

PATRÍCIA SILVA AVELAR

**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM COMUNIDADES
INDÍGENAS *TERÉNA***

CAMPO GRANDE
2014

PATRÍCIA SILVA AVELAR

**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM COMUNIDADES
INDÍGENAS *TERÉNA***

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de mestre

Orientador: Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki
Coorientadora: Prof^a. D^{ra}. Dulce L. B. Ribas

CAMPO GRANDE

2014

Ficha catalográfica

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA SILVA AVELAR

**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM COMUNIDADES
INDÍGENAS *TERÉNA***

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de mestre

Resultado: _____

Campo Grande – MS, 06 de junho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dr. Levi Marques Pereira
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Profª Drª Renata Palópoli Pícoli
Universidade Anhanguera/Uniderp

Dedico a meus Pais, Espiritual e terreno,
e a você Andre, amado e leal companheiro,
que são a razão e o sustento desta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem confio os meus dias e minhas decisões, falas, viagens;
Aos meus Pais e à minha família: minha origem, minha essência;
Aos verdadeiros amigos, família de coração. Nesta etapa, alguns foram vitais: Paula, Álvaro, Fabiana, Renato, Gabi, Gigi, Ju e Matheus;
Ao Prof. Edson, inesgotável fonte de ensinamentos e exemplo de pesquisador. Os aprendizados foram (e serão) essenciais a minha vida;
À Prof^a Dulce, que confiou a mim este projeto e outras tantas importantes experiências como pesquisadora e como pessoa. Pela oportunidade de trabalhar com este tema tão enriquecedor (de alma e de conhecimento);
Ao GEPPI, grupo de tantas identidades e um só propósito. Em especial: à Vania e à Helizandra, conhecidas de tantas e tantas risadas e inúmeras descobertas; à Alini, mestre na arte de entender este grupo; à Renata, que esteve na base deste novo ciclo; à Keyciane, cúmplice dos sábados distantes de casa; à Lilian, pessoinha tão doce; ao Giuliano, arrancou muitas gargalhadas minhas; ao Helio e à Sônia, que a nós se dedicaram; ao Adhemar, amigo e guia;
Às comunidades *Teréna* Córrego do Meio, Lagoinha e Tereré, que foram a fonte de tantas descobertas e de um carinho inexplicável. Obrigada por terem aberto as portas das suas casas e dos seus corações para nós;
À Prefeitura Municipal de Sidrolândia e a todos os envolvidos nesta pesquisa, que nos receberam prontamente;
À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT) que financiou esta pesquisa;
A você Andre, companheiro, amante, amigo e minha paz de espírito. Obrigada pela compreensão e pelo apoio constante. Nós conseguimos!!!

“Eis que envio um anjo à frente de vocês para protegê-los por todo o caminho e fazê-los chegar ao lugar que preparei.” (Êxodo, 23:20)

RESUMO

A população indígena brasileira é formada por grupos étnicos vulneráveis que apresentam um complexo quadro de saúde e condições de vida precárias e que, a partir de 2003, passaram a ser beneficiados pelo Programa Bolsa Família (PBF), política pública federal que visa melhorar as condições de vida das famílias beneficiadas através de transferência de renda condicionada à utilização de serviços básicos de saúde, educação e assistência social, de promoção de práticas integradas de gestão e de criação de programas sociais complementares. Considerando o impacto potencial dessa política na redução da vulnerabilidade da população indígena, este estudo visou avaliar a implementação do PBF em nível municipal e a adequação das ações deste Programa às particularidades da população indígena *Teréna* do município de Sidrolândia, Mato Grosso do Sul. Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012 foram realizadas entrevistas com os informantes-chave envolvidos na gestão municipal local, com membros das instâncias de controle social do município e com as famílias indígenas *Teréna* beneficiárias do PBF das aldeias Lagoinha, Córrego do Meio e Tereré da Terra Indígena Buriti. Verificou-se que gestão local do PBF apresenta inadequações no cumprimento do preceito da intersectorialidade, visto que não são realizadas ações integradas entre todos os intervenientes envolvidos na sua execução. Apesar de uma melhor cobertura que a média do país, observam-se falhas no processo de cadastro das famílias indígenas do município, bem como inadequações no desenvolvimento e monitoramento das ações de saúde e assistência social. Constatou-se a falta de representatividade das comunidades indígenas nas instâncias de controle social e inadequação na articulação e promoção de oportunidades para o desenvolvimento das capacidades individuais e da emancipação sustentada das famílias em função das particularidades da população estudada. Constata-se a necessidade de aperfeiçoamento do processo de implementação do PBF no município de forma a atender as particularidades dessa população e de atingir melhores níveis de efetividade das ações do PBF.

Palavras-chave: Avaliação de Programas, Programa Bolsa Família, População Indígena, Indios *Teréna*, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The Brazilian indigenous population consists of vulnerable ethnic group, presenting a complex state of health and poor living conditions. The Programa Bolsa Família (PBF) is a conditioned public policy, established in 2003 that aims to transfers federal funds to elected families and improve their life quality. Thus, the PBF provide the basic health service, education and social assistance, furthermore it make easier the access to others complementary social program. Considering the potential impact of this policy on reducing vulnerability of the indigenous population, this study aimed to evaluate the implementation of PBF at the municipal level and the adjustment of its actions to the Teréna indigenous population. The essay was performed from January 2011 to December 2012 at the aldeias Lagoinha, Córrego do Meio and Tereré from Terra Indígena Buriti, located in Sidrolândia, Mato Grosso do Sul. The interviews were performed to the key-members of the local government, beneficiated indigenous families and to the members of local community social council. The main result of the research indicated that the local administration shows shortcoming in the fulfill the intersectoral approach, since it doesn't promote integrated actions between its involved departments. Even with better coverage than the national average, the PBF indigenous coverage indicate failures in the process of registration of indigenous families in the municipality as well as inadequacies were found in the development and monitoring of health and social services. Moreover, lack of representation of indigenous in the local community social council also infer a failure and was found inadequacies in articulating and promoting opportunities for the development of individual skills and sustained empowerment of the indigenous families included in that research. In this way, the municipal policy needs improving the implementation process in the county to meet particularities of this indigenous population and to achieve higher levels of effectiveness of the actions of PBF.

Keywords: Evaluation research, Programa Bolsa Família, South American Indians, Indians Teréna, Public Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e distribuição percentual do total de famílias indígenas de baixa renda, cadastradas, elegíveis e beneficiadas pelo PBF das populações total e indígena do Brasil e de Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	72
Tabela 2 – Número e porcentagem de beneficiários titulares indígenas do PBF por aldeia, segundo sexo, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	75
Tabela 3 – Número e porcentagem de entrevistados que tinham conhecimento das reuniões do PBF e já haviam participado de pelo menos uma reunião, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	79
Tabela 4 – Distribuição percentual de preenchimento do Cartão da gestante para Peso, Índice de massa corporal (IMC), Altura uterina (AU), Pressão arterial (PA), Batimento cardíaco fetal (BCF) e Movimento fetal (MF), Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	87
Tabela 5 – Distribuição percentual de preenchimento do Cartão da criança para Peso, Estatura, Desenvolvimento e Calendário vacinal (CV), Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Cartograma da população indígena no Brasil	21
Figura 2 –	Relação das etnias com maior número de indígenas por localização do domicílio no Brasil	22
Figura 3 –	Mapa dos municípios de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, Mato Grosso do Sul, Brasil, com destaque para as Terras Indígenas Buriti e Buritizinho	24
Figura 4 –	Esferas e órgão envolvidos na implementação, execução e gestão do PBF	31
Figura 5 –	Atividades de gerenciamento do PBF em nível municipal	33
Figura 6 –	Condicionalidades do PBF segundo população alvo e periodicidade de coleta de dados	34
Figura 7 –	Mapa de distribuição dos DSEI no Brasil	39
Figura 8 –	Serviços e estruturas institucionais do município disponibilizados para a execução do Programa Bolsa Família junto às comunidades Indígenas	54
Figura 9 –	Fluxograma do monitoramento das condicionalidades por secretaria municipal	66
Figura 10 –	Total de famílias indígenas residentes e sua relação entre o número de famílias indígenas cadastradas, elegíveis e beneficiadas pelo PBF	71
Figura 11 –	Distribuição percentual do total de famílias de cadastradas beneficiadas e não beneficiadas pelo PBF nas populações total e indígena do Brasil e de Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	73
Figura 12 –	Distribuição quantitativa do total de famílias indígenas residentes e entrevistadas segundo a aldeia, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	74
Figura 13 –	Beneficiários titulares indígenas chefes de família segundo o sexo, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	76
Figura 14 –	Total de beneficiários titulares indígenas segundo a ocupação, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	77
Figura 15 –	Número total de entrevistados, número dos que sabiam das reuniões do PBF promovidas pelo município e número dos que participaram de pelo menos uma destas reuniões por aldeia, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	80
Figura 16 –	Temas relacionados às condicionalidades citados nas reuniões do PBF, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	81
Figura 17 –	Cursos ofertados e cursos elencados pelos entrevistados como sendo de interesse da comunidade, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	83
Figura 18 –	Regras do PBF citadas pelos entrevistados como condicionalidades, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	85
Figura 19 –	Destinação do gasto realizado com o benefício recebido pelo PBF, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	86
Figura 20 –	Distribuição percentual das respostas relacionadas à importância do benefício nos gastos da família Sidrolândia/MS, Brasil – 2012	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígenade Saúde
AU	Altura Uterina
BCF	Batimento Cardíofetal
CadÚnico	Cadastramento Único
CGPBF	Conselho Gestor do Programa Bolsa Família
CMAS	Conselhos Municipais de Assistência Social
CMPBF	Comitê Municipal do Programa Bolsa Família
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CV	Calendário Vacinal
DSEI	Distrito Sanitário de Saúde Indígena
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNDECT	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul
GEPEI	Grupo de Estudos e Pesquisas com Populações Indígenas
Ibase	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Instâncias de Controle Social
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IMC	Índice de Massa Corporal
Ipea	Instituto de Pesquisas e Economia Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação
MF	Movimento Fetal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAA	Programa Nacional de Acesso à Alimentação
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Terra Indígena
UFMS	Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
VISA	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 A população Indígena no Brasil	19
2.1.1 Os <i>Teréna</i>	22
2.2 O Programa Bolsa Família	26
2.2.1 Implementação do Programa Bolsa Família	30
2.2.2 Gestão do Programa Bolsa Família	32
2.2.2.1 Condicionalidades do Programa Bolsa Família	34
2.2.2.1.1 Condicionalidades da assistência social	35
2.2.2.1.2 Condicionalidades da saúde	36
2.2.2.1.3 Condicionalidades da educação	40
2.2.2.2 Controle social no PBF	40
2.3 A avaliação das ações em saúde do PBF	42
2.3.1 A Pesquisa Avaliativa	42
2.3.1.1 Aspectos avaliativos em saúde	44
3 OBJETIVOS	46
3.1 Geral	46
3.2 Específicos	46
4 MATERIAL E MÉTODO	47
4.1 Tipo e local do estudo	47
4.2 Coleta e análise dos dados	48
4.2.1 Primeira etapa	48
4.2.2 Segunda etapa	49
4.2.3 Terceira etapa	51
4.3 Aspectos éticos	52
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 A gestão municipal do PBF	54
5.1.1 Gestão Intersetorializada	55

5.1.2 Acesso das famílias beneficiadas aos serviços básicos e monitoramento das condicionalidades	57
5.1.2.1 (Re)Cadastramento das famílias	58
5.1.2.2 Reuniões sócio educativas com vistas à sensibilização das famílias para o cumprimento das condicionalidades	59
5.1.2.3 Acompanhamento nutricional e cumprimento do calendário vacinal para crianças e acompanhamento de gestantes e nutrizes	60
5.1.2.4 Frequência escolar para alunos entre 6 e 17 anos	62
5.1.2.5 Articulação, capacitação e mobilização dos agentes envolvidos no acompanhamento do cumprimento das condicionalidades	62
5.1.2.6 Acompanhamento do cumprimento das condicionalidades da saúde, formalização do descumprimento e registro nos sistemas de informação	63
5.1.3 Implementação de programas complementares: emancipação sustentada das famílias	67
5.1.4 Controle social: organização e atribuições	68
5.2 O Programa Bolsa Família e os beneficiários indígenas	71
5.2.1 Cobertura para as famílias indígenas	71
5.2.2 Caracterização da população indígena estudada	73
5.2.3 Ações desenvolvidas na comunidade e participação dos beneficiados	79
5.2.4 Conhecimento do programa e uso do benefício	84
5.2.5 Cumprimento das condicionalidades	87
6 CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	103
ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

Segundo registros na história indigenista no Brasil, estima-se que o número de nativos à época da chegada dos europeus variava entre 1 a 10 milhões de indivíduos, sendo que o decréscimo populacional se deu continuamente ao longo dos séculos (FUNAI, 2011; MELATTI, 2007). Entretanto, tem se verificado uma inversão da tendência de queda na população indígena no Brasil desde a década de 1970. Atualmente, o país tem cerca de 821 mil indivíduos, apresentando um aumento de 11,2% do ano 2000 para 2010, sendo aproximadamente 230 povos que se expressam em 180 línguas, com mais de 30 famílias linguísticas diferentes (FUNAI, 2011; IBGE, 2010a; MELATTI, 2007; PAGLIARO, 2010).

O estado de Mato Grosso do Sul possui 72 mil índios, o que equivale a segunda maior população indígena do país, sendo que no município de Sidrolândia são cerca de dois mil que vivem em aldeias localizadas nas zonas rural e urbana (IBGE, 2010a). A etnia que prevalece neste município é a *Teréna*, com as primeiras famílias se estabelecendo na região em meados do século XVIII (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Segundo Azanha (2005), as principais características dos *Teréna* são a aptidão histórica para agricultura familiar; a formação de sociedade patrilinear; a representatividade político-administrativa pelos caciques e a relação com outras culturas, que levou a uma adaptação a ambientes diversos.

O processo histórico revela fatos de violação de direitos e de relações de desvantagens aos indígenas no Brasil, que culminaram na formação de sociedades complexas, cujas especificidades devem ser consideradas quando são formuladas políticas públicas que visem atender a estes grupos populacionais (BRAND; COLMAN; COSTA, 2008; COIMBRA JR; SANTOS, 2000; RIBAS; PHILIPPI, 2005).

Estudos recentes demonstram que a população indígena possui perfil socioeconômico crítico de vulnerabilidade, inserindo-se no grupo da pobreza ou da extrema pobreza, com baixos níveis de escolaridade e condições precárias de vida, quando se considera o saneamento básico, o acesso à água potável e destinação do lixo. Apresentam ainda um quadro complexo de saúde, no qual coexistem casos expressivos de doenças infecto-parasitárias e de déficit nutricional, com o aumento

de casos de doenças crônicas degenerativas, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (FÁVARO *et al.*, 2007; PEREIRA, 2011; PÍCOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006; RIBAS *et. al.*, 2001; SAAD, 2005).

Na tentativa de amenizar o quadro de vulnerabilidade existente no país, políticas públicas federais têm sido implantadas e os programas de transferência de renda vêm sendo utilizados desde o final do século XX. Visando consolidar uma estratégia nacional de transferência de renda condicionada e com a finalidade de substituir e unificar os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal vigentes na época, em 2003 o governo federal cria o Programa Bolsa Família (PBF).

Esta política pública tem como elemento fundamental o combate à fome, à pobreza e à insegurança alimentar e nutricional, por meio da inclusão social das famílias beneficiadas de forma sustentada, proporcionando condições para que estas famílias saiam da linha da pobreza com a distribuição de benefícios proporcionais, facilitação ao acesso aos direitos sociais básicos de saúde e nutrição e o estímulo à emancipação (BRASIL, 2003, 2004a; 2004b; 2004c). Já as famílias beneficiadas devem cumprir algumas condicionalidades que visam à melhoria na qualidade de vida, por meio de benefícios de políticas nas áreas de assistência social, saúde e educação. E para que tais obrigatoriedades sejam cumpridas, os governos devem ofertar os serviços básicos nestas áreas em quantidade e qualidade suficientes (BRASIL, 2004d, 2005b, 2012; BRONZO, 2010; SENNA, 2012).

Aa normativas referentes à gestão das condicionalidades do PBF determinam que as ações devem ser desenvolvidas de forma articulada entre os setores de execução do programa nas três esferas do governo e por meio da criação de parcerias entre os órgãos e instituições, governamentais e não governamentais (BRASIL, 2004d, 2005b; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; QUINHÕES, 2010).

Para que as políticas públicas desenvolvidas em uma sociedade tenham de fato o impacto esperado, é necessário que suas particularidades sejam consideradas, pois as expectativas demandadas podem ser as mesmas, mas o modo como essas serão atendidas é específico, sendo a focalização um item fundamental. Ou seja, devem ser considerados os diferentes graus de escolaridade e renda, os valores socioculturais, o modo de inserção no meio, as relações

peçoais, entre outros. Alguns autores discutem a importância das avaliações dos resultados e dos efeitos da ação pública, visto que essenciais para determinar o alcance dos objetivos estabelecidos (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; SANTOS; SANTOS, 2007).

Com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos programas governamentais e garantir que os objetivos sejam atingidos, faz-se primordial aprimorar a avaliação e o monitoramento destes, contemplando os processos, os impactos e a eficiência das atividades desenvolvidas.

Considerando o PBF como uma política de transferência de renda que visa atender à população de baixa renda, gerando impacto na qualidade de vida e provendo a inclusão social destes indivíduos; ela deve considerar as particularidades da população indígena que é bastante representativa no cenário estadual, para obter os resultados esperados. Assim, pode-se observar que a avaliação deste programa constitui-se não somente um compromisso em função da vulnerabilidade e particularidades deste grupo étnico, mas também um grande desafio a ser enfrentado para melhorar a qualidade da gestão, a efetividade do PBF e a viabilidade dos serviços prestados para este grupo populacional.

Nesse sentido, este estudo visa avaliar a implementação do PBF em nível municipal e a adequação das suas ações às particularidades dos indígenas da etnia *Teréna* residentes nas comunidades rurais (Lagoinha e Córrego do Meio) e urbana (Tereré) localizadas nas Terras Indígenas Buriti e Buritinho, respectivamente, do município de Sidrolândia, Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A população indígena no Brasil

Segundo o Estatuto do Índio (BRASIL, 1973), índio é “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”, vivendo isolados, em integração ou integrados na sociedade nacional. Para a FUNAI (2011), o critério da auto-identificação étnica é o mais utilizado atualmente pelos estudiosos da área para definir os indígenas.

A Constituição Federal brasileira de 1988 foi um marco na política para os indígenas, uma vez que ela contempla seus interesses e reconhece seus modelos de organização social, costumes, tradições e o direito à terra (BRASIL, .) No ano de 2004, com a promulgação da convenção de nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o governo federal assume mais um compromisso em relação a estes povos, no sentido de garantir seus direitos básicos (SILVA, 2008).

Os povos indígenas que hoje habitam a América do Sul, segundo a teoria mais aceita na atualidade, são procedentes de povos caçadores oriundos da América do Norte que se espalharam por todo território brasileiro (FUNAI, 2011). A chegada dos colonizadores europeus ao final do século XV, com o advento do desenvolvimento, o surgimento de novas doenças e a dispersão de diferentes culturas e modelos de organização social, gerou intensas transformações nos padrões de vida das sociedades pré-coloniais. Desde então, os indígenas vêm sendo expostos a sanções legais, que culminaram ou em carnificinas ou na submissão, levando-os à marginalização, com a diminuição significativa de posses e bens (MELATTI, 2007; FUNAI, 2011).

