

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA:

o acompanhamento do estado nutricional das famílias titulares de direito como forma de enfrentar as desigualdades sociais no setor saúde

Helen Duar^{*}
Natacha Toral^{**}
Janine Coutinho^{***}

RESUMO

O Programa Bolsa Família do Governo Federal envolve ações de transferência de renda com condicionalidades. O Ministério da Saúde é responsável pelo acompanhamento de famílias que possuam crianças e gestantes, oferecendo serviços para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação e assistência pré-natal e pós-parto. No 2º semestre de 2006, foi registrado o estado nutricional de 3.724.216 beneficiários. Entre as crianças, 2,12% apresentavam desnutrição grave e 6,74% baixo peso. O desafio atual na área da nutrição em saúde pública é promover a alimentação saudável e a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais.

Palavras-chaves: transferência de renda, estado nutricional, pobreza.

ABSTRACT

The Bolsa Família Program consists of a conditional cash transfer for poor and extremely poor families with children and pregnant. The Ministry of Health is responsible for accompanying these families, offering services for the accompaniment of child growth, development and immunization as well as pre and post-natal care. In the second semester of 2006, it was registered the nutritional status of 3,724,216 families. Among all children, 2,12% presented severe undernutrition and 6,74% presented low weight. The current challenge in public health nutrition is to promote healthy feeding practices and prevention of nutritional disorders.

Keywords: cash transfer, nutritional status, poverty.

1 INTRODUÇÃO

A política social que o Brasil adotou desde os anos 90 caracterizou-se por sublinhar prioridade nas ações de curto prazo com o objetivo de aliviar a pobreza imediata, com a adoção de iniciativas pontuais e focalizadas em grupos específicos. O contexto da política econômica, na qual as ações são priorizadas segundo as especificações do domínio econômico internacional, as limitações de investimentos nas áreas de direitos sociais (direito à saúde, à educação e ao trabalho, dentre outros) e a fragilidade do pacto federal frente à busca de

^{*} Nutricionista. Especialista

^{**} Nutricionista. Mestre

^{***} Nutricionista. Mestre

contribuições para investimentos são algumas das causas desta política social atual (WERNECK VIANNA, 2005).

Sabe-se que, apesar da aparente amplitude da conceituação da pobreza como exclusão e desigualdade social, muitas vezes associada pelas ausências – de dinheiro, educação, saúde, alimentação, integração, liberdade e dignidade – ela contempla realidades diversas, às vezes mensuráveis, às vezes não. Neste contexto, a noção de pobreza está diretamente ligada à questão fundamental da cidadania, da democratização da sociedade, da construção de laços sociais e à falta de proteção aos direitos individuais e coletivos (SPINK, 2000).

A necessidade de ações específicas de combate à pobreza e de promoção de um desenvolvimento sólido e sustentável foi reconhecida pela comunidade internacional com o compromisso assumido pelos líderes dos 189 países participantes da Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas – ONU em setembro de 2000. Neste momento, foram definidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tendo como prioridade a eliminação da fome e da extrema pobreza até 2015, por meio de ações voltadas para estes temas e de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e de preservação do meio ambiente (BRASIL, 2005a).

Assim, o Brasil, igualmente a outros países, adota, dentro da prioridade da agenda pública, programas focalizados e de ações emergenciais, como os programas de transferência de renda com condicionalidades que, a curto prazo, amenizam a pobreza e, a longo prazo, objetivam a redução da reprodução da pobreza. Agências Internacionais de fomento ao desenvolvimento têm apoiado financeira e tecnicamente diversos programas dessa natureza na América Latina.

O Programa Bolsa Família – PBF é o programa de transferência de renda com condicionalidades do Governo Federal. Foi instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004 e teve o seu primeiro mês de vigência em outubro de 2004. É uma das principais ações da Estratégia Fome Zero, concebido como uma política pública intersetorial que articula os diversos agentes públicos e sociais em torno de uma prioridade de governo e, sobretudo para a erradicação da fome e a promoção da inclusão social no Brasil. (BRASIL, 2005a).

O PBF, atualmente sob a gestão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, tem como objetivo a inclusão social das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, a partir da articulação de três dimensões: a) alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda; b) promoção do acesso aos direitos sociais

básicos com a fixação de uma agenda de compromissos associados à saúde e educação; e c) a priorização dos beneficiários em políticas e programas intersetoriais oferecidos pelo poder público. Este Programa foi criado com a unificação da gestão dos programas federais de transferência de renda então existentes no Brasil: Bolsa Escola, Bolsa-Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação, com o objetivo de aumentar a eficiência e o impacto social destes.

