

# O IMPACTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE INFANTIL: O CASO DE UM MUNICÍPIO DO PLANALTO NORTE CATARINENSE/BRASIL

Impact of the Family Grant Program on Child Health: the case of a city in the northern highlands of Santa Catarina, Brazil

Adriana Moro Wieczorkiewicz<sup>1</sup>, Kellyn Catherine Alves Cardoso<sup>2</sup>,  
Rafael Gomes Dietterich<sup>3</sup>, Renata Campos<sup>4</sup>, Ademir Flores<sup>5</sup>, Daniel Petreça<sup>6</sup>

## RESUMO

O Programa Bolsa Família é uma estratégia do Governo Federal para assegurar, por meio de incentivo financeiro, que os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes de baixa renda os mantenham na escola e, para interesse da saúde, também com peso e vacinação em dia. Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto do Programa Bolsa Família (PBF) na saúde infantil. Foi obtida uma amostra de 308 crianças de um município do Planalto Norte Catarinense. Os dados apontam que nesta amostra não foi encontrada significância entre recebimento da Bolsa Família e melhora dos indicadores propostos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transferência de Renda; Saúde Infantil; Bolsa Família.

## ABSTRACT

The Family Grant Program is a federal government strategy to ensure, through financial incentives, that parents or guardians of low-income children and teenagers keep them in school and, for health reasons, keep their weight and vaccinations up to date. Thus, this research aimed to evaluate the impact of the Family Grant Program on child health. A sample of 308 children was obtained in a city in the northern highlands of Santa Catarina. The data indicate that in this sample no significant relationship was found between receiving the family grant and improvement in the proposed indicators.

**KEYWORDS:** Income Transfer; Child Health; Family Allowance.

## INTRODUÇÃO

O crescimento das políticas de transferência de renda e a elevação do salário mínimo, com impacto também nos valores dos benefícios previdenciários e assistenciais contribuíram, decisivamente para a queda dos indicadores de pobreza extrema no Brasil. A evolução das políticas sociais e de saúde no Brasil, abordando legislações, descontinuidade de ações e consolidação dos programas, foi

marcada pelo paralelismo de ações e pela dispersão de responsabilidade entre diversas instâncias da máquina pública. Todavia, nos anos de 1990 e 2000, houve sucessivos esforços institucionais, no sentido de integrar as ações da saúde, educação, apoio nutricional e serviço social, o que foi de fato efetivado, em 2004, com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, sendo que a principal delas foi a instituição do Programa Bolsa Família e as suas condicionalidades.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutoranda em Políticas Públicas pela UFPR. Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas. Especialista em Pediatria. Docente da Universidade do Contestado. Pesquisadora do NUPESC/UNC Universidade Federal do Paraná. E-mail: adri.moro@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira, Graduada pela Universidade do Contestado.

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva pela PUC/PR. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR. Professor do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR. Coordenador e Tutor da área profissional: Odontologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Coordenador do PET Saúde/Redes de Atenção e Tutor do PET Vigilância em Saúde (VIGIAGUA) da Universidade Federal do Paraná.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela USP. Mestre em Nefrologia pela Universidade de São Paulo. Coordenadora do Setor de Pesquisa da Universidade do Contestado - Campus Mafra. Líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Meio Ambiente (NUPESC/UnC).

<sup>5</sup> Educador Físico. Mestre em Educação Física pela UFSC. Docente da Universidade do Contestado e Pesquisador do NEF e NUPES/UNC.

<sup>6</sup> Educador Físico. Doutorando em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Mestre em Atividade Física e Saúde. Docente da Universidade do Contestado. Membro do Grupo de Pesquisa NUPESC/UnC.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. As condicionalidades previstas pelo programa reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social, que são a manutenção da criança na escola, o controle do peso e a vacinação em dia. Seu principal objetivo é a promoção da saúde, prevenindo, assim, os agravos, promovendo, também, a redução da pobreza e da fome, por meio do mapeamento das áreas, onde ocorre maior risco para o adoecimento em todas as fases da vida, como uma forma para que as avaliações de saúde sejam contínuas e que os benefícios proporcionados por outros programas de distribuição de renda sejam monitorados.<sup>2</sup> Diante desse fato, é importante analisar e discutir dados, a fim de se avaliar a atual política de combate à fome através do PBF no cenário atual em relação à saúde infantil.

