



Sumário Executivo

**ESTUDO SOBRE O DESENHO, A GESTÃO,
A IMPLEMENTAÇÃO E OS FLUXOS DE
ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE
SAÚDE ASSOCIADAS AO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
(PBF) PARA POVOS INDÍGENAS**

N C PINHEIRO

Brasília
Abril de 2014

SUMÁRIO EXECUTIVO

1.) Apresentação

Este sumário executivo apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos no estudo sobre o desenho, a gestão, a implementação e os fluxos de acompanhamento das condicionalidades de saúde associadas ao Programa Bolsa Família (PBF) para Povos Indígenas, realizado, entre os meses de fevereiro a dezembro de 2013, pela empresa N C Pinheiro, contratada através de processo licitatório realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no âmbito do Processo n.º71000.008.789/2012-37, Contrato Administrativo nº 068/2012.

2.) Objetivos

A pesquisa foi desenhada para responder aos seguintes objetivos específicos:

- Mapear os fluxos de informação e identificar as dificuldades existentes para o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas, tanto do ponto de vista dos arranjos institucionais e normativos definidos pela gestão federal, como a partir das estratégias dos municípios e distritos para localização e acompanhamento das famílias, registro nos mapas de acompanhamento ou no formulário utilizado pelas equipes de saúde e inserção de informações no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde;
- Compreender a dinâmica de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do PBF com perfil saúde¹ referentes a Povos Indígenas por meio de entrevistas com as seguintes categorias de atores: (i) o chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e (ii) o coordenador das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); (iii) o gestor do PBF, (iv) o coordenador municipal do PBF na saúde e o (v) secretário municipal de saúde, nos municípios selecionados;
- Identificar os principais sistemas de informação (informatizados ou não) – distritais, municipais, estaduais e federais – utilizados para o acompanhamento das famílias indígenas com perfil saúde; e,

1 Famílias com “perfil saúde” são aquelas com crianças menores de sete anos e com mulheres entre 14 e 44 anos (prováveis gestantes ou nutrízes). O perfil é determinado com base nos compromissos da área da saúde que se aplicam às famílias beneficiárias, quais sejam: manter atualizado o calendário de vacinação das crianças e levá-las para serem pesadas, medidas e examinadas, conforme o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde. As gestantes devem comparecer ao pré-natal, realizando os exames e participando das consultas nas unidades básicas de saúde. Após o parto, devem continuar o acompanhamento da própria saúde e a do bebê, além de participar de atividades educativas promovidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento e alimentação saudável.

- Coletar sugestões junto aos entrevistados e formular recomendações para o aprimoramento do acompanhamento das condicionalidades de saúde dos Povos Indígenas, com base nos resultados encontrados.

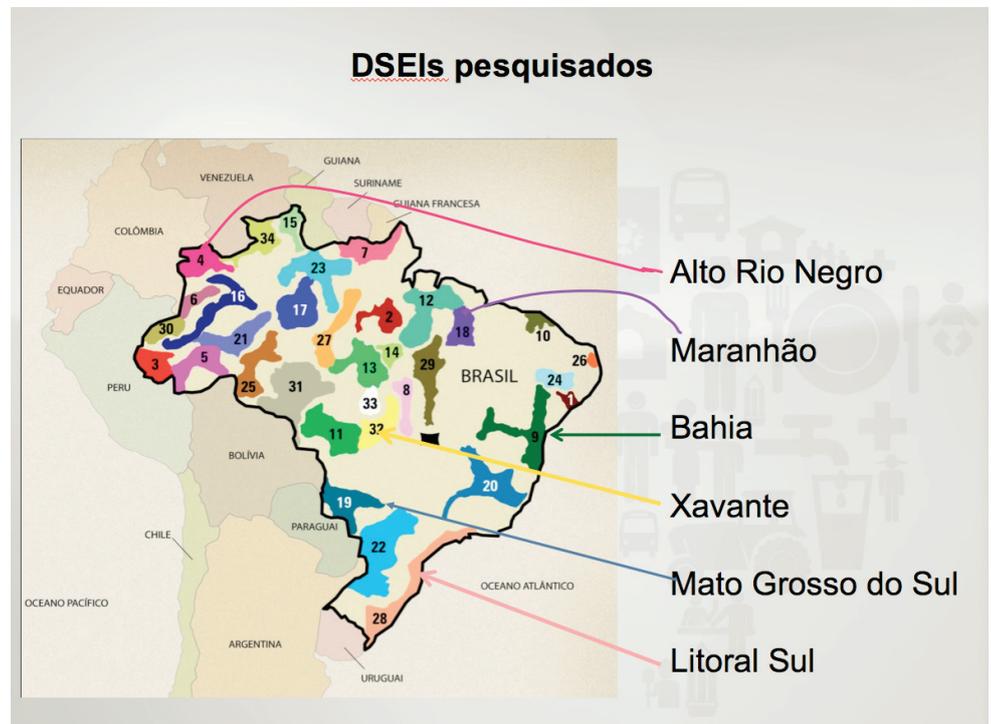
3.) Metodologia

A metodologia utilizada foi a de pesquisa qualitativa. As entrevistas foram realizadas com apoio de roteiro semiestruturado, aprovado pela contratante após elaboração e pré-teste pela contratada. Primeiramente, foram realizadas entrevistas junto aos gestores federais do PBF, sendo três delas na Secretaria Nacional de Renda de Cidadania/MDS, uma na Secretaria de Atenção à Saúde/MS e três junto à gestores da Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS, totalizando sete entrevistas. Na segunda etapa foram realizadas quarenta e oito entrevistas em profundidade junto aos gestores municipais do PBF, coordenadores do PBF na saúde, secretários municipais de saúde e a representantes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) no âmbito dos DSEIs, tais como chefes da Divisão de Atenção à Saúde Indígena e coordenadores das EMSIs

Quadro 1 - Total de entrevistas segundo as categorias de atores

Entrevistado	Nº de Entrevistas
Gestor federal – SESAI/MS	3
Gestor federal – CGAN/DAB/SAS/MS	1
Gestor federal – SENARC/MDS	3
Gestor municipal do PBF	12
Coordenador municipal do PBF na Saúde	12
Secretário municipal de saúde	12
Chefe da DIASI (DSEI)	5
Coordenador de EMSI (DSEI)	6
Área Técnica de Saúde Indígena	1
Total	55

A pesquisa foi realizada em seis DSEI, contemplando dois municípios em cada distrito.