Dentre as condicionalidades do Bolsa Família estão as condicionalidades do setor educação e saúde. A condicionalidade do setor da educação é a manutenção das crianças e adolescentes de 6 a 15 com frequência escolar acima de 85%, e está sob a coordenação do Ministério da Educação.

O acompanhamento das condicionalidades do setor saúde das famílias titulares de direito do PBF, que tenham crianças até sete anos e gestantes é compromisso do Ministério da Saúde e atribuição compartilhada com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde. O cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o seguimento do calendário de consultas de pré-natal da gestante e da assistência pós-parto, e a avaliação do estado nutricional das famílias, são definidas como condicionalidades do programa e devem ser registradas individualmente, a cada semestre no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.

O SISVAN, sistema de informações da atenção básica de saúde, foi concebido inicialmente com objetivo de fomentar a formulação de políticas públicas e projetos de nutrição e para avaliação de programas sociais, por meio da coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle dos problemas nutricionais. A partir de 2004, o sistema incorporou novas funcionalidades, para atender o disposto na Portaria Interministerial nº. 2.509 de 18/11/2004, que definiu atribuições e regras para a oferta e o monitoramento das ações de saúde para o PBF.

O setor saúde concretiza a sua ação quando pode aferir que a família titular de direito do PBF tem acesso aos cuidados básicos em saúde. Assim, por meio da rede de serviços descentralizada do SUS, procura-se somar aos sistemas de cobertura populacional, os sistemas de informação, que na esfera central permitam a identificação da família assistida pela rede de saúde. Evoluções positivas com relação ao número de registros realizados semestralmente no sistema têm sido observadas. No 1º semestre de 2005, 5.539.716 famílias eram beneficiárias do PBF; já no 2º semestre de 2006, esse número alcançou 9.493.873, acompanhado de um aumento no percentual de crianças e gestantes acompanhadas pelo setor saúde ao longo do tempo.

2 METODOLOGIA

No segundo semestre de 2006, para aperfeiçoar a coleta de informações do sistema, foi disponibilizado aos municípios, no módulo de gestão do SISVAN, a opção de inserir *on-line*, de forma não obrigatória, os dados de peso e altura com vistas ao efetivo monitoramento nutricional dos beneficiários.

Os procedimentos para a coleta de tais medidas são descritos na Norma Técnica do SISVAN (2004), material de ampla divulgação na rede básica de saúde. O estado nutricional das crianças foi avaliado mediante as curvas de crescimento propostas pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS 1977). O estado nutricional das gestantes foi avaliado segundo IMC por semana gestacional, segundo ATALAH *et al.* (1997).

As análises de estado nutricional, realizadas a partir dos dados de serviço, coletados por demanda espontânea ou busca ativa por parte das Equipes de Saúde da Família, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde, e registrados no SISVAN referem-se especificamente à parcela significativa dos titulares de direito do Programa Bolsa Família cujo atendimento pelo Sistema Único de Saúde, foi registrado individualmente no segundo semestre de 2006.

3 RESULTADOS DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS

Foram recebidos os dados do estado nutricional de 1.501.537 crianças de um universo de 2.281.707.

O índice de peso por idade expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, representando sua situação global quanto ao estado nutricional. Verificou-se que 2,12% das crianças beneficiárias do PBF apresentam peso muito baixo para a idade e 6,74% foram classificadas como de baixo peso. Destacaram-se as maiores prevalências de muito baixo peso e baixo peso nas regiões Norte e Nordeste do País. Por outro lado, 7,86% foram classificadas como em risco de sobrepeso, sendo os maiores percentuais encontrados na região Sudeste (8,92%) e o menor na região Norte (5,11%).

O déficit de altura por idade um índice que expressa o crescimento linear de crianças e é o dado que melhor representa o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. Crianças de baixa estatura para sua idade padeceram de uma nutrição inadequada e doenças crônicas recorrentes durante um longo período de tempo. A baixa estatura atinge 16,80% das crianças beneficiárias menores de sete anos. As regiões com

maiores percentuais de déficit de altura são, a exemplo do déficit de peso, as regiões Norte (24,46%) e Nordeste (19,22%).

4 DISCUSSÃO

O conjunto destes dados de diferentes grupos etários confirma que o Brasil convive concomitantemente com a desnutrição e com prevalências preocupantes de excesso de peso e obesidade, resultantes da má alimentação. Este quadro é caracterizado como sendo a dupla carga da má-nutrição, afetando não apenas o sistema de saúde nacional, mas todo o contexto cultural, social e econômico do país, sendo reconhecidamente o maior impedimento à concretização do potencial humano.

