva (2018) o PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, têm seus sucessos atrelados e interdependentes.

Amaral, Portilho e Mendes (2011) afirmam que é importante compreender que a opção política-filosófica pela construção de uma sociedade inclusiva faz com que todos os profissionais da saúde sejam corresponsáveis pela efetivação de ajustes que garantam o acesso dos pacientes socialmente desfavorecidos. Ainda, conforme estudo de Ramos e Cuervo (2012), no que tange os trabalhadores da ESF, para avançar no processo de operacionalização do PBF, necessitam superar a alienação da atividade profissional e entender as proposições do programa como estratégias político-sociais, para além de promoverem o acesso ao serviço de saúde, ajudarem a desenvolver os mecanismos capazes de redundarem na segurança alimentar e nutricional e permitir os beneficiários a alcançarem o direito humano à alimentação adequada.

Apesar dos artigos aqui expostos, ainda são escassas as publicações que vinculem

diretamente as ações da ESF na prática de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e relatem impactos resultantes dessas ações. Faz-se relevante elevar a produção acadêmica nesse sentido, sobretudo que colham dados primários sobre o cumprimento das ações de promoção e prevenção juntos aos beneficiários, como também sobre dados que reflitam as mudanças alimentares provocadas pelo PBF.

Considerações finais e Conclusões

O combate a desigualdade social é medida essencial para melhoria dos índices de saúde da população, tendo em vista a determinação social da saúde. Portanto, ações que alcancem êxitos na qualidade e cobertura da ESF, bem como o aperfeiçoamento das práticas de acompanhamento das condicionalidades da saúde e ampliação da cobertura do PBF, com melhor focalização do programa e superação da pobreza extrema, são importantes ferramentas na melhoria da saúde e segurança alimentar do estrato populacional que deles se beneficiam.

A atuação das instâncias gestoras do SUS, nas diversas esferas, com vistas a aperfeiçoar a operacionalização da implementação dos dois programas e impulsionar os impactos que podem advir da atuação da ESF no acompanhamento do PBF faz-se imprescindível. Assim como, faz-se necessária a práxis das equipes que atuam na ESF na construção de ações coletivas e holísticas, que objetivem aspectos sistêmicos de integração de práticas de assistência atreladas as de promoção e prevenção em saúde.

Pode-se refletir por meio dessa revisão que a exigência e acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na ESF revelaram-se com influência positiva na promoção da segurança alimentar e nutricional dessas famílias. No entanto, melhores resultados poderiam advir do adequado acompanhamento nutricional e realização das ações de promoção da saúde em torno da alimentação saudável e amamentação materna por parte da ESF. Pois, a garantia de segurança alimentar e nutricional requer ações que combatam tanto a desnutrição e fome, quanto o sobrepeso e a obesidade.

O PBF impacta reduzindo a fome, com ampliação do acesso à alimentação promovido pelo aporte financeiro, mas não resolverá sozinho o problema da insegurança alimentar, outras intervenções e políticas alimentares precisam ser implementadas para garantir qualidade e sustentabilidade, tais como: investimentos em educação, incentivos à agricultura familiar, oferta de suplementação alimentar em crianças e adolescentes e fortalecimento das ações de acompanhamento nutricional e promoção de alimentação saudável praticadas na ESF.

A despeito da controvérsia apresentada quanto a relação do PBF com o aumento da

qualidade da dieta, é mister que seja percebida a importância desses aspectos aqui abordados, sob o risco de não estarmos trabalhando ações básicas, acessíveis e fáceis de realizar que importem em uma população mais saudável, bem nutrida e forte, com menor risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a obesidade, hipertensão e o diabetes. Além do que, não se podem apartar as práticas da assistência à saúde da ESF, das ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.