Esses grupos populacionais experimentam condições de existência diversas, que resultam na maior ou menor conservação da autonomia cultural, dependendo da

região em se localizam, do ritmo de expansão da sociedade nacional e das pressões a que são submetidos (JUNQUEIRA, 2008). Lagdon e Wiik (2012, p. 178) partem do pressuposto que:

[...]a cultura é um fenômeno total e que, portanto, provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilha, orientando, dessa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão do mundo e práxis social.

Apesar das significativas mudanças sociais, culturais, religiosas, econômicas e fundiárias a que os povos indígenas foram submetidos ao longo dos séculos, as formas de organização, as práticas sociais, os valores, as normas e o modo de vida baseado na cosmovisão desta população revelam que a distinção étnica é um importante fator que deve ser analisado ao serem desenvolvidas atividades em qualquer comunidade indígena (BRAND; COLMAN; COSTA, 2008; KABAD; PÍCOLI; ARANTES, 2011).

A maioria das Terras Indígenas (TI) é formada por comunidades empobrecidas que apresentam precárias condições ambientais, como falta de saneamento e incorreta destinação do lixo; descontinuidade das ações básicas de saúde, com o surgimento de quadros de saúde complexos, elevada frequência de doenças infecto-parasitárias associadas ao aumento no número de casos de doenças crônicas, mudanças nos padrões alimentares e aumento do sedentarismo; além da redução das áreas de plantio e, conseqüentemente, da disponibilidade de alimentos tradicionais; entre outros (CALDAS; SANTOS, 2012; SANTOS; COIMBRA JR, 2005).

O governo federal atesta a condição de desvantagem destes grupos étnicos ao promulgar a convenção 169 da OIT, onde se lê que:

[...] em diversas partes do mundo esses povos não podem gozar dos direitos humanos fundamentais no mesmo grau que o restante da população dos Estados onde moram e que suas leis, valores, costumes e perspectivas têm sofrido erosão frequentemente (SILVA, 2008, p. 55)

Em 2010, o Brasil possuía 821 mil indígenas autodeclarados distribuídos pelo território nacional (Figura 1), revelando um aumento de 11,2% da população indígena no país em relação ao ano de 2000 (IBGE, 2000; 2010b), situação que vai de encontro à tendência de desaparecimento que se projetava em meados do século XX (PAGLIARO, 2010). Essa situação também influencia na realidade dos indígenas em relação ao reconhecimento dos seus direitos, uma vez que os grupos étnicos passam a ter mais espaço para a redefinição de suas identidades e na afirmação de suas diferenças em meio à complexa interação com outros grupos na sociedade (MARTINS, 2009).

Alguns autores afirmam existir cerca de 230 povos distintos falantes de 180 línguas diferentes (KABAD; PÍCOLI; ARANTES, 2011; PAGLIARO, 2010), enquanto no último inquérito nacional foram identificadas 305 etnias e 192 línguas (IBGE, 2010a), reforçando assim, que a diversidade é a principal característica dos povos indígenas.

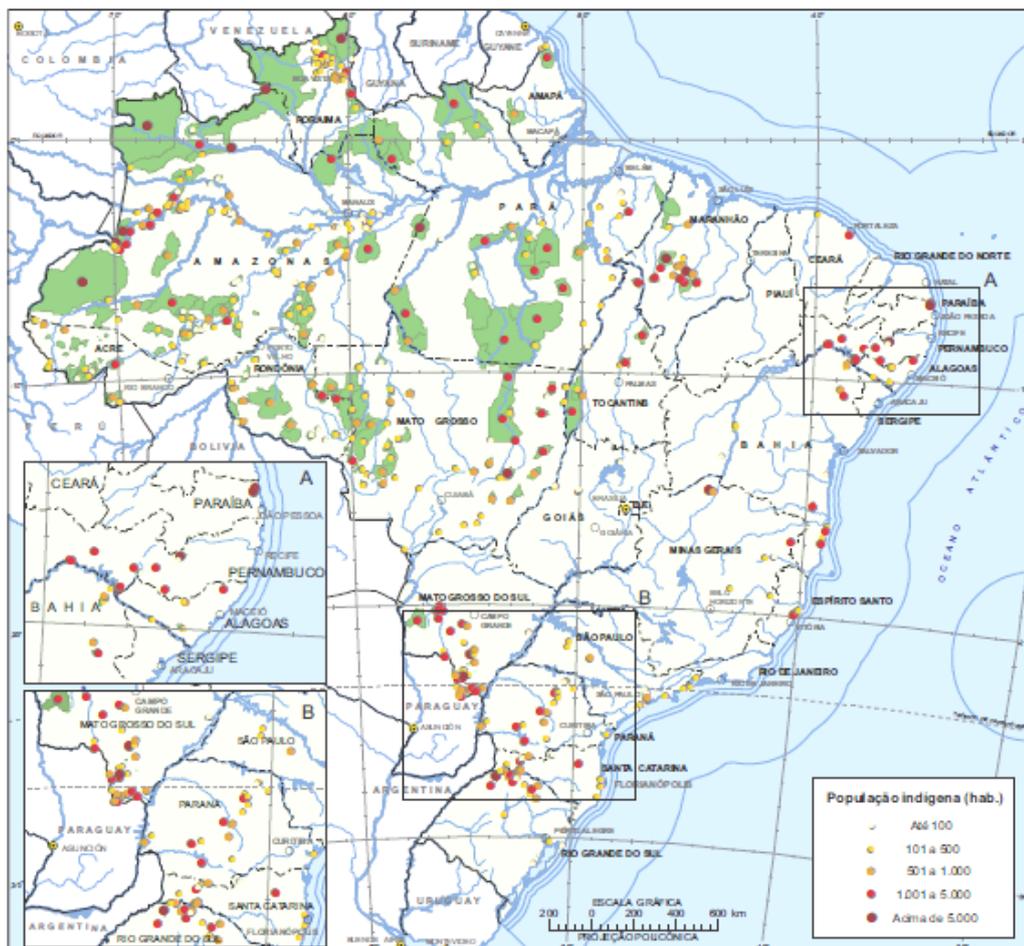


Figura 1 –Cartograma da população indígena no Brasil
Fonte: IBGE (2010a)

O Amazonas é o estado brasileiro com maior porcentagem de indígenas, com cerca de 165 mil indivíduos. A segunda posição é ocupada pelo Mato Grosso do Sul, com 72 mil índios distribuídos em 8 etnias reconhecidas: *Guarani, Kaiowá, Teréna, Kadiwéu, Kinikinau, Guató, Ofaié e Atikum*(FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011; FUNAI, 2011). Conforme dados da Figura 2, os *Guarani-Kaiowá* representam a maioria no estado e ocupam o segundo lugar quando se analisa as etnias do Brasil, os *Teréna* são a segunda maior etnia no estado e a quinta do País. Observa-se também que são a etnia com maior de número de pessoas morando fora das TI, o que pode ser justificado pela proximidade de suas aldeias com a zona urbana e da facilidade que têm em se relacionar com diferentes culturas.

Número de ordem	Total		Nas Terras Indígenas		Fora das Terras Indígenas	
	Nome da etnia	População	Nome da etnia	População	Nome da etnia	População
1	Tikúna	46045	Tikúna	39349	Teréna	9626
2	Guarani Kaiowá	43401	Guarani Kaiowá	35276	Baré	9016
3	Kaingang	37470	Kaingang	31814	Guarani Kaiowá	8125
4	Makuxí	28912	Makuxí	22568	Múra	7769
5	Teréna	28845	Yanomámi	20604	Guarani	6937
6	Tenetehara	24428	Tenetehara	19955	Tikúna	6696
7	Yanomámi	21982	Teréna	19219	Pataxó	6381
8	Potiguara	20554	Xavante	15953	Makuxí	6344
9	Xavante	19259	Potiguara	15240	Kokama	5976
10	Pataxó	13588	Sateré-Mawé	11060	Tupinambá	5715
11	Sateré-Mawé	13310	Mundurukú	8845	Kaingang	5656
12	Mundurukú	13103	Kayapó	8580	Potiguara	5314
13	Múra	12479	Wapixana	8133	Xucuru	4963
14	Xucuru	12471	Xacriabá	7760	Tenetehara	4473
15	Baré	11990	Xucuru	7508	Atikum	4273

Figura 2 – Relação das etnias com maior número de indígenas por localização do domicílio no Brasil
Fonte: IBGE (2010a)

2.1.1 Os *Teréna*

No Mato Grosso do Sul, os *Teréna* estão distribuídos em dez TI e em duas outras áreas, no município de Porto Murtinho junto com os *Kadiwéu* e com os *Guarani-Kaiowá* em Dourados. São identificados como integrantes do tronco linguístico *Aruák*, vivendo também em pequenas áreas de Mato Grosso, Paraná e

São Paulo (MELATTI, 2007; PEREIRA, 2011; RIBAS; PHILIPPI, 2005;). Segundo Oliveira e Pereira (2012), os ancestrais da atual população *Teréna* se radicaram em Mato Grosso do Sul na segunda metade do século XVIII e tiveram uma longa história de contato com a sociedade envolvente, participando ativamente da implantação dos fortes e presídios militares na região do atual Pantanal sul-mato-grossense. Assim, o sistema de interação e colaboração foi sendo estabelecido, sendo os *Teréna* os principais fornecedores de alimentos para os que se estabeleciam no entorno.

A Guerra do Paraguai, no final do século XIX, gera uma mudança no modo de vida dos *Teréna*, com o aparecimento de conflitos entre indígenas e não indígenas e a dispersão deste grupo. Assim são formadas comunidades heterogêneas, ao longo do atual estado de Mato Grosso do Sul, inclusive em áreas urbanas (AZANHA, 2005; RIBAS; PHILIPPI, 2005).

Os indígenas que participaram deste estudo residem na TI Buriti que possui 2.090 hectares e está localizada em área rural dividida em oito aldeias, sendo duas pertencentes ao município de Sidrolândia, MS e que estão incluídas neste estudo – Córrego do Meio e Lagoinha – e seis localizadas no município de Dois Irmãos do Buriti – Água Azul, Recanto, Buriti, Oliveiras, Olho D'água e Barreirinho (FÁVARO *et al.*, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A outra aldeia incluída neste estudo, denominada Tereré, localiza-se na zona urbana de Sidrolândia, possui 10 hectares e pertence a TI Buritizinho, que foi fundada por famílias que fugiam dos conflitos políticos e socioeconômicos decorrentes das dificuldades de convivência na Terra Indígena Buriti ou procuravam melhores condições de vida na cidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). A figura 3 mostra a localização das TI supracitadas.



Figura 3 – Mapa dos municípios de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, Mato Grosso do Sul, Brasil, com destaque para as Terras Indígenas Buriti e Buritizinho
 Fonte: adaptado Pereira (2011)

Ao descrever elementos socioculturais, Azanha (2005) e Ribas *et al.* (2001) afirmam que os *Teréna* possuem estrutura social patrilinear e organização de parentelas em troncos familiares, destacando a representação e a importância da agricultura familiar dentro das comunidades e as estratégias de aproximação e apropriação de elementos pertencentes à cultura envolvente. A heterogeneidade é uma marca desta etnia, reforçando assim, sua capacidade de adaptação. O que, entretanto, não demonstra a perda da sua identidade cultural, mas revela que esta passou por inúmeras transformações e que:

Apesar de incorporarem vários hábitos dos não índios, os Terena não abandonaram seus conhecimentos tradicionais que a terra aglutina e permite transmitir saberes, assim como a memória, por meio de uma estrutura simbólica, torna-se referência para as aprendizagens na aldeia (CRUZ, 2009, p. 28-29).

Nesse sentido, a proximidade com novos costumes que trouxeram conceitos do capitalismo, como a necessidade de acúmulo, levaram os indígenas a passar por mudanças elementares no seu modo de vida, que promoveram profundas transformações na organização das comunidades *Teréna* pesquisadas. Segundo Sant'ana (2004), muitos tiveram que se adaptar a essa situação, reelaborando suas estruturas, remodelando o modo de satisfazer suas necessidades, levando-os à

busca por condições de trabalho, moradia e educação que fossem suficientes para inseri-los nessa nova realidade.

Esta realidade é revelada quando se identificam um grande número de indígenas *Teréna* morando nas cidades seja em aldeias urbanas, a Marçal de Souza e a Água Bonita da cidade de Campo Grande, ou dispersos pelos bairros desta e de outras cidades (KABBAD, PÍCOLI, ARANTES, 2011). A aldeia Tereré, que faz parte deste estudo, também foi formada a partir da necessidade de serem buscadas novas oportunidades de educação, saúde e trabalho (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Outra característica desta comunidade é que cada aldeia se organiza como uma unidade político-administrativa independente, na qual o cacique que a representa é responsável pela tomada de decisões, ou seja, através de consulta aos moradores ele deve responder pelas relações políticas, jurídicas e administrativas da aldeia. Assim, apesar de estarem em uma mesma TI e possuírem hábitos e costumes semelhantes, cada aldeia possui uma identidade própria (AZANHA, 2005).

A base da economia dos *Teréna* está relacionada ao cultivo da terra e à produção para subsistência em roças familiares, o que promove uma grande mobilidade em busca de solos adequados ao plantio e demandava uma grande faixa de terra para sua sobrevivência. Entretanto, com a diminuição do espaço para plantação, através da criação das reservas e delimitação das TI a partir do início do século XX, muitos moradores apresentam dificuldades para produzir seus alimentos em roças familiares, que fazem uso contínuo dos poucos espaços ainda restantes (CRUZ, 2009). Tal condição é destacada por Oliveira e Pereira (2012, p. 240-241) quando afirmam que:

[...] a Reserva Buriti não é suficiente, nos dias de hoje, para a sobrevivência física e cultural da comunidade Terena localizada na região. A superpopulação da área vem gerando disputas por espaço para cultivo de roças [...]. As atividades de caça, pesca e coleta são muito pouco praticadas no interior da Reserva Buriti dada a pressão sobre os recursos exercida pela população. Mas não perdem a oportunidade de exercê-la quando a oportunidade se apresenta.

A produção atual de alimentos destina-se essencialmente à subsistência da família e para a alimentação dos animais domésticos, além de garantir sementes

para a safra seguinte, sendo a mandioca, o milho, o arroz e algumas poucas variedades de legumes os mais cultivados. Com a diminuição da produção, as relações de troca passam a ter papel fundamental na manutenção da aldeia, bem como tendem a fortalecer princípio da reciprocidade (PESSÔA, 2013; SAAD, 2005).

Em seu estudo, Ribas *et al.* (2001) evidencia as más condições socioeconômicas das famílias *Teréna* pesquisadas, destacando a necessidade da atuação do setor público, através de políticas e investimentos sociais específicos, visando promover mudanças nestas condições para as populações indígenas. Apesar de terem sido verificadas melhoras nos perfis socioeconômico e de saúde destas comunidades, com a melhoria do acesso a alguns serviços básicos de saúde e educação, a realidade ainda revela um contexto de famílias de baixa renda associado a reduzido número de oportunidades de trabalho, saneamento básico e coleta de resíduos deficientes e complexo quadro de saúde (PEREIRA, 2011), que acabam por gerar precárias condições de vida.

Tal situação reforça ainda mais a necessidade de serem aplicadas políticas públicas direcionadas e que atendam às necessidades destes grupos populacionais e resolvam os problemas atuais.

2.20 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma política pública baseada na transferência de renda condicionada, criada com a finalidade de unificar os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, como o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação (Bolsa Escola), o Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA ou Cartão alimentação), o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde (Bolsa Alimentação) e o Programa Auxílio-Gás (BRASIL, 2003, 2004a, 2004b).

Criado em 2003 por meio de uma medida provisória e regulamentado em 2004, tem como foco o enfrentamento à pobreza e à extrema pobreza e a redução

da desigualdade social, uma vez que possui como eixos principais a transferência de renda, o cumprimento de condicionalidades relacionadas à educação, à saúde e à assistência social e o desenvolvimento das famílias a partir de programas complementares. Para cumprir suas metas, foram definidos como objetivos básicos do PBF o combate à pobreza e à fome; a promoção à segurança alimentar e nutricional e ao acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social e o estímulo à emancipação sustentada das famílias atendidas (BRASIL, 2003, 2004b, 2005b, 2006, 2010).

Ponderando a multicausalidade da pobreza e da desigualdade social, alguns autores confirmam que o Programa vem atingindo esses objetivos paulatinamente, uma vez que é parte significativa da composição da renda nas famílias pobres (GLEWWE, 2010; SOARES *et al.*, 2010). Entretanto, é necessário enfatizar que famílias que recebem o benefício e que não contam com outras rendas permanecem na extrema pobreza, ou seja, é vital a coexistência de atividades que promovam a vinculação das famílias atendidas com o mercado de trabalho, buscando assim, a emancipação anteriormente citada (IPEA, 2011).

A promoção da intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público também estão elencadas como objetivos básicos do PBF (BRASIL, 2004b) e, analisando a atual condição de fragmentação das políticas públicas brasileiras, pode ser encarado como um dos grandes desafios a ser alcançado. Esse arranjo articulado, integrado e coordenado que se propõe ainda encontra barreiras no setor público: a primeira, e mais específica, é a dificuldade de compreender a complexidade que envolve a pobreza e a multicausalidade dos problemas sociais a ela relacionados, como a vulnerabilidade social, discriminações étnicas, sociais e de gênero e a fragilização de vínculos afetivos. Esta condição não pode ser mensurada somente por critérios numéricos, mas por um conjunto de situações associadas à baixa renda (BRONZO, 2010; PAES-SOUSA; QUIROGA, 2012).

A segunda refere-se ao fato do cidadão não ser colocado em primeiro plano, ou seja, o próprio cidadão não (re)conhece seus direitos e os prestadores de serviços não se veem como detentores de deveres para com a população. Isso é evidente ao serem identificadas as dificuldades que os gestores têm em estabelecer ações que contribuam para a ampliação do acesso aos serviços básicos de

educação, saúde e trabalho e aos programas sociais complementares, como forma de contribuir no reforço do acesso aos direitos sociais básicos, além de favorecer a emancipação das famílias beneficiada (IBASE, 2008; MDS, 2012a). A importância de atender não só os beneficiários do PBF, mas também toda a população é enfatizada pelo próprio governo, buscando a articulação com programas sociais complementares nas áreas afins.

A terceira, não menos importante e diretamente ligada ao processo da gestão, constitui a dificuldade que os setores têm em trabalharem em projetos comuns, justificada, muitas vezes, pelo alto número de atividades que o setor precisa efetivar. Tal afirmação ratifica ainda mais a dificuldade que eles têm em compreender que a elaboração de metas em comum tende a fortalecer o todo e não a impedir o crescimento desta ou daquela seção (MAGALHÃES *et al.*, 2011; SENNA, 2012).

Assim, o modelo de integração dos diferentes setores envolvidos no desenvolvimento do Programa que se busca, revela a necessidade de complexas e inovadoras transformações, com as quais sejam reformulados os processos e as estruturas organizacionais existentes atualmente no sistema público das três esferas, sendo mais específico no nível municipal. Bronzo (2010) assevera que a intersectorialidade deve ser considerada como uma estratégia de gestão para os diversos níveis da implementação, podendo ser definida pela busca de formas mais articuladas de políticas e setores governamentais.