O PBF visa fazer com que as esferas da educação, saúde e desenvolvimento social unam-se em prol do mesmo objetivo de melhorar a saúde infantil. A intersetorialidade e controle social exigem das famílias beneficiadas o cumprimento de compromissos que são as chamadas condicionalidades traduzidas na obrigatoriedade de inserção de crianças, adolescentes, gestantes e nutrízes em determinados programas de saúde, e que essas crianças e adolescentes estejam na escola. Em situação de não cumprimento de tais condicionantes, as famílias beneficiárias devem ser desligadas do Programa. Nessas condicionalidades, está previsto que o calendário vacinal de crianças e adolescentes esteja em dia, bem como que as estratégias de Saúde da Família tenham o controle do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio das ações de puericultura<sup>3</sup> e do Programa Saúde na Escola (PSE).

A despeito do reconhecimento da vacina como uma potente ferramenta de saúde pública, que salva cerca de 3 milhões de vidas infantis, enquanto igual número de crianças morrem, acometidas por doenças imunopreveníveis, há um marco legal que define a vacinação como compulsória e, no caso das crianças, como obrigação dos pais e responsáveis.<sup>4</sup>

Segundo Mendes, Campos e Lana,<sup>5</sup> o acompanhamento da criança e do adolescente, tanto no que diz respeito à obesidade infantil, assim como a desnutrição tem sido um problema de saúde pública, levando em consideração a mudança dos hábitos de vida da família atual, onde os alimentos ingeridos por toda a família, cada vez mais industrializados, possuem um alto teor de sódio e gordura e menor valor nutritivo, associados à vida sedentária.

Após 10 anos da criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é fundamental que se-

jam avaliados os seus resultados. Com este intuito, este artigo pretende avaliar o impacto do PBF na saúde infantil, levando em consideração duas das condicionalidades do mesmo, peso e vacinação, em um município do Planalto Norte Catarinense.

## MÉTODOS

A presente pesquisa é do tipo documental ex-pós-fact, com abordagem quantitativa, cujo Universo de estudo foram os Centros de Educação Infantil (CEI) do Município de Mafra, Santa Catarina. O município de Mafra tem uma população aproximada de 53.000 mil habitantes - sendo 3.000 mil em idade entre 00 e 4 anos, 29 dias - segundo IBGE 2010, em uma área de 1.406 km,<sup>2</sup> que representa aproximadamente 1,47% da área total do estado; é o 4º maior município em extensão territorial de Santa Catarina.

A amostra foi composta por 308 avaliações de crianças de 00 a 4 anos 11 meses e 29 dias, pertencentes a 5 Centros de Educação Infantil, as quais foram obtidas, por meio do Programa Saúde na Escola, do ano de 2013, constantes no banco de dados Municipal e os dados do Programa Bolsa Família no programa do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da Criança (SISVAN-criança). Este critério foi utilizado, pois acima desta idade, as crianças devem estar matriculadas na primeira série do ensino fundamental. Esses CEI's foram escolhidos aleatoriamente, com a finalidade de obter uma amostra por conglomerados em pontos estratégicos do município, sendo quatro amostras urbanas e uma da área rural.

Por se tratar de uma pesquisa em banco de dados, não houve contato com as crianças avaliadas, não apresentando desconfortos e/ou riscos, respeitou-se as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde/CNS, do Ministério da Saúde/MS. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos no programa *IBM SPSS statistics* 21 e Microsoft Excel 2010 e analisados, por meio de estatísticas descritivas e correlacionais. O P valor foi calculado pelo teste Qui-quadrado, sendo o  $p < 0,05$  considerado como estatisticamente significativo.