Referências

- AMARAL, L.D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T.; Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal**, Brasília, v. 5, n. 3, 2011.
- BARBOSA, N. et al. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p.435-436, out./dez. 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Programa Bolsa Família**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php Acesso em: 15 mar. 2019a.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica**. Brasília: MS, 2010.
- _____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades> Acesso em: 16 mar. 2019b.
- _____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e-beneficios> Acesso em: 19 mar. 2019c.
- _____. Presidência da República. Lei Federal n.º 10.836. **Cria o Programa Bolsa Família**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 de janeiro de 2004.
- _____. Presidência da República. Lei Federal n.º 11.346. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- SISAN**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 15 de setembro de 2006.
- CABRAL, C.S. et al. Segurança Alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 393-402, fev. 2014.

- COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 727-738, 2015.
- COELHO, P.L.; MELO, A.S.S.A. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.393-402, 2017.
- CORREIA, L.L. et al. The relation of cash transfer programs and food insecurity among families with preschool children living in semiarid climas in Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 53-62, 2018.
- COTTA, R.M.M.; MACHADO, J.C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.33, n.1, p. 54-60, 2013.
- DANTAS, C.E.S.; NERI, E.L. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. **Revista Gênero e Direito**, v.1, p. 96-110, 2013.
- FACCHINI, L.A. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 161-174, jan. 2014.
- FERNALD, L.C., et al. Maternal perceptions of early childhood ideal body weight among Mexican-origin mothers residing in Mexico compared to California. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.110, n.2, p. 222-229, feb. 2010.
- FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo. v.26, n.4, p.987-998, 2017.
- FISZBEIN, A.; SCHADY, N. **Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty**. Washington, D. C.: World Bank, 2009.
- FRANÇA, M.V.F. **Os programas de transferência de renda no Brasil: arcabouço histórico e desenvolvimento**. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.
- FREITAS, A.G., et al. Comparison of the nutritional status in children aged to 5 to 10 years old on the Conditional Cash Transfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. **J Hum Growth Dev.**, v.27, n.1, p. 35-41, 2017.
- LIGNANI, J.B. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família

- participant families in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n.5, p. 785-792, 2010.
- MACEDO, M.A.; BOSI, M.L.M.; Valorações e juízos de mérito do Programa Bolsa Família na práxis em alimentação e nutrição: emancipação e/ou acomodação sustentada? In: PRADO, S.D., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [on line]. Rio de Janeiro: EDUERJ. **Sabor metrópole series**. v.5, p. 459-473, 2016.
- MARTINS, A.P.B.; MONTEIRO, C.A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study. **BMC Public Health**, v.16, n.1, p. 827, aug. 2016. doi: 10.1186 / s12889-016-3486-y.
- MARTINS, J.S. et al. Estudo Comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.11, n.38, jan./dez. 2016.
- MAGRO, A.F.N; REIS, C.N. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina – panorama de experiências em desenvolvimento. **Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social – OIDLES**, Málaga, v.5, n.10, jun., 2011.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512p.
- MONTEIRO, C.A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutr.**, v.14, n.1, p. 5-13, 2011.
- MONTEIRO, F. et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p. 1347-1358, maio, 2014.
- NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.12, 2017.
- NAZARENO, L.A.; VASCONCELOS, A.M.N. Transferências Condicionadas de Renda: origens, fundamentos e tendências recentes na África Subsaariana. **Boletim de Economia e Política Internacional- BEPI**, n.19, p. 76-86, jan./abr. 2015.
- OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. Especial, p 158-164. 2013.
- PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar./abr. 2017.
- PETROLA, K.A. F. et al. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by