Para cobrir uma ampla gama de situações relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde de famílias indígenas, foram selecionados DSEI que abrangem municípios em todas as regiões do país. Para a escolha dos municípios considerou-se os seguintes parâmetros: o município sede do DSEI e um município distante do município sede – considerando a possibilidade de haver uma variação na qualidade da relação dos DSEI com as respectivas gestões municipais, dentre outros aspectos, em função da proximidade e facilidade de acesso aos serviços de saúde. Além disso, a seleção dos municípios procurou incluir municípios com elevada e com baixa concentração relativa de população indígena beneficiária do PBF – critério que pode interferir diretamente na qualidade da gestão das condicionalidades de saúde do PBF, uma vez que, em municípios com maior concentração de população indígena e, conseqüentemente, com maior concentração de famílias beneficiárias, a cobertura dos serviços de saúde também tende a ser maior.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Estes recursos foram utilizados na análise dos dados, onde o conteúdo das entrevistas foi organizado e analisado de modo a identificar categorias, tendências ou padrões. As análises partem do ponto de vista dos entrevistados, considerando as características da sua função profissional e o contexto onde o problema da pesquisa está inserido.

É importante ressaltar que a pesquisa qualitativa permite gerar hipóteses e identificar determinantes e efeitos sobre o objeto em estudo, mas, por não ser revestida dos critérios necessários aos estudos estatísticos, seus resultados não podem ser generalizados para toda a população. Assim, os resultados deste estudo são válidos apenas para os DSEI e municípios selecionados.

4 Resultados

4.1 Estrutura, organização e abrangência dos serviços do DSEI

A atribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é prestar ações integrais de atenção básica de saúde às populações indígenas aldeadas. A estrutura dos DSEI é composta: i) pela sede administrativa, a sua Divisão de atenção à saúde indígena (DIASI) responsável pela saúde indígena em toda a área de abrangência do distrito, incluindo a aquisição e suprimento de todos os equipamentos e medicamentos necessários à operacionalização das atividades dos Polos Base e das EMSI; ii) pelos Polos Base do tipo II, localizados no município de referência e que foram concebidos para executar funções basicamente administrativas e de apoio às EMSI; iii) pelos Polos Base do tipo I (Postos de Saúde), localizados dentro das aldeias e que servem de base para atividades das EMSI, que são itinerantes, e; iv) pelas Casas de Saúde do Índio (CASAI), que têm a função de abrigar as famílias indígenas que estão em trânsito para tratamento de saúde.

No que se refere às equipes multidisciplinares, conforme os chefes das DIASIs, elas normalmente incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e técnicos de saúde bucal, para além dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

A opinião da maioria dos coordenadores de EMSI é a de que a presença dos AIS nas aldeias é fundamental para um atendimento mais eficiente das equipes de saúde. Cabe ressaltar que, de acordo com alguns coordenadores de EMSI, atualmente o número destes profissionais é calculado com base na população indígena. Porém, desconsidera-se o fato de que a maioria dos distritos é caracterizada por uma grande quantidade de aldeias com pequeno número de famílias dispersas em vasto território. Desta forma, quando se calcula a quantidade de AIS somente com base na população, várias aldeias ficam desprovidas deste profissional que muitas vezes não consegue deslocar-se a todas elas devido as distâncias.

Todos os distritos que participaram da pesquisa enfrentam sérias dificuldades para a operacionalização de suas atividades. A principal razão é a falta de veículos para transporte das equipes. A carência de recursos humanos e equipamentos básicos para as ações de saúde também ocasiona uma baixa qualidade na oferta de serviços de saúde à população indígena. Há casos, entre os DSEI pesquisados, onde até recentemente, as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e das gestantes não estavam sendo executadas; as equipes de saúde vinham priorizando apenas as ações de vacinação ou atuando apenas nas aldeias mais próximas dos centros urbanos.

As estruturas físicas da maioria dos Polos Base do tipo I (postos de saúde), em todos os DSEI, estão em precário estado de conservação, muitas vezes não permitindo ali a permanência das equipes de saúde.

Alguns dos atores entrevistados justificam a atual situação de precariedade dos serviços ao fato de que há época em que os distritos sanitários adquiriram autonomia administrativa, eles não estavam preparados para lidar com processos administrativos de aquisição de bens e serviços, ocasionando um grande atraso nas aquisições. Como os veículos e equipamentos já estavam em estado precário quando os receberam da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e houve demora nos processos de compra, o resultado é a situação de sucateamento dos veículos, que prejudica a mobilidade das equipes e conseqüentemente compromete a efetivação das ações de saúde. Os DSEI que abarcam aldeias espalhadas por grandes áreas geográficas e distantes dos centros urbanos são os mais prejudicados.

Apesar das dificuldades apresentadas em todos os DSEI visitados, os profissionais de saúde que compõem as EMSI demonstram esforços em tentar realizar seu trabalho. Em alguns Polos Base que visitamos é comum a EMSI adquirirem, com seus recursos particulares, os equipamentos necessários às ações de saúde. Em dois Polos Base visitados as equipes contribuem até mesmo com a alimentação dos indígenas hospedados no Polo para tratamento de saúde.

A deficiência na estrutura da rede de saúde só recentemente vem se normalizando. Em todos os DSEI foram relatados o recebimento ou a programação para recebimento de frotas de veículos e equipamentos. Porém, como a organização dos processos de aquisição de bens pelas sedes administrativas é incipiente, até o momento da pesquisa a situação ainda não havia sido modificada.

4. 2 Fluxo das ações de atenção à saúde indígena

Entre os DSEI que, apesar das dificuldades enfrentadas, têm realizado todas as ações de atenção básica, a frequência de visitas às aldeias é de pelo menos uma vez ao mês. Já naqueles que afirmam não estar realizando todas as ações de saúde a frequência de visitas é bimestral.

Nos distritos pesquisados, o cronograma de entrada em área é definido pelas próprias equipes de saúde de acordo com as sua capacidade de oferta (provisões de recursos humanos, equipamento e suprimentos logísticos) e a demanda por atendimento de saúde observada em cada aldeia. Em todas as visitas, diversas ações de saúde são efetivadas, como o acompanhamento de hipertensos, diabéticos e portadores de outras doenças crônicas, além das ações inerentes às condicionalidades de saúde do PBF, sejam elas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de até sete anos, o acompanhamento de pré e pós-natal das gestantes/nutrizes ou o acompanhamento da atualização do calendário vacinal das crianças de até sete anos

Além das dificuldades estruturais, existem ainda as barreiras culturais na aceitação das ações de saúde, principalmente relacionadas à saúde da mulher. O acompanhamento de pré-natal ainda é um desafio, pois a maioria das gestantes indígenas costuma “esconder” a gestação. Isso podendo ser associado

a um atendimento que não considera adequadamente especificidade culturais associadas a gravidez e parto, como o profissional ser do sexo masculino, o que pode implicar tensões conjugais que procuram ser evitadas pelas mulheres. Assim, o número médio de consultas de pré-natal entre as indígenas é baixo porque as equipes só conseguem detectar a gestação quando esta se encontra em estado avançado.