Os processos relacionados à operacionalização do PBF são de responsabilidade do MDS, que por meio do Conselho Gestor do Programa Bolsa Família (CGPBF), define diretrizes, normas e procedimentos sobre seu desenvolvimento e sua implementação, além de apoiar iniciativas para instituição de políticas públicas sociais que tenham o intuito de promover a emancipação das famílias beneficiadas (BRASIL, 2004b; MAGALHÃES *et al.*, 2011). O artigo 8º da Lei nº 10836 de 2004 determina que:

A execução e a gestão do Programa Bolsa Família são públicas e governamentais e dar-se-ão de forma descentralizada, por meio da conjugação de esforços entre os entes federados, observada a intersectorialidade, a participação comunitária e o controle social (BRASIL, 2004a).

Tal questão é destacada em outros documentos legais relacionados ao PBF (BRASIL, 2004b, 2004c, 2004d, 2005b, 2006, 2010; MDS, 2010a, 2012a), mostrando que as normativas foram sendo elaboradas de modo a definir as responsabilidades, bem como designar as competências dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na sua execução local. Essas especificações são de extrema importância para a implementação e o gerenciamento adequados do Programa, pois diferentes esferas e vários setores estão envolvidos nesses processos, e estão diretamente ligadas à oferta de serviços básicos às famílias.

Pensando em atingir os objetivos traçados, foram definidas regras que devem ser cumpridas pelo núcleo familiar para que possa receber o benefício mensal, que foram nomeadas de condicionalidades, que nada mais são do que contrapartidas sociais que a família atendida deve realizar, considerando algumas características de sua composição. Alguns autores destacam que as condicionalidades asseguram a população o direito ao acesso a serviços públicos básicos de saúde, educação e assistência social, no intuito de promover a melhoria das condições de vida dos beneficiários e a inclusão social (BRASIL, 2012; XIMENES; AGATTE, 2011).

O acompanhamento destas informações auxilia na identificação de condicionantes sociais e de saúde que podem afetar o acesso das famílias beneficiadas aos serviços públicos a que têm direito. Destaca-se que o não cumprimento destas obrigações pelas famílias pode levar ao bloqueio, à suspensão e até ao cancelamento do recebimento dos benefícios (SENNA, 2012; SOUZA *et al.*, 2012). Nesse sentido, uma significativa vantagem trazida pelas condicionalidades é a responsabilidade que o estado acaba tendo com a oferta dos serviços de saúde, educação e assistência social para a população, visto que se o serviço não é oferecido, as condicionalidades não podem ser cumpridas.

Os dados gerados a partir do monitoramento das condicionalidades formam um indicador de desempenho do município na implementação e na execução do PBF, o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), que determina o valor da ajuda de custo que será repassada pelo governo federal ao ente federado, no caso o órgão gestor municipal, para a efetivação do PBF e manutenção das ações. Este índice sintético tem o objetivo mensurar a eficiência e qualidade da gestão do programa. O cálculo é feito com base na média das informações atualização de dados do Cadastro Único (CadÚnico), da taxa de frequência escolar e das

condicionalidades de saúde, associado à atualização do cadastro do município no Sistema Único de Assistência Social, à comprovação dos gastos pelo Fundo Municipal de Assistência Social e a sua irrestrita aprovação (BRASIL, 2006; MONTEIRO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2009; MDS, 2012a). Sendo assim o desempenho dos setores que participam da implementação e da gestão do PBF influencia o valor do IGD e, conseqüentemente, no montante repassado ao município para seu desenvolvimento.

As normativas destacam que o apoio financeiro recebido deve ser aplicado na promoção e no fortalecimento da gestão intersetorial em nível local, bem como no fortalecimento das instâncias de controle social (BRASIL, 2004a, 2006; SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012). Sabe-se então que o grau de cumprimento das condicionalidades está diretamente relacionado ao valor do montante que será destinado ao município e ao estado, o que gera uma motivação governamental de oferecer os serviços básicos que devem propiciar o cumprimento das obrigatoriedades pelas famílias.

Entretanto, conforme afirmam Estrella e Ribeiro (2008) e Monteiro, Ferreira e Teixeira (2009) algumas deficiências no processo de registro dos dados vêm sendo identificadas, principalmente nos quesitos das condicionalidades da saúde, o que, segundo Trevisani, Burlandy e Jaime (2012), pode vir a prejudicar o recebimento dos benefícios pelas famílias em função de equívocos de monitoramento. Tais situações ratificam a importância do monitoramento e da avaliação deste processo de modo que não só os recursos sejam alcançados na sua plenitude, mas que também os serviços atendam adequadamente às necessidades da população.

2.2.1 Implementação do Programa Bolsa Família

Os documentos legais definem especificamente as competências e as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios para a implementação, execução e gestão das condicionalidades PBF, que devem ser

realizadas de forma articulada pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Educação (MEC) e da Saúde e seus representantes em níveis estaduais e municipais (BRASIL, 2004a, 2004c, 2004d, 2005b; MAGALHÃES *et al.*, 2011; MONTEIRO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2009). A Figura 4 representa essa relação entre as esferas na implementação do programa, com ênfase para as secretarias municipais de assistência social que em muitos municípios são as gestoras do programa em nível local.



Figura 4 – Esferas e órgãos envolvidos na implementação, execução e gestão do PBF

A intersetorialidade é, não só um dos objetivos básicos do programa, mas também é tida como obrigatória dentre as normativas do PBF, visto que as ações devem ser realizadas de forma integrada entre os atores envolvidos, com a criação de parcerias entre os órgãos e instituições, governamentais e não governamentais das três esferas do governo (BRASIL, 2004d, 2005b; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; QUINHÕES, 2010). Sua prática está relacionada a uma estratégia eficiente de gestão nos diversos níveis de implementação de políticas públicas de governo, bem como facilitará a participação da sociedade em todo processo, por meio dos representantes nos conselhos municipais.

Após a adesão ao PBF, o município, assim como o estado, passa a ter responsabilidades específicas em relação à implementação e ao desenvolvimento local do programa, que se baseiam nos objetivos e nos princípios já citados. Tais atribuições estão relacionadas a atividades que vão desde a identificação de famílias

que tenham perfil para recebimento do benefício, passam pela oferta adequada dos serviços básicos para o cumprimento das condicionalidades, pelo repasse de informações de monitoramento nas áreas da saúde e educação, pela análise dos resultados obtidos e culminam na elaboração de planejamento anual intersetorial (BRASIL, 2004a, 2004c, 2004d, 2005b, 2006, 2010, 2012; SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012; XIMENES; AGATTE, 2011).

Na maioria dos municípios brasileiros, a implementação foi realizada a partir da adequação das estruturas que existiam anteriormente em cada secretaria envolvida. O processo de municipalização permitiu a cada município conhecer sua realidade e seus problemas, agindo de acordo com as suas necessidades e responsabilizando-se pela gestão dos serviços básicos (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012). Nesse sentido, considerando a conhecida diversidade socioeconômica brasileira, suas diferenças regionais e o número de municípios existentes no país, para que as ações sejam planejadas e executadas de modo a alcançar os resultados esperados é necessário o profundo conhecimento das características do município no qual o PBF está sendo desenvolvido.

2.2.2 Gestão do Programa Bolsa Família

A gestão do PBF abrange um conjunto de ações complementares e coordenadas pelos governos Federal, Estadual e Municipal e que devem ser realizadas de forma integrada, baseando-se nos princípios da descentralização, da intersetorialidade e nos instrumentos legais correlacionados.

Conforme apresentado na figura 5, foram estabelecidas responsabilidades ao órgão gestor em nível municipal e de execução e monitoramento nas áreas de assistência social, saúde e educação, além do suporte ao órgão de controle social, que também possui obrigações a cumprir segundo determinações de normativas, e o gerenciamento do recurso financeiro repassado ao município pelo governo federal, através da análise do IGD (BRASIL, 2004a, 2005a; MDS, 2102a). Os dados

oriundos dos municípios são computados e geram índices específicos, como o IGD, que nortearão o gerenciamento do repasse do recurso financeiro às gestões locais (BRASIL, 2004a, 2004c, 2004d, 2005b; ESTRELLA; RIBEIRO, 2008; MAGALHÃES *et al.*, 2011; MONTEIRO; FERREIA; TEIXEIRA, 2009)



Figura 5 – Atividades de gerenciamento do PBF em nível municipal

Considerando a organização dos municípios, as ações descritas acabam sendo desenvolvidas pelas secretarias municipais das áreas, uma vez que além de oferecer o serviço correlacionado, deverão também monitorar se as famílias estão cumprindo ou não com as condicionalidades. Já o gerenciamento local do Programa é em muitos casos desempenhada pelos gestores da assistência social, visto que:

No modelo de gestão descentralizada do PBF, os gestores municipais dos Cras são os principais agentes públicos junto às famílias, pois, como executores locais, podem identificar mudanças nas famílias e realizar as devidas intervenções na administração de benefícios (MOREIRA *et al.*, 2012, p. 407).

Para que uma política pública tenha um desempenho aceitável, é necessário avaliar se os objetivos estão sendo alcançados segundo a proposta inicial estabelecida. Para o PBF, que é um programa de transferência de renda

condicionada, sua efetividade pode ser relacionada ao cumprimento das condicionalidades e à oferta dos serviços básicos. Nesse sentido, Monteiro, Ferreira e Teixeira (2009) e Silva, Ferreira e Monteiro (2012) destacam ser imprescindível a integração das ações entre as áreas e setores envolvidos no gerenciamento do Programa para que as metas sejam atingidas.

As ações de gerenciamento do Programa devem possibilitar aos beneficiários condições para cumprir suas obrigações, oferecendo serviços que sejam adequados e suficientes para o cumprimento das condicionalidades pelas famílias, além de informá-las e orientá-las sobre seus direitos e responsabilidades no âmbito do PBF (BRASIL, 2012).

2.2.2.1 Condicionalidades do Programa Bolsa família

As condicionalidades são as contrapartidas que devem ser cumpridas pelas famílias com vistas à manutenção dos benefícios, conforme informações da Figura 6. Têm por finalidade promover a inclusão social e a melhoria das condições de vida da população atendida, além de identificar as vulnerabilidades sociais, por meio do monitoramento de seu cumprimento (BRASIL, 2005b, 2008, 2010, 2012).

SETOR DE AÇÃO	CONDICIONALIDADE	POPULAÇÃO ALVO	PERIODICIDADE
Ações de educação	Mínimo de 85% de frequência escolar	Crianças e adolescentes entre 6 a 15 anos	Bimestral
	Mínimo de 75% de frequência escolar	Adolescentes entre 16 e 17 anos	Bimestral
Ações em saúde	Cumprimento do Calendário vacinal	Crianças de até 7 anos	Semestral
	Monitoramento nutricional (peso e estatura)		Semestral
	Consultas de Pré-natal	Gestantes entre 14 a 44 anos	Segundo protocolo do Ministério da Saúde
	Participação em reuniões de educação em saúde		De acordo com a demanda
Ações de Assistência Social	Recadastramento	Família	Bienal
	Participação em reuniões sócio educativas		De acordo com a demanda

Figura 6 – Condicionalidades do PBF segundo população alvo e periodicidade de coleta de dados

Inicialmente o PBF foi criado com dois tipos de benefício: o fixo, que atende às famílias em extrema pobreza, e o variável, vinculado à composição das famílias e é destinado às que se encontram na linha da pobreza (BRASIL, 2004a, 2004b). Com intuito de aumentar os valores transferidos às famílias assistidas e assim aprofundar o combate à pobreza e melhorar as condições de vida destas, no segundo semestre de 2011, foram implantadas dois novos tipos de benefício variável vinculado à gestante e à nutriz, além de terem sido alteradas as regras para concessão do benefício variável vinculado ao adolescente, aumentando a proteção aos adolescentes de 16 e 17 anos (MDS, 2012a). Atualmente, para recebimento do benefício do PBF, as famílias devem, obrigatoriamente, possuir renda familiar per capita máxima de R\$140,00, bem como ter o cadastro válido e atualizado no CadÚnico do governo federal Este é um instrumento nacional e unificado de registro de informações socioeconômicas de famílias brasileiras que permite identificar, segundo critérios pré-estabelecidos, se as famílias cadastradas possuem ou não perfil para o recebimento de subsídios governamentais, entre eles o Bolsa Família (BRASIL, 2006, 2008; MDS, 2012a)..

2.2.2.1.1 Condicionais da assistência social

As condicionais da assistência social estão relacionadas à identificação das famílias que apresentem perfil para recebimento do benefício concedido pelo PBF e à realização e atualização dos cadastros das famílias já beneficiadas no CadÚnico, que são realizadas pelas Secretarias Municipais de Assistência Social (SMAS). Tais ações possuem suporte dos técnicos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que estão ligados à SMAS e através dos quais são realizadas as atividades junto à comunidade.

Os técnicos lotados no setor responsável pelo CadÚnico devem passar por treinamentos periódicos para a atualização dos procedimentos nacionais para que não haja desencontros entre os estados e municípios. Segundo orientação legal, o benefício deve ser feito preferencialmente à mulher (BRASIL, 2004a) e alguns autores afirmam a importância desta indicação, pois reforça a questão do

empoderamento delas dentro do seio familiar, além de refletir na sua autoestima e na autonomia das beneficiárias para influenciar no planejamento dos gastos da casa (GLEWWE; KASSOUF, 2012; IBASE, 2008; MOREIRA *et al.*, 2012).

2.2.2.1.2 Condicionalidades da saúde

As condicionalidades da saúde estão relacionadas às gestantes e nutrizes no que tange a realização do Pré-natal adequado e a participação em atividades educativas promovidas pela equipe de saúde. Para as crianças menores de 7 anos deve ser cumprido o Calendário vacinal e realizado o acompanhamento do estado nutricional, ambos conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. Para as famílias, foi determinado que qualquer alteração dos dados cadastrais deve ser imediatamente informada ao setor do CadÚnico (BRASIL, 2005b, 2008; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012). Estas atividades devem fazer parte das ações da Atenção básica já ofertadas pelo município a toda a população coberta pelo SUS (Sistema Único de Saúde), através da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VISA) que deve seguir as orientações do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).

A assistência Pré-natal deve ser realizada segundo procedimentos e condutas padronizados e quadro de saúde da paciente acompanhado, além de ser adequada para atender às especificidades deste grupo populacional. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de todas as gestantes da área de abrangência da unidade de saúde, sendo as condutas e os achados diagnósticos anotados obrigatoriamente no Cartão da gestante. Essas condições visam à redução dos índices de Mortalidade materna e perinatal, visto que está demonstrado que a adesão das mulheres ao Pré-natal está diretamente relacionada à qualidade do serviço prestado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2008).

A avaliação do peso e da estatura deve ser obrigatoriamente realizada nas crianças de até 07 anos que estejam em famílias beneficiadas e o principal

instrumento utilizado no Brasil para acompanhamento infantil no contexto da Atenção básica é a Caderneta de saúde da criança ou Cartão de vacina, como é popularmente conhecida. Neste documento devem ser obrigatoriamente assinalados os números coletados relativos ao peso e à estatura, bem como os dados referentes ao Calendário vacinal das crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Estas informações também devem ser anotadas no documento supracitado, para que, posteriormente, sejam inseridas no sistema de informação específico.

O monitoramento das condicionalidades de saúde é realizado a cada 06 meses, conforme Mapa de acompanhamento do PBF que é emitido pelo Ministério da Saúde e tem prazo determinado para ser preenchido no sistema de informação deste órgão. Em seu estudo, Soares (2012) destaca que apesar da evolução dos índices de acompanhamento das condicionalidades da saúde nos últimos anos, os números atuais ainda revelam falhas neste processo que está próximo dos 70% e é medido apenas duas vezes por ano, ao passo que os dados da educação são medidos seis vezes por ano e o índice atual está por volta dos 86% de monitoramento.

Para que as atividades supracitadas sejam cumpridas, a oferta e o monitoramento das ações básicas em saúde ficam a cargo do órgão governamental municipal. A Portaria Interministerial nº 2.509 de 2004 afirma que:

Caberá ao setor público de saúde a oferta de serviços para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos [...]. As famílias beneficiárias com gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 (sete) anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família (BRASIL, 2004d).

Considerando que todos os serviços de saúde serão ofertados pelas equipes de saúde do município e que estas estão apoiadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) locais, o manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde determina que a equipe de saúde envolvida no Programa informe às famílias a importância do cumprimento das

condicionalidades e oriente quais são suas consequências na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A atenção à saúde para as comunidades indígenas, entretanto, apresentam um desenho diferenciado, pois suas ações básicas são realizadas e monitoradas pelas equipes de saúde da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que é um órgão do governo federal criado no âmbito do Ministério da Saúde em substituição à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no ano de 2010. Sua principal missão é a gestão da saúde indígena em todo território brasileiro e todas as ações são realizadas segundo as determinações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), em consonância com as políticas e programas do SUS, por meio das unidades gestoras denominadas Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) implantados a partir de 1987 (ATHIAS; MACHADO, 2001; FUNASA, 2009).

O Brasil possui 34 DSEI que foram constituídos segundo critérios territoriais das comunidades indígenas atendidas, ou seja, seguindo as suas ocupações geográficas (Figura 7). Essas unidades gestoras possuem um modelo descentralizado de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que buscam a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas. E em muitos municípios a oferta dos serviços da saúde é realizada em parceria com Secretaria Municipal de Saúde através de acordos de cooperação.

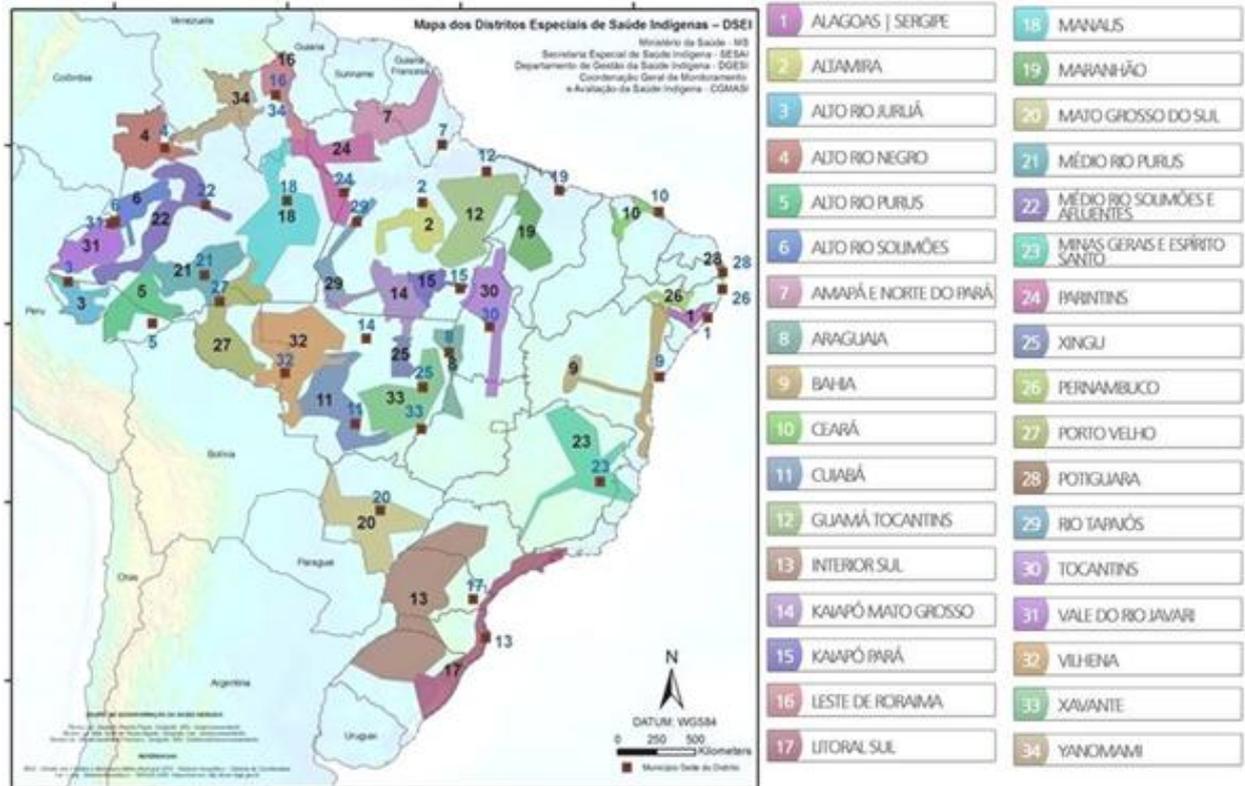


Figura 7 – Mapa de distribuição dos DSEI no Brasil
 Fonte: adaptado Ministério da Saúde (2012a)

Os DSEI são subdivididos em polos-base que são a primeira referência para as Equipes multidisciplinares de saúde indígena que atuam nas aldeias, totalizando 351 polos em todo o Brasil. O DSEI Mato Grosso do Sul, que aparece sob o número 20 na Figura 7, conta com 15 polos base. O município de Sidrolândia faz parte do polo-base de Sidrolândia que atende também as aldeias localizadas do município de Dois Irmãos do Buriti (FUNASA, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

O PBF se baseia na oferta de serviços e no acompanhamento de dados de saúde dos seus beneficiários e como em comunidades indígenas essas atividades são realizadas pela SESAI, através dos colaboradores lotados no polo base de Sidrolândia, o Programa deve ser capaz de estabelecer também uma parceria com este órgão, integrando-o à implementação e à gestão, com a realização de ações em parceria, para que os objetivos traçados sejam plenamente alcançados junto à população indígena *Teréna* estudada.