- Bolsa Família Program. Is this a Reality? **PLoS ONE**, United States, v.11, n.8, aug. 2016.
- RAMOS, C.I.; CUERVO, M.R.M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2159-2168, 2012.
- SABOIA, R.C.B.; SANTOS, M.M. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p. 749-758, out./dez. 2015.
- SANTOS, L. P. et al.; Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.5, n.4, p.139-165, 2011.
- SILVA, E.K.P. et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.4, e00005716, 2017.
- SILVA, E.S.A.; PAES, N.A. Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. **HOLOS**, v.34, n.1, p.201-211, 2018.
- SILVA, M.O.S. **A pobreza enquanto categoria teórica de fundamentação e foco de intervenção dos programas de transferência de renda na América Latina**. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.
- SILVANI, J. et al. Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 2599-2608, ago. 2018.
- SOUZA, B.F.N.J. et al. Demographic and socioeconomic associated with food insecurity in households in Campinas, SP, Brazil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.29, n.6, p. 845-857, nov./dez. 2016.
- SPERANDIO et al. Impact of the Bolsa Família Program on energy, macronutrient, and micronutrient intakes: Study of Northeast and Southeast. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.29, n.6, p.833-844, 2016.
- SPERANDIO et al. Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1771-1780, 2017.
- SPERANDIO, N.; PRIORE, S.E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.739-748, out./dez. 2015.

- SUZART, A.S.; FERREIRA, A.P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações**, Campo Grande, v.19, n.3, p.585-595, set. 2018.
- TREVISANI, J.J.D.; JAIME, P.C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.3, p.375-384, jul./set. 2012.
- UCHIMURA, K.Y. et al.; Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 687-694, 2012.
- XIMENES, D. A.; AGATTE, J.P.; A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. **Inc. Soc.**, Brasília, v.5, n.1, p. 11-19, jul./dez. 2011.
- ZIMMERMANN, C.R.; FROTA, M.M.R. **O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda**. In: 13º Congresso da Rede Mundial da Renda Básica. São Paulo: síntese eventos. v.1, p 1-19, 2010.

Tabela 1- Artigos selecionados segundo critérios estabelecidos.

AUTORES/ANO/BASE DE DADOS	METODOLOGIA	IMPACTOS NA SEGURANÇA ALIMENTAR
Coelho et al., 2015 Pubmed e Scielo	Estudo transversal	Crianças menores de 24 meses com práticas alimentares inadequadas e mães beneficiárias com risco para o desmame
Saboia e Santos, 2015 Scielo	Estudo transversal	Alta prevalência de insegurança alimentar associada a fatores socioeconômicos e demográficos
Sperandio e Piores, 2015 Scielo	Estudo transversal	Elevada prevalência de insegurança alimentar associada à baixa escolaridade materna de mães do PBF
Souza et al., 2016 Scielo	Estudo transversal	Insegurança alimentar leve associada às condições sociodemográficas e moderada ou grave com condições socioeconômicas
Martins e Monteiro, 2016 Pubmed	Estudo quase-experimental	Beneficiários com maior gasto alimentar e maior disponibilidade de alimentos saudáveis
Sperandio et al., 2016 Scielo	Estudo comparativo	Adolescentes do PBF com maior consumo de energia e macronutrientes e menor consumo de micronutrientes
Sperandio et al., 2017 Scielo	Estudo comparativo	Beneficiários apresentaram menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados
Silva et al., 2017 Pubmed e Scielo	Estudo transversal	Insegurança alimentar associada a ser beneficiário do PBF
Coelho e Melo, 2017 Scielo	Estudo comparativo	Famílias beneficiárias tem Índice de Qualidade da Dieta maior que não beneficiárias
Ferreira e Magalhães, 2017 Scielo	Pesquisa qualitativa	Menos insegurança alimentar em beneficiárias, mas com incorporação de produtos industrializados
Nascimento et al., 2017 Pubmed e Scielo	Estudo ecológico	Mães do PBF são de risco para introdução precoce da alimentação complementar e desmame
Correia et al, 2018 Scielo	Estudo transversal	PTRC e investimentos em educação são iniciativas que podem reduzir a insegurança alimentar
Suzart e Ferreira, 2018 Scielo	Estudo transversal analítico	Maior segurança alimentar e necessidade de ações de responsabilidade social e políticas públicas como garantia da segurança alimentar
Silvani et al., 2018 Pubmed e Scielo	Estudo transversal	Padrão alimentar menos saudável nos beneficiários do PBF

Fonte: Elaboração própria (2019)