Os dados nutricionais das crianças e gestantes são encaminhados ao DSEI para avaliação nutricional. A normativa determina que as planilhas com o cálculo nutricional retornem às equipes de saúde para dar sequência ao acompanhamento de saúde das crianças e gestantes. Na prática, em alguns DSEI pesquisados estes dados nunca retornam. Alguns profissionais costumam fazer anotações dos dados de saúde coletados que servem de referência para os atendimentos futuros. Esta deficiência no processo da vigilância nutricional dos indígenas é justificada pela carência de nutricionistas. Na maioria dos DSEI visitados existem um ou dois profissionais para atender toda a população indígena. Entre os DSEI pesquisados, em apenas um Polo Base o processo de retorno das informações nutricionais à equipe de saúde acontece de maneira eficiente. Este Polo não registrou nenhum óbito de crianças e gestantes nos últimos anos. Assim, é importante salientar a importância do retorno das informações nutricionais para a efetivação de um autêntico acompanhamento de saúde e controle da mortalidade infantil e materna.

As ações de saúde são registradas nominalmente em formulários físicos e posteriormente digitadas em planilhas de Excel. Em três DSEI pesquisados os Polos Base do tipo II são responsáveis pela digitação e compilação dos dados das ações de saúde das EMSI em sua área de abrangência. Nos demais Polos Base visitados as enfermeiras que compõem as equipes multidisciplinares digitam os dados das ações de saúde em seus próprios computadores e posteriormente repassam os arquivos ao Polo Base ou diretamente ao DSEI quando há falta de computadores e/ou internet nos Polos Base. Apenas os dados consolidados das ações de saúde são enviados mensalmente às sedes administrativas dos DSEI. Os dados nominais das ações de saúde ficam sob a guarda dos Polos Base em formulários físicos e planilhas eletrônicas. O registro de informações é precário por estar sujeito ao uso de equipamentos de propriedade particular dos servidores. A falta de equipamentos próprios do serviço público associado a renovação constante dos servidores, em função da precariedade dos vínculos de trabalho impactam negativamente o registro de informações.

4.3 Os municípios e a saúde indígena

Apesar da diversidade de características dos municípios que participaram do estudo, na maioria deles o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é tratado de forma genérica. Mesmo naqueles com grande concentração de indígenas, as particularidades deste público não são consideradas na gestão do Programa. Dessa forma, não se costuma realizar análises ou monitoramento

sobre os números relacionados às famílias indígenas beneficiárias. Os gestores municipais, em geral, pouco ou nada se atentam para o número de famílias indígenas beneficiárias em seu município, ou para a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde específica desta população.

Entre os treze municípios que participaram da pesquisa, em cinco deles existem indígenas apenas na área urbana da cidade. Os outros oito municípios contemplam famílias indígenas em Terras Indígenas, onde a atenção à saúde desta população é de competência do SASISUS.

Entre estes oito municípios onde a atenção à saúde indígena é atribuição do SASISUS, em cinco deles o acompanhamento das condicionalidades de saúde partem das EMSI. Os outros três municípios, entretanto, são os que concentram o maior número de indígenas entre os municípios pesquisados e onde os gestores municipais de saúde do PBF não conseguiram estabelecer uma interlocução junto ao SASISUS para o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiária do PBF em Terras Indígenas. A dificuldade na interlocução entre os gestores municipais e o SASISUS sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, nestes três municípios, está relacionada à falta de estrutura de serviços enfrentada por ambas as partes, acrescentada por uma grande quantidade de famílias a serem acompanhadas. Se, por um lado, a saúde indígena já enfrenta dificuldades para realizar as ações rotineiras de saúde que lhes são atribuídas, por outro lado, os municípios não dispõem da estrutura necessária para realizar o acompanhamento de forma adequada. Apesar disso, nestes três municípios, o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF em Terras Indígenas está a cargo das Secretarias Municipais de Saúde com pouco ou nenhuma colaboração do SASISUS.

A responsabilidade pela atenção básica à saúde e pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF dos indígenas moradores da área urbana é atribuição da rede municipal de saúde. Não há nenhuma participação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no processo de acompanhamento, mesmo nos casos em que existem agrupamentos de famílias indígenas, nas chamadas “aldeias urbanas”. Assim, em todos os municípios que participaram da pesquisa, os indígenas moradores da área urbana são acompanhados nas condicionalidades de saúde dentro do mesmo modelo adotado para os demais beneficiários. Estando vinculados a uma unidade básica de saúde, caso não compareçam espontaneamente para realizar o acompanhamento das condicionalidades, nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, são enviados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para realizarem a busca ativa.

Nos municípios com grande representatividade de indígenas na população, os gestores municipais dizem reconhecer a situação de maior vulnerabilidade destas famílias em relação aos demais beneficiários pela maior dificuldade de acesso, não só aos serviços públicos, mas também ao mercado de trabalho, o que

é associado ao preconceito ainda observado em algumas regiões, ou à dificuldade línguística, ou ainda ao isolamento de algumas aldeias. Existem esforços para o acompanhamento das condicionalidades das famílias indígenas, mas não há como caracterizar o atendimento prestado aos indígenas como diferenciado.

Já nos municípios com baixa representatividade de indígenas, a justificativa apresentada pelos entrevistados é de que não há como realizar esforços extras quanto à estrutura e monitoramento específico de um número de famílias pouco significativo, em relação à totalidade de famílias que precisam ser acompanhadas nas condicionalidades de saúde. Há casos em que os indígenas são despercebidos pela gestão, como em dois dos municípios onde os gestores do PBF desconheciam a existência de indígenas em sua área de abrangência, atribuindo a existência de famílias indígenas beneficiárias em seu município a um possível erro no cadastramento dessas famílias.

Em contraste com o quadro geral, dois dos municípios pesquisados possuem um modelo de organização de serviços, tanto na administração municipal quanto na gestão do PBF, voltado especificamente ao público indígena. Em um deles, o modelo de serviços adotado pode ser considerado uma iniciativa bem sucedida. Foi criada uma Secretaria de Assuntos Indígenas, dirigida por uma indígena, que faz a interlocução entre as famílias indígenas, as redes municipais de saúde e de assistência social e os representantes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Existe uma grande interlocução entre os entes, que trabalham em parceria no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. As EMSI são responsáveis por realizar o acompanhamento das condicionalidades com o apoio necessário do gestor municipal do PBF e da coordenação de saúde.