2.2.2.1.3 Condicionalidades da educação

A gestão das condicionalidades da educação deve ficar a cargo do órgão municipal de educação, ou seja, o acesso aos estudos e o acompanhamento da frequência dos alunos beneficiados pelo PBF devem ser garantidos pela Secretaria Municipal de Educação (SEMED), sendo que o percentual mínimo de frequência da carga horária escolar mensal para os que têm entre 06 e 15 anos é de 85% e para os que têm 16 e 17 anos é 75%. Alguns autores afirmam que a obrigação de manter em sala os filhos em idade escolar auxiliou na diminuição do abandono dos estudos, o que vai ao encontro das metas de inclusão propostas (GLEWWE, 2010; MOREIRA *et al.*, 2012). Por outro lado, os impactos positivos sobre o desempenho escolar ainda precisam ser melhor estudados.

O acompanhamento das condicionalidades da educação é realizado bimestralmente, pela própria SEMED, segundo dados do sistema de informação do Ministério da Educação (MEC).

2.2.2.2 Controle social no PBF

O Controle social no PBF é entendido como uma ação na qual, por meio da participação da sociedade civil, diversos segmentos e instituições intervêm nos processos de produção, gestão e usufruto dos bens de uma sociedade. Neste grupo estão inseridas as Instâncias de Controle Social (ICS), que são o ambiente de participação da sociedade nas ações de formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas em ambientes institucionalizados (PINHEIRO, 2007). O Guia de atuação das instâncias de Controle social do Programa Bolsa Família o MDS destaca que:

A participação social significa a possibilidade de que todo cidadão brasileiro contribua com propostas de mudanças e tenha influência nas tomadas de decisão do Poder Público. Caracterizada como uma das formas de exercer a cidadania, a participação social pode materializar-se em diversos espaços públicos, a exemplo de fóruns, conselhos e comitês de políticas públicas, onde o controle social pode ser exercido (MDS, 2010a, p.9).

Em 2005, o governo federal definiu que tanto o controle quanto a participação social do PBF deverão ser realizados por um conselho já existente no município que deverá se adequar para esta nova atribuição ou por um comitê a ser instalado para cumprir tais finalidades, as ICS. Dentro do Programa, elas têm a função de acompanhar a execução do Programa, verificando se as famílias pobres estão devidamente cadastradas, se elas estão realmente recebendo o benefício e se há oferta adequada e suficiente dos serviços públicos básicos de saúde, educação e assistência social para estas famílias. Compete também estimular a realização de atividades direcionadas à emancipação das famílias beneficiadas, além de participar nas ações de fiscalização promovidas pelos órgãos competentes (BRASIL, 2005a; MDS, 2010b). Nesse sentido, os membros precisam conhecer e compreender os objetivos do Programa, as regras para participação, a importância do cumprimento das condicionalidades e, principalmente, as obrigações das ICS.

Considerando a importância desta instância no adequado desenvolvimento do PBF no município, o governo federal vem elaborando ações que auxiliam na atuação dos membros dos conselhos locais, uma vez que os mecanismos de controle social são pouco conhecidos não só por estes, mas também pelos próprios gestores (IBASE, 2008). No ano de 2011, foram formulados planos de capacitação voltados para as ICS e os Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS), no qual está incluída a elaboração de vídeos que devem ser trabalhados com os conselheiros locais (MDS, 2012a). Tais ações são urgentes e fundamentais, pois o controle social dentro do PBF ainda é entendido apenas como espaço de fiscalização e denúncia relacionados a erros no valor dos benefícios e identificação das famílias com perfil para recebimento.

Um desafio para o campo das políticas públicas e do controle social a elas atrelado é refletir acerca do papel que a sociedade civil deve desempenhar, de modo que sua função cidadã com participação efetiva de representação da população alvo seja realmente colocada em prática, juntamente com a responsabilidade

fiscalizadora que é fundamental e que ainda é vista como sua principal atribuição (PINHEIRO, 2007; IBASE, 2008). Outro grande obstáculo a ser ultrapassado é a inexistência da intersectorialidade na gestão do PBF e, por consequência, menor participação das ICS no processo, o que acaba por impedir que cumpram de forma adequada e satisfatória aquilo que lhes é proposto em relação à fiscalização e ao desenvolvimento do programa em nível local.

2.3 A avaliação das ações em saúde do PBF

2.3.1 A Pesquisa Avaliativa

A avaliação corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas e auxiliam o processo de gestão, de modo a torná-lo o mais racional e efetivo possível (TANAKA; MELO, 2000; BOSI; UCHIMURA, 2007). E por isso, deve ter como ponto de partida a compreensão e a internalização dos conceitos e dos termos filosóficos e epistemológicos que irão fundamentar a investigação e a definição precisa do objeto de estudo, ou seja, a avaliação não começa sem que sejam claramente definidos seus objetivos e formuladas suas hipóteses (TANAKA; MELO, 2004; MINAYO, 2012).

Dessa forma, antes de iniciá-la, é fundamental que o pesquisador tenha condições de analisar as informações disponíveis sobre a situação que se vai avaliar. No decorrer da pesquisa, ele deve estar atento às mudanças que ocorrem, de modo a compreendê-las e, caso seja necessário, incorporá-las ao processo. Esta metodologia requer procedimentos de investigação para a coleta sistemática das informações, que são formulados a partir do conhecimento prévio da realidade que será estudada (HARTZ, 1999). Além disso, a avaliação vai sendo elaborada na medida em que se avança no processo de análise das respostas obtidas ao longo da pesquisa (TANAKA; MELO, 2000). Segundo Minayo (2012, p. 623):

Num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações.

Nesse sentido, o estudo avaliativo deve ser capaz de buscar uma cobertura mais ampla e aprofundada do objeto, por meio da variedade de informações. Entretanto, é necessário enfatizar que a diversidade de opiniões não garante uma melhor validade da pesquisa e o pesquisador deve ser capaz de promover a integração das diferentes respostas em torno da lógica do comum, embasado, obviamente, pelos conceitos e teorias relacionados ao assunto. Essa afirmação ratifica a importância de uma equipe transdisciplinar trabalhando nestes tipos de abordagem, pois esta será capaz de analisar e compreender melhor os diferentes depoimentos e as mais diversas situações acompanhadas (HARTZ, 1999; TANAKA; MELO, 2000).

Analisando a condução do estudo, é necessário destacar que a qualidade dos resultados depende essencialmente da capacidade avaliativa que os pesquisadores têm, uma vez que, segundo Hartz (1999), é evidente a dificuldade em conciliar independência do avaliador e o envolvimento nos serviços no decorrer do estudo. Tal situação ratifica a importância que tem a montagem adequada da equipe de pesquisa e mostra como este passo deve ser cautelosamente dado.

Considerando que a principal finalidade da avaliação é dar suporte à gestão de programas com vistas a modificar sua situação inicial, deve obrigatoriamente abordar os componentes de estrutura, processo e resultados, pois só assim auxiliará no planejamento das ações e na tomada de decisões adequados. Uma pesquisa avaliativa deve ser capaz de entender a inter-relação e interdependência das ocorrências de modo que responda às hipóteses formuladas e sirva de base para uma efetiva mudança (TANAKA; MELO, 2004).

Nesse contexto, deve também ponderar as opiniões dos agentes envolvidos no desenvolvimento das atividades, considerando seus hábitos, valores e sentimentos, visto que as relações humanas, com suas necessidades e seus interesses, interferem diretamente na condução dos programas. Segundo Bosi e Uchimura (2007) e Minayo (2012), os processos avaliativos devem considerar a interface existente entre o pessoal e a coletividade, visto que desempenham papel

decisivo nos processos de produção do cuidado em saúde.

2.3.1.1 Aspectos avaliativos em saúde

Desde a década de 1960, as mudanças nos serviços de saúde brasileiros são evidentes, principalmente após a 8ª Conferência de Saúde e com maior ação governamental a partir da implementação do SUS, com vistas à ampliação e à qualificação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (LUZ, 2013).

Apesar das melhorias, o setor saúde ainda apresenta baixos índices de satisfação da população em geral. Um dos fatores que pode contribuir para esta condição é a complexidade da gênese da relação saúde-doença, que perpassa por fenômenos não só biológicos, mas culturais, sociais, psicológicos e econômicos de um indivíduo e/ou da coletividade, e a dificuldade que os gestores têm em compreender a multicausalidade desse processo (DUSSAULT, 1992; SILVA; FORMIGLI, 1994).

E as pesquisas de avaliações em saúde podem ajudar a entender este processo, visto que são definidas como um instrumento de apoio à gestão dos programas de saúde e tem como pressuposto o uso dos resultados para conduzir o funcionamento dos serviços ao encontro daquilo que fora proposto inicialmente. Hartz (1999) destaca a importância de serem elaborados manuais de avaliação que referendem mecanismos de regulação para os serviços de saúde oferecidos à população, servindo de base para o monitoramento das práticas aplicadas, seguindo o que já fazem algumas instituições internacionais.

No Brasil, o próprio Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), afirma que:

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5).

Essa afirmação decorre dos pressupostos da pesquisa avaliativa que permeiam as análises das práticas em saúde e das necessidades dos indivíduos que delas dependem, repercutindo diretamente na qualidade das informações coletadas, das análises dos dados e dos conhecimentos, técnicas e procedimentos que serão formulados e permitirão ao gestor promover ações mais específicas, que tragam resolubilidade e qualidade das ações em menor tempo (BOSI; UCHIMURA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SANTOS; SANTOS, 2007; TANAKA; TAMAKI, 2012).

A implementação de um programa está vinculada à realização de um conjunto tarefas e atividades de gestão destinadas a oferecer meios e recursos necessários para sua efetiva realização. Destaca-se que não há um modelo para isso, principalmente no setor saúde, pois o caráter e a natureza do programa é que vão definir como será feito esse processo (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Considerando a variedade de conceitos existentes para as pesquisas avaliativas, nesse estudo, a avaliação de implementação é entendida como uma técnica que tem a finalidade de avaliar como foi realizada a incorporação das orientações de uma nova política pública ao conjunto de ações e procedimentos anteriormente praticados, ou seja, busca analisar se o que está sendo realizado atende ao que fora proposto inicialmente.

A avaliação normativa visa contemplar cada componente da intervenção em função de critérios e normas, e pode ser considerada como um processo de verificação da conformidade dos itens do programa em relação às referências. Já a avaliação da adequação de programas sociais permite indicar se há ou não ajustamento das ações desenvolvidas às necessidades e às especificidades da população estudada (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994; BROUSSELLE *et al.*, 2011). Destaca-se que as pesquisas avaliativas auxiliam a conhecer a realidade vivenciada bem como compreender os hábitos, costumes e organização social, sendo elemento estratégico e fundamental para a efetiva implementação de uma política pública direcionada a grupos específicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a implementação e a adequação das ações do PBF às especificidades de comunidades indígenas *Teréna* do município de Sidrolândia, Mato Grosso do Sul.

3.2 Específicos

- a) Avaliar o cumprimento das atribuições dos órgãos gestores do PBF em nível municipal;
- b) Analisar a articulação dos intervenientes na gestão do PBF nas áreas da Saúde, Assistência Social, Educação e do Controle Social;
- c) Avaliar a adequação das ações desenvolvidas às particularidades da população indígena beneficiada.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo e local do estudo

Esta é uma pesquisa descritivo-avaliativa com observação transversal realizada entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, no município de Sidrolândia, Mato Grosso do Sul. Sua execução se deu por meio de pesquisa de campo com a aplicação de formulários específicos e de análise de dados secundários. A avaliação de adequação foi verificada por meio da análise de resultados, ou seja, da análise da percepção dos beneficiados pelo PBF.

Sidrolândia foi fundada em 31 de março de 1942 e está localizada na região centro-norte de Mato Grosso do Sul, a cerca de 70 quilômetros da capital do estado. Possui 42.132 habitantes distribuídos entre a zona urbana e a rural e sua economia baseia-se na atividade agropastoril, com ênfase para a produção de grãos. Já os indígenas representam 5,0% da população do município, com 2113 pessoas, em sua maioria da etnia *Teréna*, distribuídas nas TI Buriti e Buritizinho, o que equivale a 7,3% dos índios *Teréna* no estado (IBGE, 2010a, 2010b).

Considerando a gestão municipal do PBF e o escopo desta avaliação, foram incluídas no estudo a SMAS, a SMS e a SEMED, além da SESAI – pólo de Sidrolândia, as aldeias rurais Córrego do Meio e Lagoinha e a aldeia urbana Tereré. A SMAS foi identificada como gestora do PBF no município, condição esta que foi utilizada para a análise dos dados deste estudo. A SESAI foi incluída nesta pesquisa pelo fato de ser a executora das atividades de saúde da atenção básica junto à população indígena pesquisada.

As aldeias Lagoinha e Córrego do Meio são vizinhas, localizam-se na zona rural do município de Sidrolândia, a cerca de 20 quilômetros do centro da cidade, e computam aproximadamente 60 e 170 famílias indígenas, respectivamente. A Aldeia Tereré encontra-se na zona urbana e possuía cerca de 160 famílias no início desta pesquisa. No decorrer do estudo, esta terceira aldeia se subdividiu, dando origem à Aldeia Nova Tereré, ficando cada uma, com cerca de 80 famílias. Nesse contexto, o

total de famílias residentes nas três aldeias pesquisadas é de cerca de 310, segundo informações dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

A estimativa do total de famílias indígenas no município é de 336, segundo dados do Relatório de Informações Sociais publicado mensalmente pelo MDS (MDS, 2012b). Ressalta-se que os dados destes relatórios técnicos não trazem informações sobre a localização destas famílias, ou seja, não informa se são aldeadas, e neste estudo foram consideradas somente as famílias que moram nas comunidades supracitadas.

O estudo foi desenvolvido em três etapas e contou com a participação de integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas com Populações Indígenas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (GEPPI/UFMS). Este grupo realiza atividades de pesquisa e extensão nestas comunidades há mais de 15 anos. A equipe foi composta por oito profissionais da saúde, dois motoristas e dois técnico-administrativos que foram previamente treinados buscando a padronização tanto da coleta quanto da análise dos dados.

4.2 Coleta e análise dos dados

4.2.1 Primeira etapa

Esta fase visava identificar os objetivos, as metas, as ações propostas e os dados oficiais publicados pelos gestores do programa, por meio da análise dos objetos a serem estudados, sendo elaborados dois formulários aplicados nas etapas seguintes (Apêndices A e B). Foram analisados documentos técnicos do MDS, do MS e do MEC, como relatórios, instruções normativas, manuais, guias, informes e legislações com vistas a compreender o PBF.

Esta etapa se mostrou fundamental e imprescindível, pois até o início da pesquisa não foram encontrados instrumentos que pudessem ser utilizados em busca dos objetivos propostos. Contou ainda, com a participação de especialistas das áreas de avaliação em saúde e população indígena e teve a duração de sete meses.

4.2.2 Segunda etapa

Realizada entre março de 2011 e agosto de 2012 junto às secretarias municipais, instâncias de controle social e SESAI, teve como finalidade levantar o processo de implementação do PBF e grau de adequação das ações destinadas às comunidades pesquisadas. Foram utilizados como fonte de informações documentos fornecidos pelo órgão gestor e pelas instâncias de controle social e relatórios técnicos dos Ministérios da Saúde, Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e as entrevistas realizadas com os informantes-chave do município, como gestores, chefes de seção, coordenadores técnicos.

Destaca-se que estas atividades foram desenvolvidas concomitantemente, visto que os encontros foram agendados pelos próprios entrevistados, de modo que não interferisse na rotina de trabalho dos envolvidos. E, em casos específicos, somente foram realizadas com prévio consentimento dos chefes imediatos. Para a realização das entrevistas junto à SMAS foram feitas previamente três reuniões com a intenção de sensibilizar sobre a importância do estudo e, conseqüentemente, conhecer o funcionamento do PBF no município e identificar os responsáveis que foram entrevistados dentre todos os setores da secretaria. Esse mesmo procedimento foi adotado para a SMS, a SEMED e a SESAI, no entanto, com apenas uma reunião prévia.

As entrevistas foram realizadas conforme descrito a seguir:

a) Aplicação de formulário semiestruturado aos responsáveis pelo PBF das SMAS, SMS, SEMED e SESAI, elaborado com base nas atribuições do município previstas nos instrumentos legais (Apêndice A). Este questionário visava identificar o

cumprimento destas atribuições em nível municipal, bem como quais estavam sendo desenvolvidas especificamente para a população indígena;

b) Aplicação de formulário semiestruturado aos informantes-chave pela gestão local, formulado com o intuito de identificar atividades relativas à implementação e ao funcionamento, com ênfase no planejamento e na execução das ações (Apêndice A). Os questionamentos tinham a intenção de identificar e descrever quais as ações do PBF estavam sendo realizadas nas comunidades estudadas.

c) Aplicação de formulário semiestruturado aos integrantes do CMAS e do CMPBF, elaborado com base nas atribuições do Controle social descritas na legislação específica. As questões tinham a finalidade de verificar não só o cumprimento destas atribuições, mas também a concordância das informações obtidas junto à SMAS, além de identificar se as ações destas instâncias atendiam às particularidades dos indígenas (Apêndice A).

Estas atividades foram desenvolvidas dentro de duas reuniões ordinárias das instâncias citadas, nas quais as perguntas iam sendo aplicadas no momento em que o assunto estava sendo discutido, no decorrer da reunião, sendo respondidas coletivamente. Ao final desta, foram aplicadas as questões que não haviam sido abordadas. Dessa forma, as respostas foram dadas pelo integrante responsável pela ação.