Os resultados foram apresentados em tabelas quadros, para melhor visualização e análise, sendo discutidos à luz do referencial teórico e das recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

## RESULTADOS

Os dados coletados das fichas das crianças avaliadas pelo programa Saúde na Escola foram analisados, por meio da Estatística descritiva em quatro variáveis independentes - idade, peso, altura e vacinação e uma variável

dependente – recebimento do Bolsa Família. Os dados foram organizados em duas temáticas, sendo Dados gerais: apresentando a amostra e Correlações entre o Bolsa Família e seus condicionantes.

A idade mínima encontrada foi de 11 meses e a máxima de 4 anos e 9 meses, sendo que a média das idades foi de 3,1 com desvio padrão de  $\pm 1,06$  anos. Quanto ao pe-

so, a média foi de  $15,56 \pm 2,29$  (7,2 - 23,83 kg). Na altura, a média foi de  $0,98 \pm 0,07$  (65 - 1,21 cm).

A tabela 1 apresenta o número de sujeitos avaliados em cada bairro e sua representação na amostra. A maior representação foi da área urbana 2 (32,8%) e a menor da área rural 1 (4,2%).

**Tabela 1** - Número de sujeitos por bairros do município de Mafra-SC, 2013.

	n	%
Área urbana 1	80	26,0
Área urbana 2	101	32,8
Área urbana 3	95	30,8
Área rural 1	13	4,2
Área urbana 4	19	6,2
Total	308	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Existiam no Município, no ano de 2013, segundo o censo, 3482 crianças de 0 anos a 4 anos e 11 meses. Destas, 1770 eram meninos e 1712 eram meninas. Sabemos

também, através dos dados do IBGE,<sup>6</sup> que o bairro com o maior número de habitantes é a área urbana 2.

**Tabela 2** - Classificação geral da amostra segundo o peso de acordo com a classificação da OMS, no município de Mafra-SC, 2013.

	n	%
<b>Baixo Peso</b>	9	2,9
<b>Normal</b>	265	86,0
<b>Sobrepeso</b>	34	11,0
<b>Total</b>	308	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Para classificar o estado nutricional das crianças analisadas, utilizou-se o IMC, calculado pela divisão entre a massa corporal (kg) e o quadrado da estatura (m), tomando-se como referência os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde. Os pontos de corte do IMC variam conforme a idade, e o estado nutricional e foram classificados a partir de percentil.

A tabela 2 demonstra que a maioria dos sujeitos da amostra está dentro do peso estimado para a idade, sendo 265 (86%), enquanto 34 (11%) apresentam sobrepeso e 9 (2,9%) encontram-se em baixo peso. Este dado vai de

encontro ao encontrado na maioria das regiões brasileiras. Silva<sup>7</sup> diz que a desnutrição infantil era considerada como um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, até a década de 1990, se modificando nos últimos anos. Essas modificações são decorrentes, principalmente do modelo familiar, ocasionando uma inversão dos problemas nutricionais em crianças no cenário atual.

Atualmente, a refeição familiar, que era de preparo caseiro, foi substituída por alimentos pré-preparados ou congelados que, por sua vez, contém maior valor energético e menor valor nutricional. Sendo assim, o consumo

desses alimentos associado à irregularidade de horário das refeições e diminuição das atividades físicas, especialmente nos centros urbanos, tem contribuído para que crianças e adolescentes tenham adquirido um ganho de peso ponderal exagerado.<sup>8</sup>

Segundo IBGE,<sup>9</sup> mesmo nos estratos de menor renda familiar, há maior tendência à obesidade e ao sobrepeso,

especialmente em crianças. Ressalta-se que a obesidade na infância tem etiologia multifatorial e de difícil reversão em sua fase adulta. É essencial que todas as esferas reúnam esforços no controle e prevenção dessa epidemia silenciosa.<sup>8</sup>

A tabela 3 mostra o quantitativo de crianças segundo o esquema vacinal:

**Tabela 3** - Quantitativo de crianças segundo o esquema vacinal nos bairros do município de Mafra-SC, 2013.

	n	%
<b>Vacinação em dia</b>	208	67,5
<b>Vacinação irregular</b>	100	32,5
<b>Total</b>	308	100,0

*Fonte: dados da pesquisa.*

A tabela 3 mostra que a maioria das crianças, que teve suas cadernetas de vacinação avaliadas, encontrava-se com as mesmas em dia, sendo 208 (67%), já 100 (32,5%) estavam com algum tipo de atraso.