A Secretaria de Assuntos Indígenas realiza reuniões mensais com outras pastas municipais e representantes da saúde indígena buscando soluções aos problemas enfrentados por esta população. Através deste diálogo, soluções vêm sendo encontradas para um melhor atendimento às famílias indígenas. Entre as ações criadas por este grupo de discussão estão: o atendimento exclusivo às famílias indígenas em determinado dia da semana nas unidades de saúde e nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sendo que as famílias indígenas também buscam o atendimento nestes órgãos em qualquer dia da semana, recebendo neste caso atendimento prioritário. São realizados também os chamados “mutirões de cidadania”, em que diversos serviços são levados às aldeias mais distantes. Os mutirões contam com a participação das EMSI, de agentes do CRAS, de agentes do Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e de agentes municipais de saúde, ofertando serviços como os de cadastramento, desbloqueio de benefícios, serviços de saúde, acompanhamento das condicionalidades de saúde e atenção às famílias em situação de vulnerabilidade. A cada mês uma das aldeias recebe o mutirão de cidadania. Na coordenação de saúde do PBF existe um profissional responsável exclusivamente pela digitação dos dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários

indígenas, a coordenadora de saúde monitora constantemente os resultados do acompanhamento e, sempre que há necessidade, interage com a saúde indígena para que seja feita a busca ativa pelas famílias em situação de descumprimento. Apesar de a atual gestão ter assumido suas funções em janeiro de 2013 e estar numa fase de organização dos serviços quando da pesquisa de campo, as ações desenvolvidas resultaram em uma cobertura de oitenta e cinco por cento. Este resultado é cinco pontos percentuais superior em relação à cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF de forma geral, ou seja, considerando todas as famílias beneficiárias do Programa com condicionalidades de saúde a serem acompanhadas.

Desta forma, observa-se que a proximidade dialógica entre os entes municipais e os representantes da saúde indígena favorece a identificação de dificuldades, limitações e responsabilidades mútuas. Estimula um trabalho conjunto para um atendimento de melhor qualidade às famílias indígenas. Isso resulta em um ganho não só quantitativo na cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas em um incremento qualitativo nos objetivos intrínsecos do Programa, de dar acesso às populações mais vulneráveis a seus direitos básicos no campo da saúde.

É importante ressaltar que a presença de um representante indígena, que faz o papel de elo entre as partes e traduz com maior propriedade as necessidades e especificidades das famílias indígenas, vem implicando em ações mais eficazes no acompanhamento das condicionalidades. Assim, sua participação no processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde é um forte componente no sucesso obtido pelo município.

O outro município com atenção específica caracteriza-se pela presença de três aldeias localizadas em área metropolitana. Os indígenas deste município optaram por serem atendidos pela rede municipal de saúde e não pelo SASISUS/DESEI. Neste caso, cabe à Secretaria Municipal de Saúde a oferta de serviços de atenção básica aos indígenas localizados nestas aldeias. Existe, na secretaria, uma área técnica de saúde indígena que gerencia todas as ações voltadas a essa população. Essa área trabalha em parceria com a equipe técnica responsável pelas condicionalidades de saúde do PBF no município. Os indígenas que estão agrupados nas aldeias estão vinculados às unidades básicas de saúde que existem dentro das aldeias; os indígenas não aldeados e moradores dos bairros do município são referenciados nas unidades básicas de saúde mais próximas de sua região de moradia. Nas aldeias, os indígenas contam com uma equipe completa de profissionais de saúde, durante toda a semana, em período integral. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF está vinculado ao sistema informatizado de atenção básica municipal. Desta forma, através de consulta à unidade básica de saúde onde as famílias estão referenciadas, tanto as equipes das unidades básicas de saúde, quanto a área técnica de saúde indígena na Secretaria Municipal de Saúde monitoram constantemente o cumprimento das condicionalidades. Caso existam faltosos é realizada a busca

ativa pelas famílias. A estrutura de serviços voltada ao atendimento de saúde das famílias indígenas repercute diretamente nos resultados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias, onde, considerando apenas beneficiários indígenas, a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde, na primeira vigência de 2013, foi de noventa e três por cento, dez pontos percentuais acima do observado entre a população em geral.

4. 4 Organização municipal do PBF

Em todos os municípios pesquisados a gestão do PBF está vinculada às secretarias de Assistencial Social ou órgão similar. A maioria dos gestores possui curso superior e boa parte também possui cursos de pós-graduação. Apenas em três municípios os gestores possuem nível médio de escolaridade.

Já entre os coordenadores de saúde, conforme preconizado nas normas do Programa, a maioria possui curso superior em áreas da saúde, sendo que a maioria é nutricionista; em apenas dois casos os coordenadores são formados em assistência social. Apenas em um município a coordenadora tem nível médio de educação.

Considerando apenas o grau de escolaridade dos gestores, isto parece não influenciar no nível de gestão do PBF. Existem situações bastante variadas quanto ao grau de instrução e os resultados obtidos. Mas onde o baixo nível de escolaridade é associado à falta de capacitação resulta em uma gestão deficiente.

A presença de um Comitê Gestor Intersetorial, conforme preconizado pelas normas do PBF, ainda não é uma realidade nos municípios de interior de estado que participaram da pesquisa. Entre os municípios do interior visitados, apenas um possui um Comitê formalmente instituído; já nas capitais de estado, em todas há um Comitê Gestor Intersetorial do Programa. Porém, mesmo nos municípios onde não há a presença de um comitê formal (com exceção de um deles), existe interlocução entre as áreas de assistência social, saúde e educação, com frequências diversas, para discussão sobre os resultados de cada área e planejamento de estratégias.

A presença de uma Instância de Controle Social (ICS) é pré-requisito para a adesão dos municípios ao PBF. Porém, em quatro dos municípios pesquisados não existe uma Instância de Controle Social do PBF. Nos demais municípios o controle está a encargo dos Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS), sendo que em apenas dois municípios, onde existe um número expressivo de indígenas em sua população há representantes deste público na instância de controle.

Observamos que, na maioria dos municípios onde o trabalho intersectorial está presente, existe um bom índice de cobertura de acompanhamento. Já no único município entre os pesquisados, onde não existe interação entre a gestão e as coordenações do Programa o índice de cobertura alcançado é baixo. Isto sugere que o trabalho intersectorial contribui de forma positiva para os resultados de

acompanhamento. Não é a formalização do Comitê, e sim o trabalho desenvolvido por ele - para além de sua existência puramente formal, jurídica que contribui para um melhor resultado do Programa.