No decorrer desta pesquisa, houve um processo eleitoral para o CMPBF. Tal fato, não alterou de forma significativa sua composição. Além disso, durante as entrevistas foi possível identificar que a eleição ocorrera em outubro de 2011 e apenas em abril de 2012 foi realizada a primeira reunião com os eleitos, que deveriam acontecer mensalmente. Tal fato, fez com que as entrevistas só pudessem ser aplicadas a partir de então.

Os dados foram analisados com base na comparação entre as ações executadas e as atribuições do município estabelecidas na legislação do PBF. Para a adequação foi analisado se as ações destinadas às comunidades estudadas atendiam aos objetivos do Programa segundo as necessidades *Teréna*.

4.2.3 Terceira etapa

Esta fase teve a duração de nove meses, sendo desenvolvida nas comunidades indígenas citadas e visava analisar a adequação das ações do PBF bem como o grau de conhecimento da população em relação ao Programa. Com o intuito de promover a aproximação entre a equipe de trabalho e o público alvo, de modo que a comunidade e pesquisadores pudessem interagir sinergicamente, os entrevistadores foram previamente inseridos nas comunidades por um período de quatro meses, por meio do GEPPI.

O formulário semiestruturado utilizado foi elaborado considerando a realidade dos entrevistados e continha questões sobre conhecimentos sobre o PBF, atividades desenvolvidas na comunidade pelo município e composição familiar (Apêndice B).

Em cada aldeia, esta atividade começou com a identificação dos seus limites geográficos. Em seguida, casa a casa foi visitada. O primeiro contato tinha a intenção de apresentar a importância e os objetivos do estudo e a metodologia que seria desenvolvida. Para participar era necessário que o beneficiário titular estivesse disponível para a entrevista. Se não estivesse, era agendado um novo horário. Caso não estivesse em casa, procedia-se a uma nova visita. Sendo isso, repetido mais uma vez até que todas as casas fossem visitadas, consistindo em uma varredura do perímetro delimitado. Caso fosse identificada uma ou mais famílias beneficiadas residentes no local, procedia-se à entrevista com cada família separadamente.

Com base no questionário aplicado, o critério de exclusão foi receber o benefício a menos de doze meses da data da entrevista, com duas famílias excluídas. Não houve recusa de participação, entretanto, apesar de terem sido visitadas por três vezes, em algumas casas não foram encontrados os titulares do benefício nem moradores.

Ao final, a partir do processamento foi utilizado o programa Epi Info versão 7.0.9.34 TM, sendo analisados a composição da família beneficiada, o grau de conhecimento sobre o PBF e a identificação das atividades realizadas nas comunidades pesquisadas.

4.3 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada 'Programa Bolsa Família em comunidades indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil' que recebeu apoio financeiro da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT) através do edital 01/2010 – PPMS.

Para seu desenvolvimento, obteve a autorização da Prefeitura Municipal de Sidrolândia por meio da assinatura da Declaração de anuência do órgão parceiro (Anexo A).

Com o intuito de obter o aceite das comunidades, o projeto foi apresentado em cada uma, com esclarecimentos sobre sua importância, seus objetivos e a metodologia a ser aplicada. A partir de então, as lideranças indígenas autorizaram a realização do estudo apresentado por meio da assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de cada aldeia (Anexos B, C e D).

Além disso, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS, recebendo parecer favorável nº 7870, e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi realizada no município de Sidrolândia, Mato Grosso do Sul, teve a duração de 23 meses, contou com a participação de integrantes do GEPPI/UFMS e foi desenvolvida em três etapas. Na primeira, foram elaborados dois formulários aplicados nas segunda e terceira etapas.

No segundo momento, foram realizados módulos de entrevistas com os informantes-chave da SMAS, da SMS, da SESAI e da SEMED. O formulário aplicado nesta etapa foi elaborado segundo as legislações de criação e implementação do PBF (BRASIL, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d, 2005a, 2005b, 2006, 2010) e visava analisar a implementação e o funcionamento do PBF em nível local, bem como avaliar se as atividades desenvolvidas pelo Programa estão atendendo às necessidades da população alvo. Nesse sentido, os dados foram analisados conforme as finalidades e os objetivos propostos nos instrumentos legais específicos e considerando as particularidades das famílias que residem nas comunidades estudadas. Além disso, apresentam a compilação das respostas obtidas pelos diferentes informantes-chave entrevistados.

O formulário aplicado na terceira fase foi elaborado com o intuito de identificar quais atividades do PBF estavam sendo desenvolvidas pelo município junto às comunidades indígenas pesquisadas. Foram entrevistados 106 beneficiários titulares, ou seja, 34,2% das famílias indígenas aldeadas, o que correspondeu a um total de 500 pessoas, sendo feitos questionamentos que visavam entender o que elas compreendem do Programa, como o veem, o que acham dele e como fazem uso do dinheiro recebido. Foram coletados também dados pessoais como sexo, data de nascimento, ocupação profissional e escolaridade de cada integrante da família beneficiada avaliada. Os AIS também foram entrevistados com o intuito de conhecer a realidade do PBF nestas comunidades.

5.1 A gestão municipal do Programa Bolsa Família

A organização e a estrutura das secretarias envolvidas na gestão municipal do PBF que existiam anteriormente à sua implantação foram sendo ajustadas para atender às necessidades do Programa e cada secretaria desenvolve suas competências individualmente. Baseando-se na necessidade do cumprimento das condicionalidades e visando atingir melhores índices do IGD, todos os setores envolvidos na gestão do PBF disponibilizam serviços, estruturas e apoio técnico-institucional de acordo com as suas necessidades, ressaltando que não foram criadas novas competências, bem como novas estruturas para a implantação deste Programa no município.

Os serviços e as estruturas disponíveis para a execução do PBF no município estão representados na Figura 8.

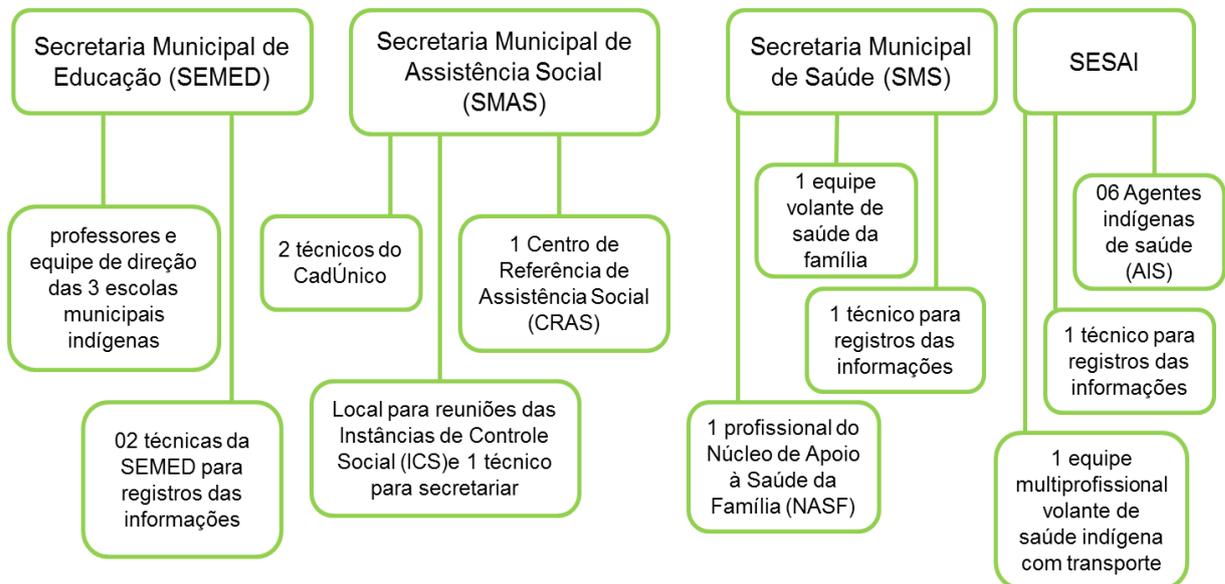


Figura 8 – Serviços e estruturas institucionais do município disponibilizados para a execução do Programa Bolsa Família junto às comunidades Indígenas

5.1.1 Gestão intersetorializada

A gestão municipal do PBF é realizada pela SMAS, que é responsável pela pelo gerenciamento dos recursos advindos do IGD, pela implementação de programas complementares com vistas à emancipação sustentada das famílias beneficiadas e pelo suporte às instâncias de Controle social. Já as secretarias de saúde e educação, que estão envolvidas na oferta de serviços básicos essenciais ao adequado cumprimento das condicionalidades pelas famílias, realizam suas atividades de forma independente e conforme a demanda.

Apesar de ser um dos objetivos do PBF, a promoção da intersetorialidade não é colocada em prática no município. Não foram identificados planos de ações nem programação de atividades que visassem promover a integração das ações desenvolvidas no município e os próprios entrevistados reconheceram a inexistência de ações dialogadas, de modo a integrar e melhorar o processo de gestão do PBF, justificando tal situação com a deficiência de pessoal e estrutura. Ademais, também não foi identificada programação de atividades que atenda às especificidades das comunidades estudadas, situação ratificada pelo responsável técnico da SESAI entrevistado, que afirma que as atividades de saúde indígena são realizadas segundo a demanda, mas sem parceria com a SMS.

A gestão intersetorial vem sendo considerada uma característica fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas no país (BURLANDY, 2004; BRONZO, 2010). Especificamente para o PBF, além de ser um dos objetivos básicos propostos na sua formulação, o próprio desenho estabelecido para a sua execução já estabelece a necessidade de ações dialogadas, no qual vários setores devem atuar em busca de efetivos resultados (SANTOS; MAGALHÃES, 2012).

Na tentativa de estabelecer a articulação das áreas envolvidas na implementação e no desenvolvimento do PBF, foi determinada a designação de uma coordenação responsável pelas ações de gestão e execução do Programa em nível municipal (BRASIL, 2004b). Esta coordenação foi instituída em 2006 como uma instância consultiva, de estrutura organizacional internamente definida, ficando responsável pela elaboração e fiscalização das atividades relacionadas ao PBF em

nível municipal. Designada como Comitê Municipal do Programa Bolsa Família (CMPBF), seguindo as determinações legais, possui composição multidisciplinar e intersetorializada, sendo 01 representante da Secretaria de saúde, 01 representante da Secretaria de educação, 01 representante da Secretaria de assistência social, 01 representante do Núcleo de Projetos da Prefeitura, 01 representante indígena, 01 representante dos beneficiários não indígenas, 01 representante do Sindicato rural, 01 representante da Igreja Católica e seus respectivos suplentes. No entanto, o membro relacionado à Segurança alimentar não está representado, contrariando o que determina a legislação.

Os membros da SMS que compõem o CMPBF, apesar de terem participação ativa nas reuniões e conhecerem amplamente as necessidades da população atendida, não possuem poder de ação nem de decisão, condição que dificulta a intervenção junto ao Programa. Destaca-se que a SESAI não faz parte desta instância, o que constitui como uma inadequação do quesito representatividade, visto que este é o órgão responsável pela atenção à saúde nas comunidades indígenas e as ações do PBF são planejadas sem considerarem os conhecimentos desse serviço, que está em contato direto com a realidade da saúde deste grupo no município.

Um indígena participa do CMPBF, o que poderia atestar que esta população está devidamente representada, entretanto, na forma de organização dos *Teréna*, as aldeias são independentes entre si e não respondem umas pelas outras, ou seja, são unidades político-administrativas independentes e cada uma tem seu representante e ele, somente ele, possui poder de representá-la. Isso faz com que não haja uma representatividade plena desse grupo populacional.

O representante governamental justifica que todas as aldeias foram convidadas e que apenas o atual representante manifestou interesse em participar. Duas questões devem ser pontuadas na busca de uma possível elucidação para a não adesão das demais aldeias: a primeira nos remete ao grau de importância que esta organização tem para a comunidade, ou seja, em que medida este grupo reconhece a importância de participar do CMPBF. A segunda relaciona-se ao modo que os possíveis representantes teriam que se organizar para poderem participar do Comitê, ou seja, como seria o deslocamento deles da aldeia para o local das reuniões, considerando que as demais aldeias localizam-se na zona rural.

Quando se avalia a composição do CMAS, que é o órgão de controle social do município, as falhas de representatividade supracitadas se repetem, ratificando a não conformidade ao se avaliar o grau de participação dos indígenas nas instâncias de Controle social locais. Esta conjuntura levanta um questionamento em relação à representatividade, pois as instâncias descritas seguem os modelos definidos pelo governo federal, que são formulados para a população em geral e não consideram as especificidades de determinadas populações, nem as regionalidades existentes no país.

Os entrevistados envolvidos na gestão do PBF identificaram o CMPBF como sendo a instância responsável pela implantação da gestão intersetorial municipal. No entanto, os próprios membros do Comitê não reconheceram esta função e destacaram que, por ser esta uma instância consultiva, não possuem autonomia para tomada de decisões. Assim, não foi encontrado órgão que se responsabilizasse pela gestão intersetorial do Programa.

Faz-se necessário destacar que não tivemos acesso às atas de reuniões solicitadas no primeiro contato. Além disso, seguindo protocolos internos, no decorrer desta pesquisa ocorreram mudanças na composição das instâncias de controle social pesquisadas, que culminaram na reformulação da nomeação dos membros, em virtude de alguns questionamentos oriundos desta pesquisa apresentados à SMAS.

O acompanhamento e a avaliação locais do PBF são realizados separadamente por cada secretaria, sendo que somente as informações da SMAS são repassadas às instâncias de controle social para apreciação, não havendo um protocolo de fiscalização relacionado ao Programa.

5.1.2 Acesso das famílias beneficiadas aos serviços básicos e monitoramento das condicionalidades

O objetivo de determinar o cumprimento de condicionalidades pelas famílias assistidas pelo PBF é de assegurar melhores condições de acesso aos serviços

básicos de saúde, assistência social e educação, com vistas a promover melhorias nas condições de vida dos beneficiários (BRASIL, 2005b, 2012; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012). Nesse sentido, para que as famílias consigam cumprir as condicionalidades determinadas, os serviços públicos precisam ser capazes de oferecer serviços básicos de educação, saúde e assistência social que atendam qualitativa e quantitativamente suas necessidades. Entretanto, conforme afirmam Senna (2012) e Santos e Magalhães (2012), o debate acerca da diferença entre o que é obrigatoriedade e o que é direito social vem ganhando espaço em meio aos estudiosos.

5.1.2.1 (Re)Cadastramento das famílias

Para que o cidadão tenha acesso ao benefício do PBF ele deve estar obrigatoriamente registrado no CadÚnico, com cadastro válido e atualizado (BRASIL, 2008; MDS, 2012a). No município esse cadastramento é contínuo e com demanda espontânea, sendo realizado por técnicos da SMAS. O procedimento atual foi implantado no final de 2011, passando de 10 para 40 minutos o tempo gasto com cada cadastro em decorrência da necessidade de ser preenchido manualmente o formulário, no qual deve constar assinatura do solicitante. Outro ponto instituído pelo novo método é a identificação dos beneficiários por núcleo familiar e não mais de forma individual, como era feito anteriormente.

Caso algum cidadão busque o atendimento no CRAS de origem ou em alguma ESF, este é orientado a comparecer à SMAS para realizar o cadastro. Segundo esta secretaria, quando há a identificação de baixa demanda pelo cadastramento, são organizados mutirões a serem realizados em assentamentos e aldeias. Entretanto, os indígenas entrevistados, afirmaram que não foi realizado mutirão para cadastramento nas comunidades nos últimos tempos, o que é ratificado pela taxa de cadastro das famílias indígenas que é de apenas 77,4% revelando uma falha nas nestas ações para esta população.

Um fato que contribui para tal situação é o fato da SMAS e os CRAS do município estarem localizados na zona urbana, isso se justifica, pois muitos moradores indígenas têm dificuldade para se deslocarem até a cidade, uma vez que duas das três aldeias do município estão localizadas na zona rural. Nesse sentido, a realização de mutirões facilitaria o acesso destas famílias ao cadastramento.

O recadastramento das famílias beneficiadas é uma condicionalidade do PBF e deve ser realizado a cada dois anos. Assim como o cadastramento, é um processo contínuo e de livre demanda, não havendo, entretanto, no município um protocolo de acompanhamento desta condicionalidade. Este monitoramento é realizado pelo MDS, que notifica a família por meio de um aviso no rodapé do extrato de benefício, que é obrigatoriamente emitido a cada saque feito. Assim, ao identificar o aviso, a família deve procurar a SMAS para proceder à atualização dos dados.

Ao longo desta pesquisa, os processos de cadastro e de recadastramento foram reformulados e passaram a ser realizados nos CRAS, por técnicos que foram devidamente capacitados para tal atividade. Apesar desta importante mudança, não foram identificadas ações direcionadas aos indígenas.

5.1.2.2 Reuniões sócio educativas com vistas à sensibilização das famílias para o cumprimento das condicionalidades

Atendendo ao que rege a legislação, são realizadas reuniões sócio-educativas no CRAS local junto às famílias beneficiadas sobre diferentes temas, como atividades educativas de orientação e de conscientização das famílias quanto à importância do cumprimento das condicionalidades e de seus benefícios gerados. Estas atividades são organizadas e realizadas pela SMAS, por meio dos coordenadores dos três CRAS existentes nos municípios e dos técnicos neles lotados, sendo que cada CRAS as realiza conforme a necessidade local e a sua organização interna, sem o desenvolvimento de atividades integradas entre os próprios agentes da SMAS, da SEMED e da SMS. Quando indagado sobre a mobilização das famílias, o gestor afirma que:

“Falta articulação e instrumental para viabilizar e mobilizar as famílias quanto as suas responsabilidades.”

“Cada território realiza suas ações, porém falta articulação.”

Destaca-se que há um CRAS que atende à população indígena do município e aos demais cidadãos que moram no entorno. Ele se localiza na zona urbana e, apesar de ser definido como CRAS indígena, não foi identificada nenhuma programação de atividades específicas que visasse atender a esta população. Os indígenas entrevistados afirmaram que as reuniões não são realizadas atualmente, ou seja, não há um trabalho contínuo nas comunidades de sensibilização das famílias para a importância do cumprimento destas condicionalidades e de conscientização de como isso poderá gerar mudanças nas condições de vida das famílias.

Além disso, os beneficiários das aldeias rurais devem se deslocar até a cidade para poderem participar das atividades, sanar alguma dúvida e até mesmo resolver alguma pendência relativa ao PBF, o que é um fator complicador, quando se considera as condições socioeconômicas da maior parte das famílias beneficiadas.

5.1.2.3 Acompanhamento nutricional e cumprimento do calendário vacinal para crianças e acompanhamento de gestantes e nutrizes

As ações da Atenção básica em saúde em nível municipal para a comunidade em geral são de responsabilidade da SMS, sendo realizadas conforme as metas pactuadas com o Estado, a União e os municípios da rede, sem considerarem as necessidades previstas na agenda da saúde do PBF.