No Brasil, as campanhas de imunização são uma prioridade em termos de políticas públicas. Apesar das campanhas de imunização serem gratuitas e livres, ainda há segmentos da população, em especial aqueles com baixa renda, que não seguem o cronograma estabelecido.<sup>10</sup>

Uma forma que o governo utilizou para garantir a imunização e promover a saúde preventiva foi estabelecer condicionalidades em programas de transferência de renda, como no caso do PBF, em que para receber o benefí-

cio, as famílias que têm crianças são obrigadas a manter as imunizações em dia.<sup>11</sup>

Mesmo sendo um dos objetivos do PBF aumentar as coberturas vacinais em populações de baixa renda, um estudo realizado, em 2005, com crianças de 0 a 6 anos de idade, no Brasil, a fim de avaliar o impacto do PBF sobre a imunização, demonstrou que o programa não afeta as imunizações. Entretanto o estudo em questão não avaliou a acessibilidade aos serviços de saúde das famílias que continuam vacinas em atraso, nem mesmo o fator socioeconômico.<sup>12</sup>

Na tabela 4 são descritas a frequência de crianças avaliadas que recebem o PBF.

**Tabela 4** - Frequência de crianças avaliadas que recebem o incentivo do Programa Bolsa Família nos bairros avaliados do município de Mafra-SC, 2013.

	n	%
<b>Recebe o incentivo</b>	119	38,6
<b>Não recebe o incentivo</b>	189	61,4
<b>Total</b>	308	100,0

*Fonte: dados da pesquisa.*

Observa-se, na tabela 04, que das crianças avaliadas, a maioria não recebe o incentivo do Programa Bolsa Família 61,4% (n=189) e 38,6% (n=119) recebem.

O PBF prioriza a família, sendo destinado àquelas que se encontram em situação de pobreza ou de extrema pobreza. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social,

como requisito para receber a bolsa família, as famílias devem ter uma renda per capita de até R\$77,00 (nos casos de extrema pobreza) ou nos casos de pobreza, uma renda por pessoa de R\$77,01 a R\$154,00, considerando que, neste último caso, devem existir na família, crianças, adolescentes, gestantes ou nutrizes; variando então, o valor

recebido conforme a situação econômica.<sup>13</sup>

## DISCUSSÃO

### Avaliação do impacto do Programa Bolsa Família nos condicionantes “vacinação” e “peso”

A seguir, as tabelas 5 e 6 apresentam, respectivamente,

a relação entre o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família e o peso corporal e a relação entre o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família e a imunização.

**Tabela 5** - Relação entre recebimento do Programa Bolsa Família e o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo classificação da OMS em crianças do município de Mafra, 2013.

		Recebe Bolsa Família n (%)	Não recebe Bolsa Família n (%)	Total n (%)	p-valor
IMC	Baixo peso	1 (0,8)	8 (4,2)	9 (2,9)	0,151
	Normal	107 (89,9)	158 (83,6)	265 (86)	
	Sobrepeso	11 (9,2)	23 (12,2)	34 (11)	
	Total	119 (100)	189 (100)	308 (100)	

Fonte: dados da pesquisa.

Segundo análise da tabela 05, observa-se que as famílias que não recebiam bolsa família obtiveram maior número de crianças baixo peso (n=8) e sobrepeso (n=23), quando comparadas as que recebiam o benefício (n=1

baixo peso e n=11 sobrepeso). Porém, na realização do teste Qui-quadrado, não se obteve relação entre o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família e o índice de massa corporal das crianças analisadas.

**Tabela 6** - Relação entre recebimento do Programa Bolsa Família e esquema vacinal do MS em crianças do município de Mafra, 2013.