Existem casos nos quais, apesar da existência de um comitê formal, o índice de acompanhamento das condicionalidades de saúde é muito baixo. Desta forma, apesar da importância do trabalho intersetorial, apenas a presença da interlocução entre as áreas gestoras, não se configura como o fator determinante para o melhor desempenho municipal no acompanhamento das condicionalidades.

É importante ressaltar que em apenas um município existe discussão entre as áreas gestoras que considerem especificamente o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas beneficiárias do PBF. O que demonstra não haver uma sensibilização dos gestores quanto à necessidade de considerar as especificidades deste público na gestão do Programa.

O que parece estar fortemente ligado ao desempenho no acompanhamento das condicionalidades de saúde é o modelo de organização dos serviços de saúde adotado pelo município. Nos municípios pesquisados observamos que há uma relação direta entre a proporção populacional coberta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) presentes nas equipes de Saúde da Família e o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Em todos os municípios pesquisados, o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF está vinculado à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que já prevê as visitas domiciliares pelos ACS, onde as condicionalidades de saúde do PBF fazem parte das ações de rotinas destes profissionais. Assim, os municípios que possuem uma grande abrangência de cobertura por ACS apresentam altos índices de cobertura de acompanhamento; já aqueles que possuem baixa cobertura de ACS apresentam baixos resultados no acompanhamento das condicionalidades. Estes achados são similares aos encontrados em um estudo realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS no ano de 2012, sobre Programa Bolsa Família no nível municipal².

Os municípios pesquisados enfrentam dificuldades para aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde, nas áreas descobertas pela ESF, pois, nesses casos, dependem de uma demanda espontânea dos beneficiários em busca do acompanhamento.

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena do SASISUS foram criadas baseadas no modelo de Estratégia de Saúde da Família. Assim, da mesma forma que os ACS, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) realizam as ações de verificação do cartão vacinal,

2 DATAUFF. Estudo sobre o desenho, a gestão, a implementação e os fluxos de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no nível municipal. Relatório Final. Dezembro de 2012.

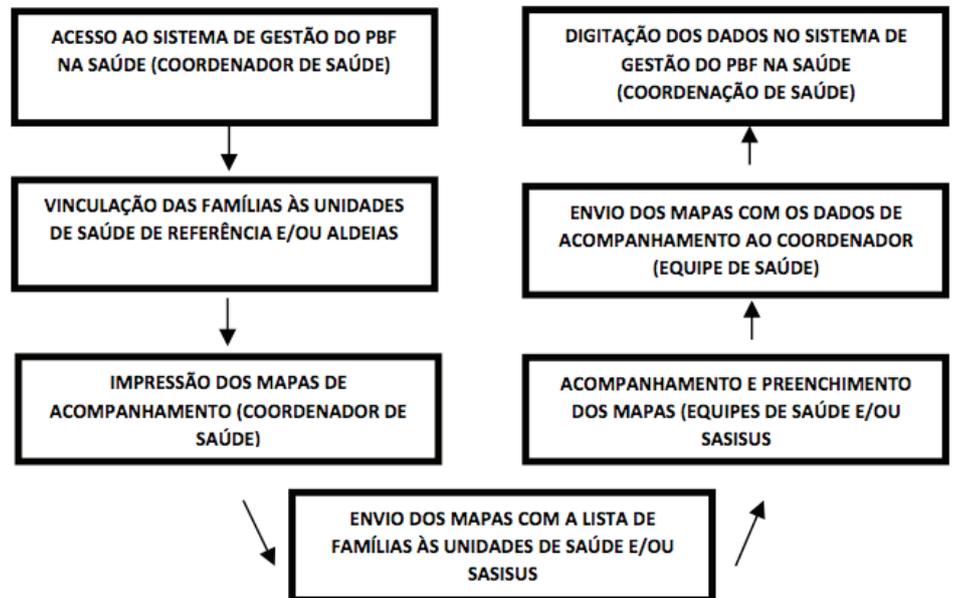
acompanham o desenvolvimento nutricional das crianças e gestantes, entre outras atividades junto às famílias indígenas. Desta forma, o trabalho do AIS dentro das Terras Indígenas é de grande importância para a efetivação das ações de saúde e para um melhor resultado no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas aldeadas beneficiárias do PBF.

Quanto aos sistemas de informação utilizados na gestão do PBF, com exceção de dois municípios, onde o acompanhamento das condicionalidades está vinculado aos sistemas de informação de Atenção Básica Municipal, apenas os sistemas federais (Sistema de Condicionalidades - SICON e o Sistema de Gestão do PBF na Saúde) são citados.

4.5 Processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde

O modelo normativo relatado pela gestão federal referente ao processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde implica que no início de cada vigência do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, os coordenadores de saúde municipais acessem o Sistema de Gestão do PBF na Saúde para obter a lista de famílias que devem ser acompanhadas nas condicionalidades de saúde. Primeiro o coordenador vincula as famílias a serem acompanhadas às unidades de saúde na qual estão referenciadas, em seguida ele imprime os mapas de acompanhamento com a lista de famílias a serem acompanhadas e os encaminha às unidades de saúde. No caso das famílias indígenas aldeadas estes mapas são encaminhados aos representantes do SASISUS. Após a busca e o acompanhamento das famílias, estas listas contendo os dados do acompanhamento retornam ao coordenador de saúde que registra os dados de acompanhamento no Sistema de Gestão do PBF na Saúde.

Figura 1: Modelo normativo do processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde a partir do nível municipal



Entre os municípios pesquisados, seis deles seguem o modelo normativo do processo de acompanhamento. Em três municípios, os coordenadores de saúde enviam os mapas de acompanhamento em branco. Nestes municípios que enviam os mapas em branco, somente próximo ao final da vigência, os coordenadores de saúde imprimem os mapas de acompanhamento com a lista de famílias faltosas, sobre as quais ainda não constam dados sobre o acompanhamento, e encaminham às unidades básicas de saúde e/ou à saúde indígena para que façam a busca ativa pelas famílias. É importante salientar que, para estes três municípios, a impressão dos mapas e digitação dos dados no sistema se torna um desafio: como estão localizados em locais remotos os serviços de internet são muito precários, o que dificulta a execução destas tarefas. A solução encontrada pelas coordenações de saúde é realizar a digitação dos dados no período noturno onde os serviços de internet apresentam maior estabilidade.