A situação das comunidades Lagoinha, Córrego do Meio e Tereré apresenta perfil diferenciado, uma vez que estas ações são realizadas e acompanhadas pela SESAI, que faz uso das estruturas das ESF existentes em cada aldeia e os atendimentos acontecem conforme programação prévia. A SMS ressalta que não

possui informações sobre os serviços prestados pela SESAI e que somente repassa aos AIS os Mapas de acompanhamento de condicionalidades e os recebe preenchidos. Portanto, as condicionalidades da saúde nas comunidades indígenas estudadas são coletadas pelos AIS em datas pré-definidas nos postos de saúde localizados nas aldeias. Segundo a SESAI todos os integrantes das famílias são avaliados e não apenas aqueles listados nos mapas supracitados. Caso as famílias não compareçam na data definida, os AIS fazem visita domiciliar para averiguar o motivo da falta.

Neste ponto, há uma divergência entre a afirmação do gestor e a realidade declarada pelos beneficiados, pois estes informaram que não são realizadas visitas domiciliares e que se não comparecerem no dia determinado para a pesagem e vacinação das crianças, só poderão realizar tais atividades na próxima data.

Segundo a orientação legal (BRASIL, 2004d), o acompanhamento das condicionalidades da saúde em nível municipal possui como responsável técnico um profissional de saúde, que neste caso é um nutricionista lotado no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Destaca-se, entretanto, que o profissional supracitado possui inúmeras atividades que acabam por impedir que o mesmo desenvolva esta função em sua plenitude, ou seja, o acompanhamento das condicionalidades em saúde baseia-se somente na distribuição e na coleta dos Mapas de acompanhamento das condicionalidades para as ESF, não sendo realizadas ações de prevenção nem intervenções em casos críticos. Além disso, não é realizada a análise dos dados com o intuito de contribuir na adequação e melhoria da gestão do PBF em nível local.

O polo da SESAI que atende as comunidades indígenas de Sidrolândia não possui nutricionista credenciado, bem como técnicos que participem da programação das atividades do PBF nas aldeias. Considerando o grupo estudado e as informações que a SESAI tem sobre a realidade indígena, a inadequação na elaboração destas ações dificulta a promoção de práticas que atendam às necessidades desta população.

5.1.2.4 Frequência escolar para alunos entre 6 e 17 anos

Os alunos indígenas que estejam entre os 6 e 17 anos de idade e que pertençam a famílias cadastradas no PBF, devem estar obrigatoriamente matriculados em escolas. As escolas fazem o controle mensal da frequência dos alunos relacionados no acompanhamento do PBF. Bimestralmente, as escolas que possuem acesso ao sistema de informação do MEC lançam os dados diretamente no site. Já as escolas privadas e as que não possuem acesso à internet, caso das escolas indígenas estudadas, enviam a compilação dos dados à SEMED que é a responsável por inclui-los no sistema adequado.

As aldeias Córrego do Meio e Lagoinha, localizadas na zona rural, possuem uma escola cada, sendo que os alunos que irão cursar o ensino médio e que moram nestas aldeias precisam se deslocar até a zona urbana para continuar estudando. A aldeia Tereré possui uma escola que também oferece somente o ensino fundamental e que, segundo o relato dos indígenas entrevistados, não possui estrutura para seu funcionamento, além de não oferecer a mesma qualidade de ensino das demais escolas do município.

5.1.2.5 Articulação, capacitação e mobilização dos agentes envolvidos no acompanhamento do cumprimento das condicionalidades

Cada área faz o acompanhamento das condicionalidades conforme suas atribuições, porém, não há articulação dos setores envolvidos na gestão local e entre as três áreas de governo. Destaca-se que nenhum dos gestores das Secretarias de Saúde e Educação participam das instâncias de controle social, não possuindo, assim, atividades diretas com o Programa. O gestor local afirma que:

“Cada política (saúde, educação e assistência), faz o acompanhamento conforme é atribuído, porém é frágil quanto a articulação.”

Os ministérios envolvidos no processo de implantação e monitoramento do PBF publicam manuais de capacitação para serem trabalhados junto às equipes de trabalho dos municípios. O documento para capacitação das equipes de saúde foi recebido pela SMAS e repassado às ESF, mas a secretaria não tem a informação se foi aplicado ou não. A SMS relata que segue todos os protocolos existentes para o acompanhamento de gestantes, nutrizes e crianças das famílias do Programa, entretanto, não foram relatadas ações de capacitação por nenhum entrevistado do setor saúde. Somente os técnicos da SMAS envolvidos no cadastramento relataram terem passado por capacitações.

5.1.2.6 Acompanhamento do cumprimento das condicionalidades, formalização do descumprimento e registro nos sistemas de informação

O coordenador responsável pelo acompanhamento do cumprimento das condicionalidades da saúde imprime os Mapas de acompanhamento por região do município, segundo os bairros cobertos pelas ESF, e os distribui aos enfermeiros que organizam as coletas de dados juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O monitoramento é realizado semestralmente, conforme orienta a legislação e o cumprimento do prazo não apresenta problemas, pois os mapas preenchidos são devolvidos até a data estipulada e a SMS disponibiliza o técnico administrativo que é responsável pela inserção dos dados coletados nos sistemas de informação do MS.

Considerando a importância das práticas de prevenção e promoção da saúde junto à população atendida pelo PBF, que apresentam um complexo quadro saúde-doença no qual coexistem altos índices de insegurança alimentar (FÁVARO *et al.*, 2007), baixa estatura em crianças (PEREIRA, 2011) e aumento da prevalência de *Diabetes mellitus*, Hipertensão arterial e Obesidade em adultos (SAAD, 2005), as

normativas estabelecem a urgência da implantação do SISVAN em nível local. Tal obrigatoriedade se deve ao fato da VISA buscar introduzir na rotina de trabalho da SMS a atualização dos dados do estado nutricional da população em geral nos aplicativos disponíveis no sistema do MS, de modo que os dados nutricionais da população atendida sejam continuamente registrados e possam servir de base para a adequação de políticas para a promoção da saúde e prevenção de doenças em populações específicas (BURLANDY, 2004).

Entretanto, este sistema não está implantado no município, uma vez que os dados são coletados e inseridos no sistema somente para o cumprimento das condicionalidades da saúde do PBF, o que ocorre a cada seis meses e em uma pequena parte da população: crianças de 0 a 7 anos, com os critérios de peso e estatura para o Programa, ou seja, os dados coletados referem-se somente àqueles que constam no Mapa das condicionalidades. Segundo o responsável técnico coordenador do acompanhamento, o preenchimento do mapa indígena chega a cerca de 90,0%, diferentemente do mapa dos não indígenas, que apresenta uma porcentagem de preenchimento de apenas 50,0%.

Tal fato é ratificado pela SESAI que afirma que os AIS possuem dois relatórios: o mapa de condicionalidades que é enviado semestralmente pela SMS e outro formulário que é elaborado pela própria instituição e que deve ser preenchido mensalmente com os dados de toda a população atendida. Ou seja, o sistema de informação em saúde utilizado é diferente daquele utilizado pelo PBF, tendo sido reformulado recentemente no âmbito do SasiSUS. Assim, como os dados são coletados e inseridos neste sistema mensalmente, pode-se afirmar que possuem um melhor monitoramento das informações sobre a saúde do que os beneficiários não indígenas. Conforme afirmam Caldas e Santos (2012), a VISA fornece dados e indicadores que poderão ser utilizados como instrumentos estratégicos na tomada de decisões importantes e na organização dos serviços ofertados para esta população.

A cada dois meses o MEC libera um mapa de acompanhamento das condicionalidades da área de educação, no qual consta a relação de alunos que possuem de 06 a 17 anos e que fazem parte de famílias beneficiadas pelo PBF. Tal mapa deve ser completamente preenchido e em um prazo estabelecido, as informações devem ser inseridas no sistema de informação do próprio MEC. Para o

cumprimento desta condicionalidade no município foi instituído o Projeto presença, no qual o técnico da SEMED repassa às escolas esta relação de alunos e a equipe de secretaria da escola a repassa aos professores, que a devolve preenchida à direção.

Diferentemente das demais, as escolas indígenas não possuem acesso à internet e, conseqüentemente, não conseguem incluir as informações coletadas no sistema de informação do MEC. Assim, a relação de alunos preenchida é devolvida à SEMED, que é responsável pela inserção dos dados no sistema. Se for identificado o descumprimento da condicionalidade, a equipe da escola promove a busca ativa dos alunos faltosos e analisa a situação. Havendo necessidade de um acompanhamento mais específico, entram em contato com o Conselho Tutelar ou com SMAS, por meio do CRAS de abrangência.

Contrariando as orientações legais, o município não possui a prática de notificar as famílias quando é identificado o descumprimento das condicionalidades, bem como de realizar o acompanhamento sistemático destas famílias, apesar da situação de risco e de vulnerabilidade social encontradas nas comunidades indígenas pesquisadas. Tal situação pode ser explicada pelo fato das secretarias não possuírem uma metodologia para o monitoramento e análise do (des)cumprimento destas obrigações.

Os técnicos do CadÚnico entrevistados informaram que tal procedimento seria implantado em breve, em virtude de uma legislação que havia sido regulamentada e que obriga a formalização da notificação do descumprimento, na qual deve constar a assinatura do gestor. Semelhante ao que ocorre quando há a necessidade de recadastramento, o MDS notifica o beneficiário titular do descumprimento por meio de um aviso no extrato do benefício. Havendo uma nova falta sequencial, o benefício é bloqueado. Na terceira medição, caso haja regularização o benefício é pago, inclusive somado do valor retroativo. Se o descumprimento se repetir, ocorre o cancelamento do pagamento.

Apesar de atenderem aos prazos estabelecidos, o índice de adequação do cumprimento das condicionalidades da saúde é o menor do município quando se analisa a composição do IGD. Um fato que pode justificar este índice baixo é o fato de que muitas famílias mudam de endereço e acabam não sendo acompanhadas pelas equipes da ESF na qual estão listadas. Uma condição que levaria ao aumento

do número de famílias acompanhadas seria a troca dos mapas entre os setores e a introdução do processo de busca ativa das famílias ausentes. Contudo, não há articulação entre a SMS, a SESAI e a SMAS para que esta falha seja sanada, o que vem ao encontro do que já fora citado em relação à falta de diálogo e integração entre as secretarias envolvidas nos processos de gestão do PBF.

A Figura 9 apresenta de forma esquemática como são realizados os monitoramentos em cada secretaria, segundo os serviços de saúde, educação e assistência social oferecidos às comunidades indígenas pesquisadas.

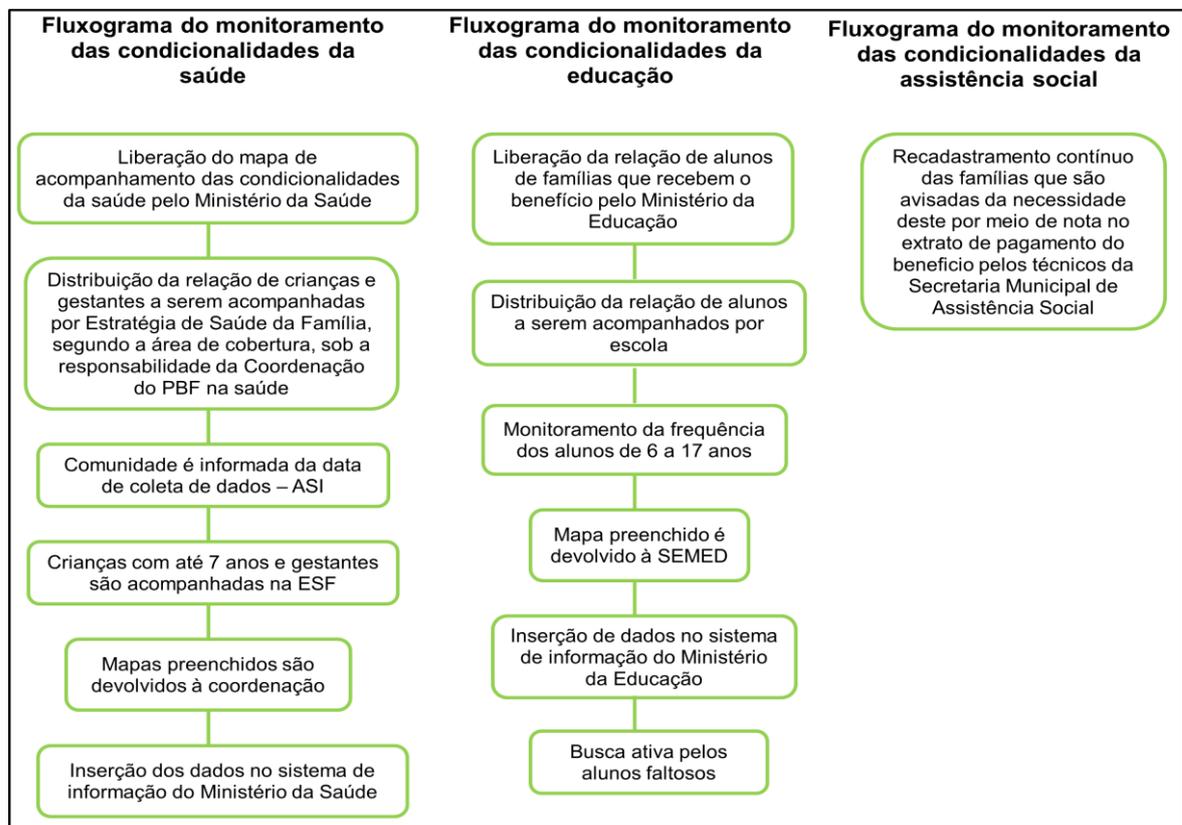


Figura 9 – Fluxograma do monitoramento das condicionalidades por secretaria municipal, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

5.1.3 Implementação de programas complementares: emancipação sustentada das famílias

A emancipação sustentada é um dos objetivos básicos do PBF e a ela está relacionada a oferta de programas sociais complementares e de cursos de capacitação que ajudem na geração de renda das famílias beneficiadas e que, nesse sentido, auxiliariam na saída delas do ciclo intergeracional da pobreza (PAES-SOUZA; QUIROGA, 2012). Tais afirmações são confirmadas por Santos e Magalhães (2012, p. 1216) quando afirmam que:

Compreendendo a pobreza como um fenômeno complexo e multifatorial, torna-se essencial a articulação da transferência do benefício monetário a outras políticas, emergenciais e estruturantes, a fim de evitar a reatualização de práticas assistencialistas. A perspectiva de inclusão social incorporada ao PBF busca ultrapassar a distribuição de benefícios monetários, avançando em direção a estratégias voltadas à emancipação das famílias pobres.

Ademais, a mobilização das famílias quanto à importância do cumprimento das condicionalidades da educação e da saúde tem influência direta na adesão destas e, conseqüentemente, na melhora da qualidade de vida.

No que concerne à necessidade de se criar parcerias para oferta de programas sociais complementares entre os diferentes órgãos e esferas de governo, bem como com as instituições não governamentais, com o intuito de promover a emancipação das famílias, é evidente a dificuldade em colocar isto em prática, visto que as ações não são elaboradas nem realizadas de uma forma integrada em nível local. O próprio gestor afirma que:

“No município as ações são desenvolvidas apenas pelo ente governamental.”

Os programas sociais complementares atualmente desenvolvidos no município não foram implementados a partir PBF, sendo que dos cinco enumerados,

apenas o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e o NASF possuem relação com o Programa. Além disso, das três instituições parceiras citadas nas entrevistas, uma organização da Igreja Católica, uma Entidade filantrópica e uma Organização não governamental (ONG) que atende crianças vítimas de câncer, nenhuma possui relação com o Programa.

Das aldeias estudadas, apenas a Aldeia Córrego do Meio abriga uma unidade do PETI, que é utilizada tanto nas atividades da assistência social quanto da saúde e da educação do PBF. Os entrevistados indígenas afirmaram que já haviam participado de atividades neste local, contudo, ressaltaram sua baixa produtividade nos últimos quatro anos. Como as ações do NASF não são realizadas nas comunidades indígenas, não pode ser feita uma avaliação destas.

5.1.4 Controle social: organização e atribuições

A participação do Controle social como integrante das ações intersetoriais do PBF é um dos pilares da sua criação (BRASIL, 2004a) e sua formalização é requisito mínimo para a adesão do município ao Programa (BRASIL, 2008). As ações das ICS são instituídas com o intuito de promover a participação social nos processos de desenvolvimento, controle e fiscalização do PBF, promovendo espaços de negociação e representação da população atendida e que levem a universalização dos direitos sociais (QUINHÕES; FAVA, 2010; MDS, 2010a).

No município de Sidrolândia existem duas ICS ligadas ao PBF, uma é o CMAS e a outra é o CMPBF. Seguindo a orientação da legislação do Programa, o Comitê foi criado em 2006. Por ter sido instituído como uma instância consultiva, as decisões nele tomadas são repassadas ao CMAS que as discute e regulamenta. No decorrer desta pesquisa, o CMPBF passou por um processo de mudança na sua composição e entre outubro de 2011 e março de 2012 não foram realizadas atividades. Os novos membros foram escolhidos pela SMAS e não eleitos. O

treinamento foi constituído da apresentação dos vídeos de capacitação do MDS e da entrega de uma cartilha aos novos membros.

Como a maioria dos representantes de ICS, todos possuem outras atividades e, por isso, dispõem de tempo reduzido para suas atividades do CMPBF, o que poderia prejudicar o desenvolvimento pleno de suas responsabilidades neste. Além disso, não foram identificadas atividades em grupo. Tais condições refletem a realidade de outras ICS instituídas junto ao PBF no Brasil, que são criadas apenas para cumprir uma exigência e acabam por não possuírem condições de realizar efetivamente sua função (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; MDS, 2009; QUINHÕES; FAVA, 2010).

O controle social é conduzido pelo CMAS que é a instância municipal de controle social instituída anteriormente à implantação do PBF, entrando na rotina de suas atividades as decisões advindas do Comitê, segundo o que determina os documentos relacionados (MDS, 2010a; 2010b). Também possui mandato de dois anos e possui composição intersetorial, conforme legislação. Assim como o CMPBF, o CMAS passou por um processo de reformulação no ano de 2011 e entre outubro deste ano e abril de 2012 não foram identificadas atividades desempenhadas por este conselho.

Não há um protocolo para informar as decisões tomadas no Comitê e que precisam ser deliberadas pelo CMAS, o que pode gerar um processo de repasse de informações incompletas e até inadequadas. A devolutiva das deliberações também não seguem nenhum procedimento interno formal. Além disso, profissionais da SMAS que não fazem parte do conselho participam das reuniões deste conselho.

Ambas as instâncias atendem à formação paritária obrigatória, se reúnem mensalmente, conforme calendário de reuniões elaborado no final do ano, bem como possuem seus regimentos internos que foram aprovados segundo critérios locais. Os membros do CMPBF informaram que o respectivo regimento havia sido alterado na atual gestão, já os representantes do CMAS ressaltam que o regimento é antigo e desatualizado, mas, caso haja a necessidade de alterá-lo, isso será feito conforme legislação pertinente.

Considerando as atribuições do controle social que estão relacionadas à estimulação da participação comunitária na execução do PBF no âmbito municipal

ou jurisdicional, foi perguntando se a comunidade tinha conhecimento da existência desta instância e se sabiam quais eram os membros que a representavam, sendo a resposta negativa para ambas perguntas. Ressaltaram ainda que não é realizado nenhum tipo de divulgação destes dados para a população em geral.

As ICS devem acompanhar a oferta local dos serviços públicos necessários ao cumprimento das condicionalidades, contudo não são realizadas atividades junto à comunidade que cumpram tal atribuição. Devem também analisar o resultado do acompanhamento do cumprimento das condicionalidades nas três áreas do PBF, bem como as repercussões na vida das famílias beneficiadas. Outra responsabilidade é o acompanhamento das famílias que apresentem dificuldades em cumprir as condicionalidades, entretanto, seus membros não tinham conhecimento de que o município havia como identificar tais famílias e, assim, não sabiam que podiam acompanhá-las, nem que havia necessidade disso.