		Recebe Bolsa Família n (%)	Não recebe Bolsa Família n (%)	Total n (%)	p-valor
Vacinação	Em dia	78 (65,5%)	130 (68,8%)	208 (67,5%)	0,55
	Irregular	41 (34,5%)	59 (31,2%)	100 (32,5%)	
	Total	119 (100%)	189 (100%)	308 (100%)	

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se, na tabela 06, que, mesmo tendo como condicionalidade manter a imunização das crianças em dia, 34,5% (n=41) das crianças analisadas possuíam uma ou mais vacinas em atraso. Todavia, não foi achada relação entre o recebimento do Bolsa Família e o esquema vacinal completo.

Molina<sup>14</sup> cita que a condição social da família é um possível determinante na cobertura vacinal infantil. Pais com baixa escolaridade, desempregados e com rendimentos inferiores a um salário mínimo revelam situação mais desfavorável ao conhecimento da importância da vacina na saúde infantil, o que não foi avaliado nesta pesquisa. Já

Gonçalves<sup>15</sup> diz que famílias numerosas apresentam uma tendência maior ao atraso vacinal, tendo em vista o difícil acesso e locomoção da família, com número maior de crianças, o que demonstraria a importância dos programas de transferência de renda para a manutenção da vacinação em dia.

## CONCLUSÕES

A pesquisa mostrou que, de todos bairros analisados, 86% das crianças estão dentro das curvas de crescimento estabelecidas pela OMS, bem como 67,5% estão com as imunizações em dia. Observou-se que, na área urbana 2, 64,4% das crianças analisadas recebem o benefício do Programa Bolsa Família, índice maior, considerando os demais bairros. E para confirmar o dado de pobreza, segundo o IBGE,<sup>9</sup> dos bairros analisados, este é o bairro com maior índice de carência.

Não foi observada relação significativa entre o recebimento do Programa Bolsa Família e a manutenção do calendário vacinal em dia, assim como o peso por meio da amostra e método utilizado.

Para os profissionais da área da saúde, em especial os das Estratégias de Saúde da Família, estudos semelhantes a este são ricos para medir, de certa forma, como está sendo o impacto de seus trabalhos com crianças de 00 a 4 anos, 11 meses e 29 dias, para que aperfeiçoem suas ações na saúde da criança, seu acompanhamento de puericultura e ações dentro do Programa Saúde na Escola.

Portanto, é necessária também a adoção de ações integradas entre o PBF e setores responsáveis por políticas públicas infantis na área de educação/saúde, a fim de garantir estratégias eficientes para melhorar o cenário atual.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro: IBASE; 2008.
2. Santiago LM, et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2012 dez.; 65(6):1026-9.
3. Monnerat GL, et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007 dez.; 12(6):1453-1462.

4. Wiecekorkiewicz AM, Moreira M, Salgado ED. O poder do Estado e a obrigatoriedade da vacinação na infância: um ensaio sobre os limites entre os interesses coletivos e a autonomia do sujeito. In: III Seminário de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. Criciúma: UNESC; 2014.
5. Mendes IAC. A saúde no Brasil e América Latina: as metas do milênio da ONU e o papel da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004 dez.; 12(6):845-850.
6. IBGE (ed.). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 2013. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento e Orçamento; 2013.
7. Silva DA. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe, Brasil. *Revista Paulista Pediátrica.* 2011 dez.; 29(4):529-535.
8. Escrivão MA, et al. Obesidade no paciente pediátrico da prevenção ao tratamento. São Paulo: Editora Atheneu; 2013.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Relatório técnico preliminar. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de alimentação e nutrição. Brasília; 2009.
11. Guimarães TMR, e cols. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública;* 2009.
12. Andrade MV, et al. Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program. *Cad. Saúde Pública.* 2012 jul.; 28(7):1347-1358.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de alimentação e nutrição, área técnica de alimentação e nutrição. Brasília; 2000.
14. Molina AC, et al. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. *Acta Sci. Health Sci.* 2007; 29(2):99-106.
15. Gonçalves SML, Machado MFAS. Opinião de um gru-

po de cuidadores sobre a imunização básica. Rev. Rene. 2008; 9(1):45-51.

---

Submissão: setembro de 2015

Aprovação: novembro de 2016

---