O Brasil é um país heterogêneo em relação à distribuição dos determinantes socioeconômicos da desnutrição. A distribuição regional da pobreza mostra variações importantes, destacando-se a frequência duas a três vezes maior de pobres, nas regiões Norte e Nordeste do que nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A distribuição regional da desnutrição segue a mesma distribuição da pobreza, determinando, ainda com maior intensidade, as desvantagens das regiões Norte e Nordeste.

O recente compromisso dos gestores de saúde com prioridades que impactam a saúde da população brasileira, traduzido no Pacto em Defesa da Vida (metas de redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da atenção básica, promoção da saúde, entre outras ações), deve ser traduzido, no âmbito da nutrição, em ações de priorização das áreas mais suscetíveis à desnutrição, ou seja, Regiões Norte e Nordeste do país. Nestas localidades, melhorar a eficiência na identificação e localização das famílias com a ampliação da cobertura do acompanhamento dos beneficiários do PBF, e a implementação de uma prática de atenção básica que inclua o monitoramento das condições de alimentação e nutrição da população como responsabilidade sanitária devem nortear as ações a serem desenvolvidas.

As informações hoje disponíveis no Brasil mostram de modo contundente, quão imprecisa é a afirmação de que a desnutrição é um problema da população pobre e a obesidade o seria para os mais ricos. Famílias de baixa renda frequentemente fazem escolhas alimentares inadequadas, normalmente representadas por alimentos processados, e com baixa qualidade nutricional, influenciada pela limitação de renda e também do ambiente ao qual estão expostas. A melhoria da qualidade nutricional dos alimentos com preços acessíveis, a atenção

nutricional nos serviços de saúde e a educação alimentar e nutricional favorecendo escolhas mais saudáveis é assim a possibilidade de alcançar a plena segurança alimentar e nutricional.

Entre as pessoas mais pobres, o consumo alimentar é bem racional em termos de custo-benefício (obter mais alimento a um custo menor), o que não representa, definitivamente, uma alimentação melhor. Ao contrário, esta população busca alimentos que “sustentem” (pães, farinhas, etc), dêem saciedade (ricos em gordura) e sejam saborosos (normalmente aqueles ricos em açúcares). Isso coloca a população menos privilegiada economicamente em uma situação crítica do ponto de vista nutricional. Isso se manifestará como desnutrição (aguda ou crônica) combinada, muitas vezes, com obesidade. Esta população não come o que quer ou o que sabe ser melhor, e sim come o que pode. Suas estratégias domésticas de consumo são determinadas por suas condições financeiras, de emprego e seu acesso à assistência social.

5 CONCLUSÃO

As informações de estado nutricional da população beneficiária do PBF, coletadas e registradas pela primeira vez, de forma sistemática, na rede de serviços de atenção básica do SUS servirão como linha base para o monitoramento e avaliações futuras do perfil dos beneficiários acompanhados pelo setor saúde.

O desafio atual do Ministério da Saúde na área da nutrição em saúde pública é articular em uma agenda única da nutrição, a promoção da alimentação saudável e a prevenção e o controle de doenças e distúrbios nutricionais, definida na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, intensificando as ações especialmente direcionadas ao público beneficiário do PBF, buscando soluções para as relevantes prevalências de déficits de peso e/ou altura e as prevalências de excesso de peso.

O estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a orientação correta sobre a introdução de alimentos complementares baseada em alimentos regionais e de baixo custo, a prevenção das carências nutricionais em crianças e gestantes, a promoção da alimentação saudável para escolares, adolescentes, adultos e idosos, a implantação de medidas regulatórias que favoreça as escolhas alimentares mais saudáveis e o monitoramento das condições nutricionais da população compõem as ações de nutrição a serem continuamente implementadas durante todo o ciclo de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Material publicado para o Seminário Inclusão Educacional: Transferência Condicionada de Renda e Conversão da Dívida Externa como Estratégias para o Desenvolvimento Social. Brasília, 2005a.

SPINK, P. Estratégias locais de combate à pobreza. In: VELLOSO, J. P., ALBUQUERQUER, R.C. (coord.) **Pobreza, Cidadania e Segurança**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

WERNECK VIANNA, M.L.T. **Segurança Social e Combate à Pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos**. Apostilas Especialização. Brasília: ENAP, 2005.