Apesar de definidas como atribuições do controle social, não são realizadas atividades para as famílias beneficiadas pelo PBF que visem à promoção de outras políticas públicas sociais, bem como o estímulo à integração destas.

Não foram identificadas atividades direcionadas à atenção das necessidades da população indígena. Tal inadequação pode ser decorrente da não representatividade dessa população, pois apenas uma liderança participa do CMAS e a organização societal das quatro aldeias *Teréna* do município exigiria a participação de uma liderança representando cada comunidade. Outra possibilidade dessa inadequação é a não participação da SESAI no CMPBF, que é a instância com maior acúmulo de conhecimento desta população no município. Nesse contexto, ao considerar a organização das instâncias de controle social do município que estão diretamente relacionadas ao PBF, verifica-se a necessidade de ser revista a composição destas em relação à representatividade da população indígena.

5.2 O Programa Bolsa Família e os beneficiários indígenas

5.2.1 Cobertura para as famílias indígenas

Segundo dados do relatório técnico do MDS, o município de Sidrolândia possuía 336 famílias indígenas, aldeadas ou não, e apenas 260 (77,4%) estavam inscritas no CadÚnico (Figura 10). Tal situação revela uma falha da SMAS no processo de busca ativa das famílias, limitando o total de famílias indígenas que poderiam vir a receber o benefício, pois não há possibilidade de recebê-lo sem estar cadastrada. Deste total de famílias cadastradas, 215 apresentavam perfil para o recebimento do benefício, ou seja, 82,7% apresentaram renda per capita menor que R\$140,00 e são elegíveis ao recebimento do benefício. E deste total, somente 195 eram beneficiadas pelo PBF, correspondendo a um total de 90,7%, ou seja, dentre as famílias cadastradas com renda per capita máxima de R\$140,00, 20 não estão recebendo o benefício. Esta situação é decorrente dos critérios de concessão de benefícios determinados pelo MDS, que deixam sem atendimento famílias elegíveis pelo PBF.

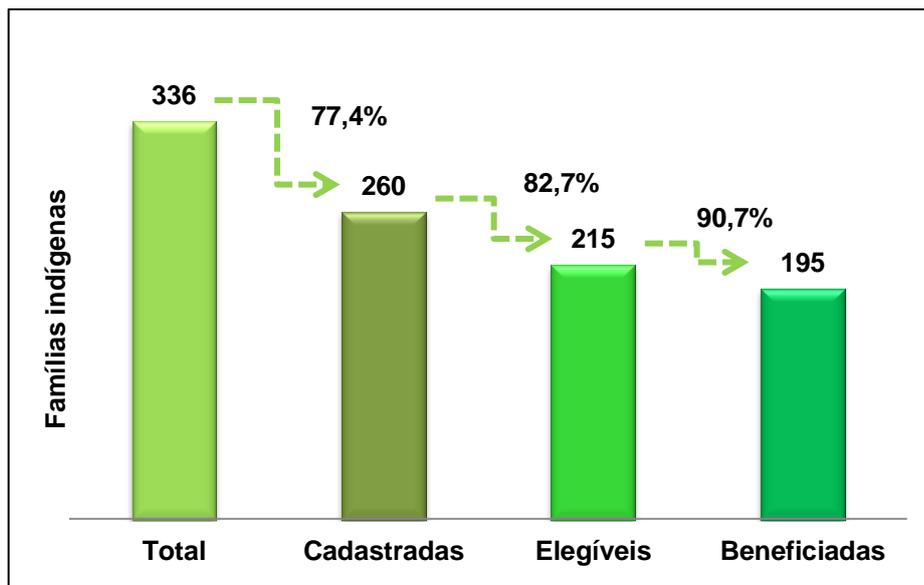


Figura 10 – Total de famílias indígenas residentes e sua relação entre o número de famílias indígenas cadastradas, elegíveis e beneficiadas pelo PBF, Sidrolândia/MS, Brasil – 2014

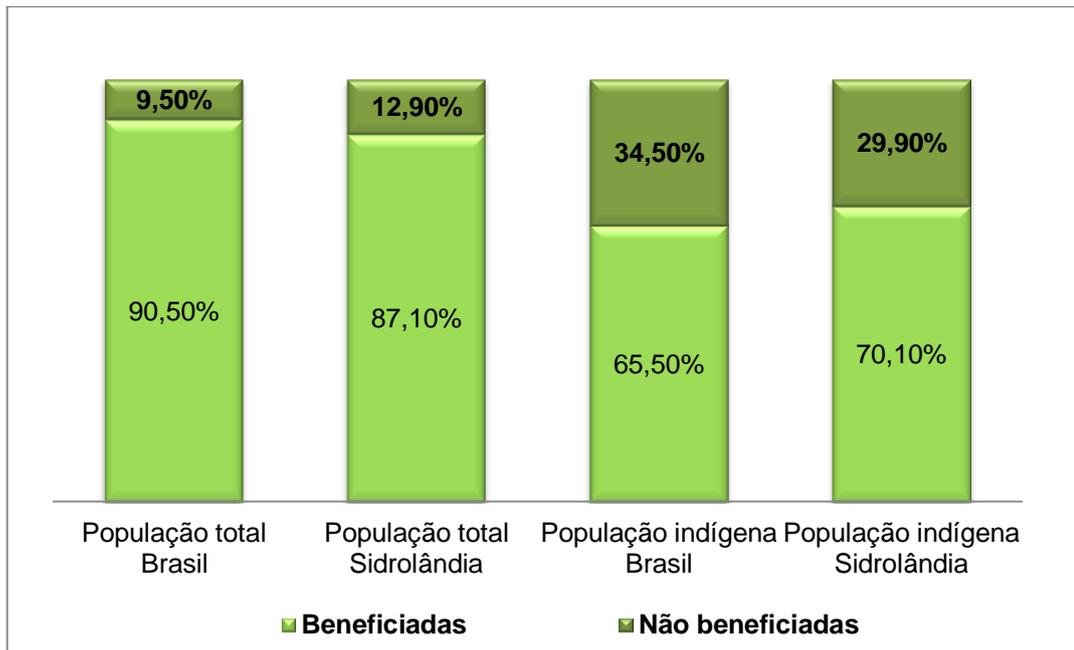
Na Tabela 1 observa-se um comparativo entre os dados de famílias cadastradas, elegíveis e beneficiadas na população total do Brasil e de Sidrolândia e na população indígena de ambos. Em relação à porcentagem de famílias elegíveis, percebe-se uma diferença entre indígenas e não indígenas, mostrando uma proporção maior de famílias indígenas que possuem renda familiar per capita menor que R\$140,00, corroborando a já destacada situação de pobreza destas famílias. No que tange a porcentagem de famílias cadastradas, verifica-se uma diferença entre a população total de Sidrolândia e a população indígena local, ratificando a falha da SMAS em relação a este procedimento. Apesar desta inadequação, quando se avalia a porcentagem de famílias beneficiadas do município, identifica-se o mesmo nível de atendimento entre indígenas e não indígenas. Diferentemente dos valores encontrados em nível nacional, que, proporcionalmente, estão abaixo dos encontrados em Sidrolândia.

Tabela 1 – Número e distribuição percentual do total de famílias indígenas de baixa renda, cadastradas, elegíveis e beneficiadas pelo PBF das populações total e indígena do Brasil e de Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Total de famílias	População total Brasil		População indígena Brasil		População total Sidrolândia		População indígena Sidrolândia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixa renda	20.094.955	100,0%	142.425	100,0%	5.528	100,0%	336	100,0%
Cadastradas	23.736.029	118,1%	112.761	79,2%	5.323	96,0%	260	77,4%
Elegíveis	17.980.388	75,8%	100.256	88,9%	3.885	73,0%	215	82,7%
Beneficiadas	13.770.339	76,6%	82.928	82,7%	3.514	90,0%	195	90,7%

Extrapolando estas comparações e ponderando a proporcionalidade de famílias elegíveis, se a falha no cadastramento fosse sanada e todas as 336 famílias indígenas estivessem cadastradas e se o MDS aumentasse o teto máximo e atendesse todas as famílias com perfil para recebimento, o número de beneficiadas seria de 278. Este dado mostra um índice de defasagem de 29,9% do total de famílias que deveriam estar recebendo o benefício e encontram-se descobertas atualmente (Figura 11). Em relação aos dados nacionais, esta perda é de apenas 9,6% para a população total e para a população indígena atinge 34,5% das famílias elegíveis, revelando assim a inadequação no quesito cobertura da população indígena em níveis municipal e nacional.

Figura 11 – Distribuição percentual do total de famílias de cadastradas beneficiadas e não beneficiadas pelo PBF nas populações total e indígena do Brasil e de Sidrolândia/MS, Brasil – 2012



Nesse contexto, faz-se necessário reavaliar a cobertura do PBF em relação à população indígena total do município, visto que o contexto histórico e social das famílias indígenas estudadas revela condições de extrema vulnerabilidade e que, conforme confirmam Fávaro *et al.* (2007) e Ribas *et al.* (2001), são caracterizadas pela notória situação de pobreza, condições precárias de moradia, baixa renda, complexo quadro de saúde e limitada extensão territorial para a produção de alimentos.

5.2.2 Caracterização da população indígena estudada

A população estudada foi formada por 106 famílias das três comunidades indígenas do município de Sidrolândia (Figura 12), totalizando a participação de 500 indivíduos. Duas famílias não foram incluídas na amostra, visto que se enquadravam no critério de exclusão: recebiam o benefício há menos de 12 meses. Como não

houve recusa e todas as casas das comunidades foram visitadas, foi possível cobrir todo o universo de pesquisa.

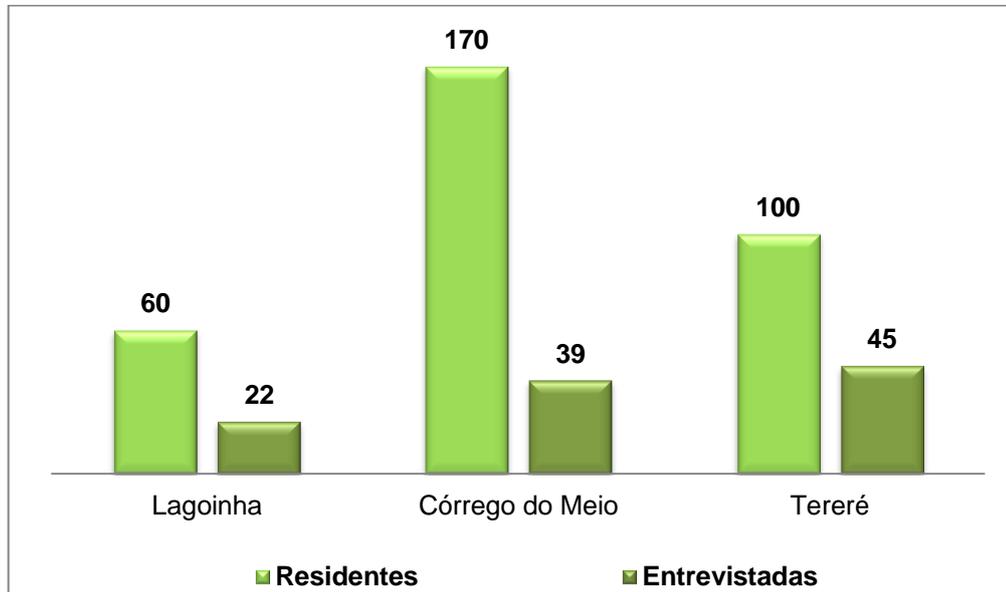


Figura 12 – Distribuição quantitativa do total de famílias indígenas residentes e entrevistadas segundo a aldeia, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

A média de moradores por domicílio foi 4,7, valor que se encontra acima da das médias estadual e municipal que é 3,2 e abaixo da média nas TI que é de 5,2 pessoas por domicílio (IBGE, 2010a; 2010b). Do total de filhos, 79 (15,8%) eram menores de 7 anos. Já a média de filhos por família foi de 2,8 filhos, com desvio padrão de 1,45.

As famílias que possuíam mulheres como titulares do benefício corresponderam a 91,5% do total. Analisando a distribuição de gênero do titular por aldeia, somente 8,5% dos beneficiários são do sexo masculino (Tabela 2), cumprindo, portanto, uma das orientações do PBF que é nomear as mulheres como titulares do benefício com a finalidade de promover o aumento da independência financeira das mesmas no meio familiar e na sociedade.

Tabela 2 – Número e porcentagem de beneficiários titulares indígenas do PBF por aldeia, segundo sexo, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012 (n=106)

Aldeia	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Lagoinha	18	81,8	4	18,2	22	20,8
Córrego do meio	36	92,3	3	7,7	39	36,8
Tereré	43	95,6	2	4,4	45	42,4
Total	97	91,5	9	8,5	106	100,0

Segundo a OMS (1998) apud Moreira, Ferreira e Ckagnazaroff (2012), o empoderamento deve ser capaz de levar o indivíduo a perceber novas possibilidades para a tomada de decisões, levando-o a ter uma atuação política e social que satisfaça suas necessidades. Essa condição vem ganhando espaço nas discussões sobre execução de projeto sociais, pois tende a melhorar a capacidade de grupos e dos indivíduos de poderem decidir sobre questões que lhes dizem respeito. Glewwe e Kassouf (2012) destacam que possuir a titularidade do benefício pode gerar alguns efeitos nessas comunidades e em toda sociedade, como a promoção da autonomia das mulheres e a afirmação da sua condição de autoridade no mundo doméstico, reduzindo as desigualdades na questão de gênero.

Tal situação, entretanto, deve ser melhor discutida quando se analisa a orientação das comunidades indígenas *Teréna*. Como possuem organização social patrilinear e o homem é o cerne da família, ou seja, possui poder de decisão em todas as atividades, o possível empoderamento da mulher para este grupo pode trazer mudanças na conformação da sociedade, podendo gerar, inclusive, conflitos internos.

Ao avaliar a condição do beneficiário como responsável financeiramente pela família, 37 entrevistados se nomearam como chefes de família, o que corresponde a 34,9%. Os demais 69 entrevistados se denominaram como cônjuge. Do total de chefes de família, 09 eram homens e 28 mulheres (Figura 13), com 100% destas solteiras. Os Dados do IBGE (2010a) revelam que o número de mulheres chefes de família no município é de 31,25%. Essa diferença em termos percentuais mostra que o benefício coloca a mulher em uma condição de responsabilidade frente à família, reforçando a importância que o benefício tem na composição da renda dos beneficiados.

A média de idade dos beneficiários foi de 37,3 anos, variando entre 18 e 65 anos, com desvio padrão de 11,4. Já a escolaridade média dos titulares foi de 4,5 anos de estudo, sendo que apenas 3,7% possuíam 12 ou mais anos completos de estudo e 8,5% não eram alfabetizados. Este último valor está abaixo do encontrado em mulheres em 1999 que foi de 12,3%, revelando assim uma diminuição das taxas de analfabetismo na comunidade (RIBAS; PHILIPPI, 2005).

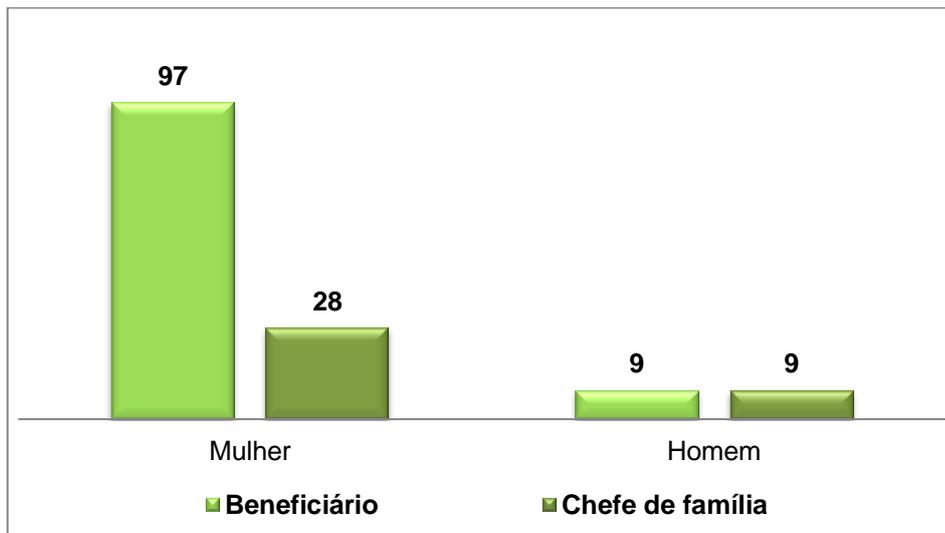


Figura 13 – Beneficiários titulares indígenas chefes de família segundo o sexo, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Para algumas famílias, a geração e a complementação da renda ainda estão ligadas à venda do excedente da produção local que é basicamente destinada à subsistência e à troca na comunidade. Com a diminuição dos espaços para plantio, muitos indígenas buscaram emprego, dentro e fora da aldeia, com a finalidade de melhorar a renda da família, o que reforça a importância que uma renda mensal fixa tem para estas.

Na Figura 14 é apresentada a distribuição das ocupações dos beneficiários titulares, com os empregados perfazendo 33% do total e os desempregados perfazendo 4,7% do total. Na tentativa de identificar como estavam distribuídas as atividades laborais dos entrevistados, procedeu-se à divisão em função do tipo de vínculo estabelecido, sendo que 60% possuíam emprego fixo formal, 34,3% emprego fixo informal e 5,7% emprego temporário.

A divisão do trabalho é definida pela questão de gênero, com os homens sendo os responsáveis pelo provimento das famílias. Na população estudada, 54,7% dos beneficiários eram mulheres donas de casa (Figura 14). Quando se analisa o percentual de donas de casa em relação somente às mulheres, a porcentagem aumenta para 59,8% entre as titulares e para 70,0% quando são consideradas as mulheres casadas com titulares homens. Como destacado por Ribas e Philippi (2005), o alto índice de donas de casa reflete a realidade destas comunidades, pois as mulheres são responsáveis pelos afazeres domésticos e pelos cuidados com a família.