Em outros dois municípios, os mapas de acompanhamento sequer são impressos. Os dados são digitados diretamente no sistema de informação através de um papel com os dados de peso e altura do beneficiário (aferidos nas unidades básicas de saúde e/ou pela EMSI) inclusive dos indígenas aldeados, que o próprio beneficiário leva até a coordenação de saúde.

Em outros dois municípios capitais de estado, o acompanhamento das condicionalidades do PBF está vinculado ao sistema informatizado de Atenção Básica Municipal. Assim, não existe o processo de impressão das listas e os dados de acompanhamento são digitados na própria unidade de saúde. Cabe ressaltar que estes municípios abarcam populações indígenas apenas na área urbana.

Nos seis municípios de menor porte entre os pesquisados, o coordenador de saúde é responsável pela digitação dos dados de acompanhamento. Nos demais municípios além do coordenador existem um ou dois técnicos responsáveis por

esta atividade.

4. 6 Fluxo de Acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários indígenas do PBF

A expectativa dos gestores federais quanto ao fluxo de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários indígenas aldeados é de que este é definido no nível local, entre os coordenadores de saúde do Programa e a rede de saúde indígena, através dos DSEI, Polos Base e EMSI. Na opinião desses gestores, na maioria das vezes, o acompanhamento das condicionalidades de saúde parte das EMSI; apenas em algumas exceções as equipes municipais de saúde realizam o acompanhamento diretamente nas aldeias. Para a gestão federal nos casos onde os Polos Base estão na área de abrangência do município o fluxo de acompanhamento mais comum é o de a equipe municipal de saúde interagir diretamente com o Polo Base ou com as EMSI. Assim acontece em cinco municípios estudados. Nestes municípios as coordenações de saúde do PBF enviam os mapas de acompanhamento das famílias indígenas aldeadas a serem acompanhadas à coordenação das EMSI que as distribuem às equipes para que estas efetuem o acompanhamento das condicionalidades. Realizado o acompanhamento, as EMSI entregam os mapas preenchidos à sua coordenação que se encarrega de enviá-los à coordenação de saúde do PBF para que os dados sejam digitados no Sistema de Gestão do PBF na Saúde. O acompanhamento das condicionalidades das famílias aldeadas nestes municípios está vinculado ao cronograma de visitas das EMSI às aldeias para as ações de rotina, ou seja, inclui-se o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF entre as ações que serão realizadas pelas EMSI. As dificuldades no acompanhamento das condicionalidades relatadas nestes municípios que seguem o modelo normativo estão relacionadas à falta de estrutura da saúde indígena para a efetivação das ações de saúde devido à dificuldade de locomoção das equipes, o que impossibilita a busca ativa pelas famílias beneficiárias, e algumas vezes, implica em um atraso na digitação final dos dados de acompanhamento. Porém, de uma forma geral, há uma boa integração ente os entes. Nestes municípios, inclusive, as EMSI participam de reuniões periódicas junto às coordenações de saúde para discutir formas, resultados e ainda receber capacitação das coordenações de saúde. Os mecanismos de indução federal, portanto, tem papel importante para um melhor processo de acompanhamento que resulta em uma maior interação entre os entes.

Quando não existe um Polo Base ou EMSI próximo ao município, na perspectiva da gestão federal normalmente o representante de saúde municipal procura a sede administrativa do DSEI em busca das informações de saúde relativas ao acompanhamento das condicionalidades. Entre os municípios pesquisados, apenas um tem a característica de estar distante do Polo Base. Neste município o fluxo de acompanhamento acontece diretamente entre a coordenação de saúde e a EMSI. Portanto, neste caso, o fluxo não coincide com o esperado pela gestão federal.

Quando da elaboração da presente pesquisa, um dos parâmetros que nortearam a escolha de parte dos municípios a serem incluídos no estudo foi a proximidade com a sede administrativa do DSEI, considerando dentre outros aspectos a possibilidade de haver uma maior qualidade na relação entre o DSEI e as gestões municipais em virtude da proximidade. Na realidade, só em um caso, entre os municípios pesquisados o DSEI participa minimamente do processo de acompanhamento, apenas recebendo os mapas de acompanhamento dos ACS que realizam o acompanhamento nas aldeias, através das EMSI, para repassar à coordenação de saúde. Quem realiza o acompanhamento das condicionalidades nesse município são somente os ACS atuantes na terra indígena, mas contratados pelo município: o ACS envia o mapa de acompanhamento aos cuidados da EMSI, que o entrega na sede do DSEI. Este apenas o encaminha à coordenação de saúde. As EMSI não realizam o acompanhamento; apenas transportam os mapas até o DSEI. Nos demais DSEI, de acordo com os gestores entrevistados, não há nenhuma participação da sede do DSEI no fluxo de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; o fluxo acontece apenas entre os Polos Base e EMSI. Da mesma forma, não há nenhum tipo de orientação ou padronização de procedimentos partindo do DSEI aos demais órgãos em sua estrutura quanto à forma de interação com a rede de saúde municipal ou quanto à efetivação do acompanhamento das condicionalidades. Cabe aos representantes municipais de saúde, Polos Base e EMSI decidir de que forma se dará esta interlocução considerando a realidade local.

As entrevistas realizadas junto aos gestores federais também apontaram a possibilidade de que, em alguns municípios, a título de exceção, não exista uma interação entre as coordenações de saúde do PBF e o SASISUS para o processo de acompanhamento das famílias indígenas aldeadas beneficiárias do PBF. Esta é a situação encontrada em três municípios pesquisados. Sendo que estes municípios possuem grande quantidade de indígenas aldeados em sua área de abrangência. O principal entrave no diálogo entre as partes, no sentido de estabelecer um acordo/parceria para que as EMSI contribuam no acompanhamento das famílias, é a falta de estrutura enfrentada por ambas as partes. Se, por um lado, o SASISUS tem dificuldade para realizar as ações básicas de atenção à saúde que lhes são inerentes, por outro, as redes municipais de saúde não dispõem de recursos para efetivar o acompanhamento de forma adequada devido à distância e dificuldade de acesso às aldeias, além da falta dos recursos humanos necessários. Cabe apontar que esta situação tem acarretado graves consequências na qualidade do acompanhamento e grande dificuldade para as famílias indígenas beneficiárias. Nestes municípios, as famílias indígenas são oneradas com o deslocamento desde as aldeias até o centro urbano para efetivarem a entrega de dados realtivos ao acompanhamento das condicionalidades. Antes, porém, necessitam se deslocar até o posto de saúde indígena mais próximo para que as equipes de saúde anotem os dados de peso e altura das crianças e gestantes em um pedaço de papel que as famílias levam até a coordenação de saúde do Programa para ser digitado. É importante dizer que existem aldeias a 300 km de distância do centro urbano. Há casos de famílias que precisam caminhar muitos quilômetros carregando suas

crianças e gestantes, sem nenhum tipo de auxílio neste deslocamento. Nem a saúde indígena e nem a coordenação de saúde mantêm registros dos dados para um efetivo acompanhamento de saúde das famílias: eles são apenas digitados no sistema.

Chama a atenção o fato de que dois destes três municípios apresentam os maiores índices de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde entre todos os municípios pesquisados (83,2% e 98,6%) considerando a primeira vigência de 2013 do PBF. Para que os índices apresentados por estes municípios tenham sido atingidos, grande parte da população indígena aldeada beneficiária do Programa, necessariamente deve ter sido acompanhada, pois na mesma vigência, a proporção de famílias indígenas entre as beneficiárias com condicionalidades de saúde nestes municípios é de 86,7% e 7,8%, respectivamente. Porém, a forma com que o acompanhamento destes beneficiários tem sido realizado, como visto, não é coerente com altos índices de acompanhamento. A variável que poderia explicar o alto desempenho destes dois municípios é o reforço de informação que as EMSI fazem junto às famílias indígenas sobre a possibilidade de perderem o recurso financeiro caso as condicionalidades de saúde não sejam cumpridas. As equipes de saúde indígena costumam utilizar este recurso até mesmo como meio de indução à aceitação de ações de saúde como a vacinação, por exemplo, pelas famílias indígenas. Considerando que as famílias indígenas nestes municípios estão em situação de extrema vulnerabilidade, onde a grande maioria tem no recurso financeiro proporcionado pelo Programa sua única fonte de dinheiro, com o qual complementam a sua produção de autossustentância, estas famílias possivelmente fazem um grande esforço em se deslocar aos centros urbanos em busca do acompanhamento das condicionalidades devido ao receio de perderem o recurso financeiro. Não foi encontrado outra variável que possa influenciar positivamente nos índices de cobertura de acompanhamento nestes municípios. Como compete aos municípios realizar o acompanhamento das condicionalidades, mas a eles não competem as ações de atenção básica à saúde dos indígenas aldeados, nestes três casos, não há nenhuma ação da rede municipal de saúde em benefício destas famílias com base nos dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde. Por outro lado, a rede de saúde indígena é responsável pela atenção básica de saúde a esta população, mas não tem participação no PBF, portanto nenhuma ação realizada está vinculada ao acompanhamento PBF. Assim, nestes três municípios, o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas beneficiárias do PBF aldeadas é um mero processo para que se cumpra uma tarefa. Os altos percentuais de cobertura de acompanhamento apresentados não se traduzem em ganhos qualitativos para estas famílias no que diz respeito a seus direitos básicos de acesso à saúde, intrínsecos nos objetivos do Programa com o estabelecimento das condicionalidades. Assim, devido às dificuldades enfrentadas para o acompanhamento, das famílias estabelecidas em Terras Indígenas, altos percentuais de cobertura de acompanhamento, necessariamente não estão associados à qualidade de acompanhamento ou a um maior esforço municipal em um efetivo acompanhamento das famílias.

Uma das questões levantadas na pesquisa junto aos gestores federais que se esperava elucidar neste estudo diz respeito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças indígenas beneficiárias do PBF com idade entre cinco e sete anos. Sabe-se que as EMSI realizam o acompanhamento de crianças até cinco anos de idade, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde, enquanto as condicionalidades do PBF abrangem crianças de até sete anos. De acordo com as entrevistas realizadas na rede da saúde indígena, o que ocorre é que, na maioria das vezes, há uma ação específica das equipes de saúde na efetivação do acompanhamento das condicionalidades. As equipes não costumam utilizar dados já coletados nas ações rotineiras de atenção à saúde para o preenchimento dos mapas de acompanhamento. Segundo os entrevistados, não há prejuízo para as crianças entre cinco e sete anos pois são acompanhadas da mesma forma que as demais.

4. 7 Índice de Gestão Descentralizada (IGD)

Todos os municípios pesquisados recebem os recursos do IGD. As responsáveis por gerir a aplicação dos recursos são as secretarias de Assistência Social, que na maioria das vezes optam por empregá-los na gestão do Cadastro Único e na estrutura dos CRAS. Na maioria dos municípios existe discussão entre a gestão municipal do PBF e os coordenadores de saúde e educação do Programa sobre a aplicação destes recursos. Porém, em quase todos os municípios, as coordenações de saúde se beneficiam apenas de uma pequena parcela, na forma de custeio de equipamentos de informática e material de expediente para a atividade de digitação dos dados de acompanhamento das condicionalidades. Em quatro dos municípios pesquisados não há repasse à área de saúde. Nos municípios em estudo, não existe emprego deste recurso especificamente para o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários indígenas do PBF.

4. 8 Impressões sobre o PBF para povos indígenas

Para os entrevistados, o recurso financeiro proporcionado pelo Programa Bolsa Família é muito importante para as populações indígenas, pois para a grande maioria o recurso é a única fonte de renda monetária.

Alguns dos gestores federais mencionaram a possibilidade de que em alguns locais os cartões para saque do benefício do PBF de indígenas estariam sendo retidos por comerciantes locais. Apesar de este assunto não ter relação com o principal objetivo deste estudo, foi solicitado pelos gestores federais uma melhor investigação a respeito junto aos gestores municipais. Assim, a pesquisa aponta, através de relatos de alguns entrevistados, que esta situação realmente ocorre em alguns dos municípios estudados. O único motivo citado para a existência destas situações é a dificuldade de acesso das famílias indígenas aos centros urbanos. Devido à distância da maioria das aldeias, as famílias não possuem recursos financeiros para se deslocarem mensalmente. Assim, realizam compras de mantimentos para longos períodos e em garantia de pagamento pelas dívidas assumidas os comerciantes locais ficam de posse do cartão e sacam mensalmente os benefícios das famílias indígenas. Em um município da região Norte e outro da

região Nordeste, segundo a percepção dos atores entrevistados, a dimensão deste problema assume grandes proporções, onde os relatos indicam que a maioria, se não a totalidade, dos beneficiários indígenas tem seus cartões retidos. Há casos também na região Centro-Oeste. Já nos municípios estudados das regiões Sul e Sudeste, os entrevistados desconhecem este tipo de situação.

4.9 Considerações finais

Em primeiro lugar, cabe destacar que a experiência obtida em cada um dos DSEI pesquisados nos leva ao entendimento de que existe um grande esforço por parte das equipes multidisciplinares de saúde indígena para a execução de suas atividades. Na maioria das vezes encontramos profissionais dedicados e sensibilizados com as dificuldades enfrentadas pela população indígena que em sua maioria se encontra em situação de extrema vulnerabilidade. Muitos dos profissionais de saúde custeiam equipamentos, alimentação, ligações telefônicas com seus próprios recursos para desenvolver suas atividades. Contudo, apesar dos esforços observados, a precariedade na estrutura de serviços enfrentada pelas equipes de saúde, principalmente com a falta de transporte para as EMSI, tem resultado em uma prestação de serviços deficiente à população indígena, assim como no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Os DSEI que abarcam um grande número de aldeias ou em que as aldeias estão distribuídas em uma grande área geográfica são os casos que se destacam.

Entre os municípios pesquisados, aqueles que não conseguiram estabelecer uma parceira junto à saúde indígena são os que possuem grande número de indígenas em sua área de abrangência. O principal entrave no diálogo entre as partes, nestes municípios, está relacionado à falta de estrutura para realizar o acompanhamento das famílias. Enquanto a rede de saúde indígena enfrenta dificuldades para realizar as suas atribuições básicas, os municípios não dispõem de recursos para realizar o acompanhamento de forma adequada. Desta forma, principalmente nestes municípios, a qualidade e a cobertura de acompanhamento das famílias indígenas está bastante comprometida devido à dificuldade de acesso a estas famílias.

É preciso lembrar que as condicionalidades de saúde do PBF foram estabelecidas com o objetivo de dar acesso ao cidadão a seus direitos básicos de atenção à saúde e espera-se que o acesso à rede de saúde por estas pessoas contribua entre outros para uma menor taxa de mortalidade infantil e materna.

Especificamente nestes municípios onde ainda não se estabeleceu uma parceria entre a rede municipal de saúde e o SASISUS, o procedimento de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF das famílias indígenas aldeadas se resume a um processo para a execução de uma normativa voltada para o funcionamento da máquina administrativa, sem que se foque de forma eficaz os efeitos a serem atingidos de garantir direitos, tal como concebido no desenho da política pública.

4. 10 Recomendações

Muitos dos atores entrevistados acreditam que ações estruturantes tanto das redes municipais de saúde quanto do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena precisam ser implementadas para que os objetivos intrínsecos das condicionalidades de saúde sejam alcançados junto às populações indígenas aldeadas. Alguns acreditam que o governo federal deva normatizar a participação do SASISUS no acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários em Terras Indígenas, bem como esclarecer quais as responsabilidades e como os entes municipais devem proceder nos casos de beneficiários do Programa localizados nestas áreas, pois o acompanhamento compete ao município, mas a responsabilidade sob as ações de Atenção Básica à Saúde deste público cabe ao SASISUS. Este impasse, motivado pela falta de estrutura de ambas as partes para efetivar o acompanhamento, vem ocasionando uma má qualidade no acompanhamento das condicionalidades, além de deixar diversas famílias indígenas à margem do acompanhamento.

Acredita-se que é necessário formular uma regulação conjunta entre o MS e o MDS que melhore ou crie a articulação entre os municípios e os DSEI como mecanismo indutivo para a solução do impasse entre os entes e para que se obtenha um efetivo e competente acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas.

As condicionalidades de saúde do PBF têm sido utilizadas como meio de indução para a aceitação das ações de saúde pelas famílias indígenas. É importante que se estabeleça uma adequada ação de comunicação junto às equipes de saúde do SASISUS que possibilite uma conversão do entendimento pragmático focado na obtenção do benefício financeiro do Programa para um argumento com eixo nos direitos básicos de acesso à saúde e na responsabilidade compartilhada pela sua efetivação entre o serviço público e a família.

Por fim, em nenhum dos municípios estudados existe retorno dos dados de saúde dos beneficiários do PBF às equipes de saúde para que se faça um efetivo acompanhamento nutricional junto às crianças e gestantes. Os mapas de acompanhamento deveriam ser enviados às bases que fornecem os dados de peso e altura com o diagnóstico nutricional para que exista um autêntico acompanhamento de saúde e não apenas para o cumprimento de uma tarefa. Esse retorno é fundamental para o monitoramento da saúde e bem-estar das famílias indígenas.

Destaca-se como boas práticas, âmbito municipal: a criação de coordenação específica, com inserção de profissionais indígenas na gestão, conselho ou grupo gestor atuante, que foverçam a interlocução entre os entes, principalmente entre os municípios e DSEIs/SASISUS.

Em relação a estrutura organizacional nos DSEIs, é aconselhável repensar a distribuição de AIs considerando números de famílias mas também a sua dispersão e as distâncias a serem percorridas para seu devido acompanhamento.

Ficha Técnica

Execução da Pesquisa

N C PINHEIRO

Pesquisadores

Neida Cortes Pinheiro (coordenadora)

Sara Berardi

Unidades Responsáveis

Secretário de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI/MDS

Paulo de Martino Jannuzzi

Diretora de Avaliação - SAGI/MDS

Júnia Valéria Quiroga da Cunha

Equipe de acompanhamento da pesquisa - DA/SAGI/MDS

Alba Lucy Giraldo Figueroa

Bruno Cabral França

Júlio César Borges

Marco Antônio Carvalho Natalino

Marina Pereira Novo

Marta Battaglia Custódio

Pedro Stoeckli Pires

Renata Mirandola Bichir

Secretário Nacional de Renda de Cidadania – SENARC/MDS

Luiz Henrique da Silva de Paiva

Diretor do Departamento de Condicionalidades – SENARC/MDS

Daniel de Aquino Ximenes

Coordenador Geral de

Acompanhamento de

Condicionalidades – SENARC/MDS

Marcos Maia Antunes

Colaboradores

SENARC/MDS:

Alda Lúcia Monteiro de Souza

Carolina Gonçalves Pinheiro

Catarina Mendonça Ferreira Lima

Pinheiro

Daniela Spinelli Arsky

Flávio Cireno Fernandes

Kyara Michelline França

SESAI/MS:

Mariana Ferron

Raimunda Formiga

CGAN/DAB/MS:

Maria Fernanda Moratori Alves

Maria Q. Maia

Revisão deste Sumário Executivo

Alba Lucy Giraldo Figueroa

Júlio César Borges

Edição e Diagramação deste Sumário Executivo

Diagramação

Jonathan Felipe da Silva Fernandes

Fotografia da capa

Ubirajara Machado

Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

Esplanada dos Ministérios | Bloco A | Sala 323

CEP: 70.054-906 Brasília | DF

Fone: 61 2030-1509 | Fax: 2030-1529

www.mds.gov.br/sagi