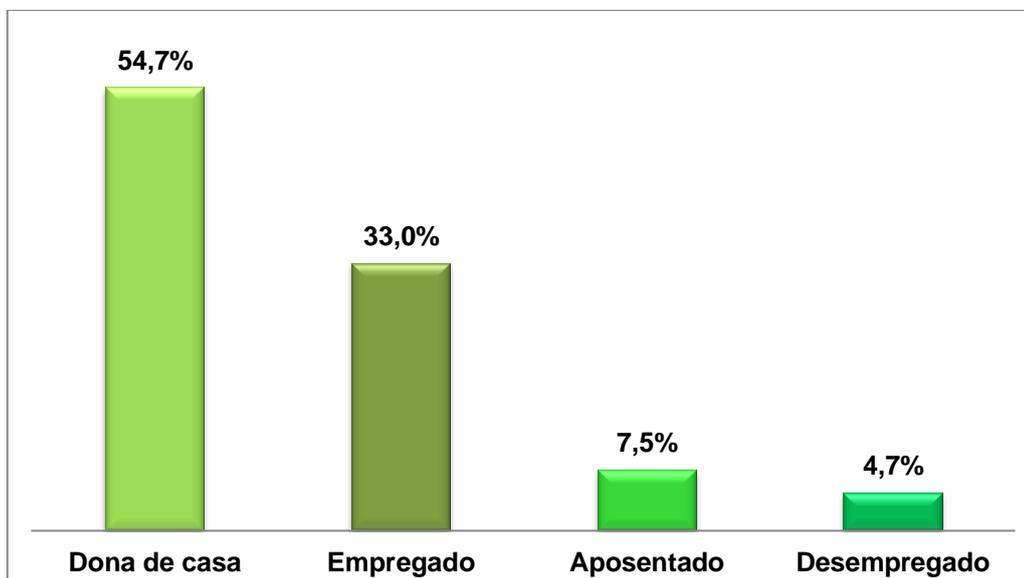


Figura 14 – Total de beneficiários titulares indígenas segundo a ocupação, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Uma condição que vem crescendo aos poucos é a participação das mulheres na composição da renda, seja pelo trabalho remunerado, seja pela venda local ou na cidade de alguns produtos da lavoura e/ou do artesanato (SANT'ANA, 2004). Esta realidade é encontrada principalmente na aldeia Tereré que apresentou índices maiores de mulheres trabalhando fora de casa, uma vez que se localiza na zona urbana e facilita o acesso das mulheres ao trabalho fora de casa.

Neste estudo, para analisar os valores dos benefícios recebidos pelas famílias foi considerado o valor em reais informado pelo titular. O valor médio do benefício recebido pelas famílias indígenas foi de R\$147,25 por família, o que corresponde a

22,9% do salário mínimo do ano de 2012, que era de R\$622,00 (BRASIL, 2011), variando entre R\$30,00 e R\$350,00 e desvio padrão de R\$62,61. O valor médio nacional por família no ano de 2011 foi de R\$120,20 (MDS, 2012a). Esses dados mostram o benefício recebido pelas famílias indígenas corresponde a menos de $\frac{1}{4}$ do Salário Mínimo, contrapondo uma grande quantidade de informações difundidas na sociedade que destacam números bem maiores como valores pagos aos beneficiários do PBF.

Em seu estudo realizado na TI Buriti, Pereira (2011) revela que 93,9% das famílias recebiam até meio salário per capita, demonstrando quão representativo é o PBF para as famílias destas comunidades. Ratificando a importância que o benefício tem na composição da renda das famílias atendidas pelo PBF, uma vez que este é a única fonte de renda para muitas famílias, o IPEA (2011, p. 14) afirma que:

As principais mudanças no perfil da pobreza brasileira no período 2004-2009 foram direta ou indiretamente relacionadas à elevação do bem-estar na dimensão representada pela renda domiciliar per capita [...]. A política social teve papel central nessas mudanças, por meio dos aumentos reais do salário mínimo e da expansão da cobertura e do valor das transferências focalizadas de renda.

Vários estudos confirmam que os programas de transferência de renda contribuem para a diminuição da pobreza e da desigualdade social. Segundo Paes-Souza e Quiroga (2012), isso pode ser constatado por diversas reações em cadeia, como um imediato efeito que é a elevação da renda que naturalmente provoca transformações na economia local. O relatório síntese publicado pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase) ratifica a importância do PBF na formação da renda das famílias, pois afirma que, independentemente do contexto no qual está inserida a família, pode ser responsável pelo simples auxílio financeiro temporário necessário em situações não programadas, como também pode ser a principal fonte de renda para sobrevivência (IBASE, 2008).

Entretanto, Soares *et al.* (2010, p. 50) enfatiza que:

[...] como consequência da sua própria expansão, o PBF parece estar começando a se aproximar do limiar de sua capacidade de contribuição para a redução da desigualdade e da pobreza. Para que possa continuar a ter contribuições tão relevantes quanto as advindas de sua implantação e expansão, o programa terá de passar por mudanças de desenho que levem ao aumento real dos valores transferidos e à expansão do número de famílias beneficiadas.

5.2.3 Ações desenvolvidas nas comunidades e participação dos beneficiados

Ao serem indagados se tinham conhecimento da existência de reuniões realizadas pelo município nas quais eram discutidos assuntos pertinentes ao PBF, 45,3% dos beneficiados responderam afirmativamente (Tabela 3). Destes 64,6% já haviam participado de pelo menos uma dessas reuniões.

Tabela 3 – Número e porcentagem de entrevistados que tinham conhecimento das reuniões do PBF e já haviam participado de pelo menos uma reunião, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Resposta	Possui conhecimento da realização de reuniões do PBF		Já participou de alguma dessas reuniões	
	Nº	%	Nº	%
Sim	48	45,3	31	64,6
Não	58	54,7	17	35,4
Total	106	100,0	48	100,0

Considerando as afirmações dos entrevistados de que estas reuniões não vinham sendo realizadas há muitos anos nas aldeias Córrego do Meio e Lagoinha, localizadas na zona rural, procedeu-se a análise destas participações por aldeia. Tal estratificação visava verificar a possibilidade de que os beneficiários pertencentes à aldeia Tereré, situada na zona urbana, teriam mais conhecimento e, conseqüentemente, teriam maior participação nas reuniões. Os dados da Figura 15 confirmam que um maior número de entrevistados da aldeia Tereré sabiam da existência das reuniões, correspondendo a 64,4% do total. Entretanto, a segunda possibilidade não foi confirmada, visto que, o índice de participação foi maior na aldeia rural Córrego do Meio.

Um fato que poderia explicar este índice é a existência de uma unidade do PETI nesta aldeia, na qual, segundo os indígenas, eram desenvolvidos os projetos do Pró-jovem e as atividades relacionadas ao PBF, inclusive os cursos de capacitação. Os entrevistados da aldeia Lagoinha também fizeram menção a este local, uma vez que se localiza na aldeia vizinha e alguns beneficiados participaram das reuniões que nele foram realizadas. O que reforça a importância de serem desenvolvidas atividades em cada comunidade, com ações direcionadas e que favoreçam a integração entre as famílias indígenas e os gestores do PBF.

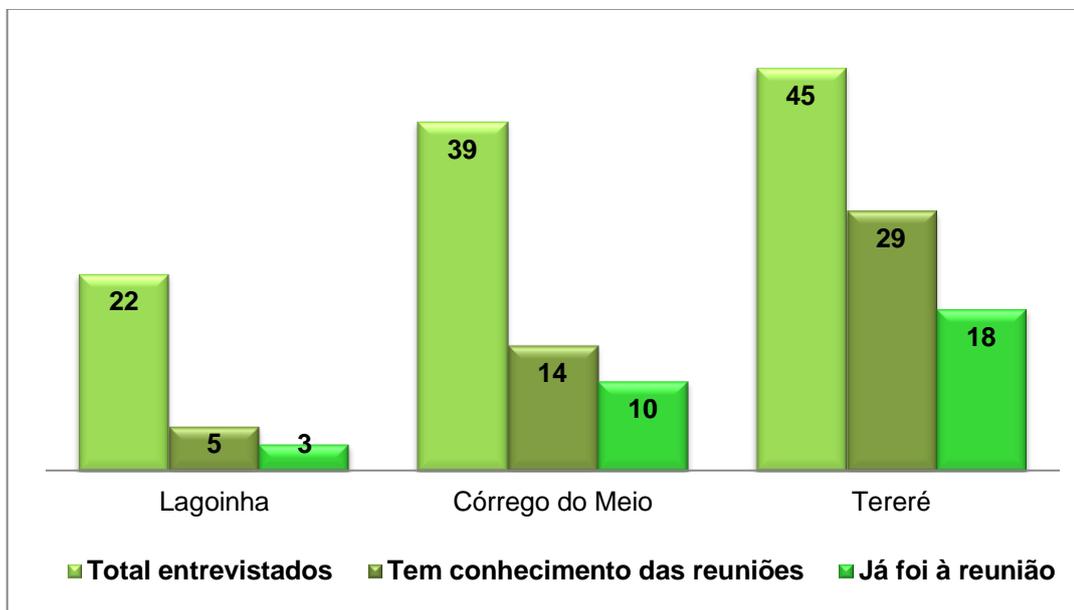


Figura 15 – Número total de entrevistados, número dos que sabiam das reuniões do PBF promovidas pelo município e número dos que participaram de pelo menos uma destas reuniões por aldeia, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

A justificativa recorrente para não terem participado das reuniões, principalmente entre os moradores da zona urbana, é o fato de não terem sido convidados ou de não saberem o local, nem a data destas. Já os residentes na zona rural afirmaram que não são realizadas reuniões na comunidade há muitos anos e que não sabem se elas são realizadas “na cidade”. Tal situação deve ser discutida considerando as práticas *Teréna*, pois eles só participam de atividades das quais compreendem o sentido e para as quais são convidados ou que são realizadas na própria comunidade com a participação das lideranças indígenas. Assim, mudanças na organização das reuniões, com o convite e a divulgação feitos por meio dos

caciques de cada aldeia e com a participação dos respectivos agentes do PBF, levaria ao aumento da participação dos indígenas nos eventos programados pelo município, visto que cabe ao cacique reunir sua comunidade.

Àqueles que confirmaram a participação, foi perguntado quais assuntos foram abordados nas reuniões, sendo que uma mesma pessoa poderia enumerar mais de um assunto. Dentre os temas discutidos, os relatados foram: condicionalidades do PBF (34,2%); direcionamento do uso do dinheiro (17,1%); oferta de cursos (9,8%); condições para receber o benefício e para manutenção deste (7,3%); importância de manter os filhos no Pró-jovem (2,4%) e mudança do local das reuniões (2,4%). Um dado que chama a atenção é o fato de 26,8% das pessoas não se lembrarem dos assuntos discutidos, em virtude de terem participado há muitos anos ou de não estarem com a “memória boa”. Tal fato nos remete à necessidade de serem programadas e reformuladas as reuniões direcionadas à comunidade, com a participação direta das lideranças e com o uso de técnicas que sejam mais adequadas ao contexto local.

A Figura 16 apresenta a distribuição das condicionalidades citadas nas reuniões, sendo possível identificar que a educação foi a condicionalidade mais comentada e as demais foram mencionadas em menor proporção.

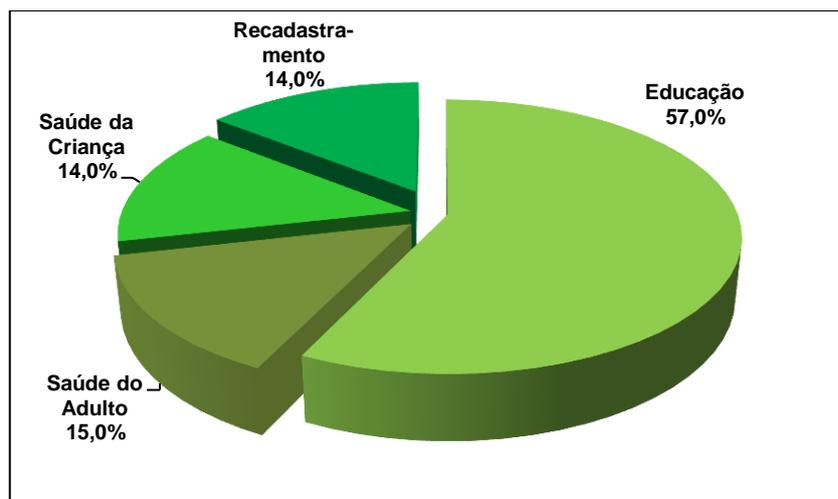


Figura 16 – Temas relacionados às condicionalidades citados nas reuniões do PBF, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Ao serem questionados se nos últimos 12 meses haviam sido promovidos pelo PBF cursos de capacitação profissional na comunidade, a resposta afirmativa foi dada por 16 (15,1%) entrevistados, com um índice de participação nos cursos de 68,8%. Com relação ao aproveitamento e qualidade do curso, todos disseram que gostaram muito, com destaque para a observação de que gostariam de fazer outros. Entretanto, ao serem questionados se o aprendizado teria gerado renda ou contribuído com informações importantes para a qualidade de vida da família, apenas um entrevistado disse que sim, mas enfatizando que não tinha dado continuidade, pois:

“...não tem mais retalho. A gente já pediu lá, mas não tem mais e a gente não tem como comprar”.

Essa situação mostra que somente parte do objetivo proposto é alcançado, uma vez que os cursos são realizados, mas não garantem a continuidade, pois os participantes têm dificuldade em (re)produzir e aperfeiçoar aquilo que foi aprendido, de modo a gerar renda e assim promover a emancipação sustentada das famílias que é um dos propósitos mais abrangentes do Programa (BRASIL, 2003, 2004a, 2004b, 2005b, 2006, 2010, 2012).

Além disso, os entrevistados tiveram dificuldade para definir a responsabilidade do PBF nos cursos citados. Muitos afirmaram que o curso havia sido ofertado pelo Programa, por terem participado apenas usuários deste, mas sabe-se que vários programas de capacitação fazem uso dos dados do CadÚnico para eleger seus candidatos e acabam por terem em seu público apenas os usuários do PBF. Os cursos citados estão listados na Figura 17, com destaque para 8,0% dos entrevistados que não souberam indicar quais haviam sido realizados.

Considerando o modo de vida da população estudada, no qual uma demanda somente é exposta a partir da discussão com toda a comunidade, culminando em consensos que sejam do interesse de todos, e com o intuito de identificar uma relação de cursos de capacitação que atendesse os anseios da comunidade, foi perguntado quais cursos que eles gostariam que fossem oferecidos. Na figura 17 são apresentados os cursos de interesse da população indígena em comparação

com os cursos já ofertados na comunidade, destacando que 5,6% dos entrevistados não souberam nominar nenhum curso de interesse.

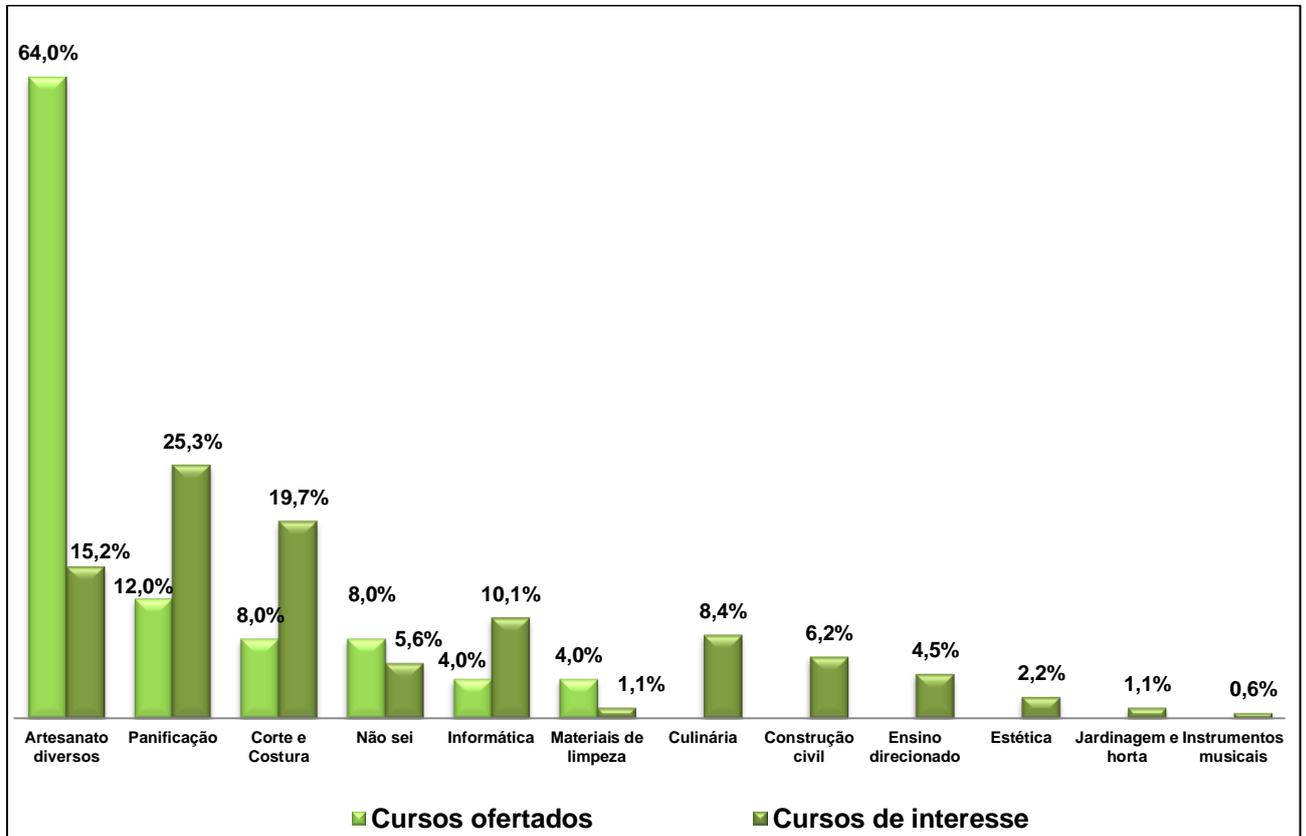


Figura 17 – Cursos ofertados e cursos elencados pelos entrevistados como sendo de interesse da comunidade, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Este talvez tenha sido o questionamento mais complicado e de difícil resposta, muitos não sabiam o que responder, pois afirmavam que estas informações não seriam consideradas, que somente são oferecidos cursos pré-definidos e moldados. Outro ponto importante relatado durante a entrevista, é a importância de serem ofertados cursos dentro da aldeia, direcionados à comunidade, por professores que vivenciem a realidade e compreendam os costumes indígenas. Assim, destaca-se a representação que a territorialidade, no caso a aldeia, tem para os Teréna.

Ressaltam-se também duas justificativas importantes para que as atividades sejam desenvolvidas nas comunidades: o primeiro é a dificuldade de locomoção que a maioria tem, seja pela distância a ser percorrida, principalmente para os moradores da zona rural, seja por não terem condições financeiras de arcar com o

deslocamento. O segundo, está relacionado ao sentimento de discriminação ao indígena que ainda permeia a sociedade envolvente, fazendo com que não se sintam acolhidos em atividades realizadas fora das comunidades.

Os cursos ofertados atendem em parte ao que a comunidade tem interesse, pois, conforme os dados da Figura 14, dos 11 tipos de interesse, 5 já haviam sido oferecidos. Entretanto, os 6 cursos não oferecidos representam juntos um porcentagem significativa de interesse e estas áreas acabam ficando descobertas. Assim, para que o resultado proposto seja efetivo em relação a esta atividade, deve ser reavaliada a programação de cursos para as comunidades pesquisadas.

5.2.4 Conhecimento do programa e uso do benefício

Do total de entrevistados, 94 afirmaram conhecer as condições para receber o benefício e as regras existentes para continuar recebendo, perfazendo 88,7%. Sequencialmente, foi solicitado que nos informassem quais eram as condições/regras que conheciam, com a opção de elencar quantas entendessem adequadas. Os dados da figura 18 mostram a distribuição das respostas, com as quatro mais citadas referentes às condicionalidades do PBF, sendo que os assuntos relacionados à educação representaram 71,7% das respostas. Ressalta-se que a obrigação de participação das reuniões do PBF promovidas pelo município através do CRAS teve apenas uma citação, revelando o desconhecimento das famílias em relação à importância destas reuniões e justificando o baixo índice de participação nas reuniões. Vale destacar também que a realização do exame “preventivo”, definido pela SMS como condicionalidade, é mais lembrado que o acompanhamento do pré-natal por gestantes, que é uma real condicionalidade do PBF.

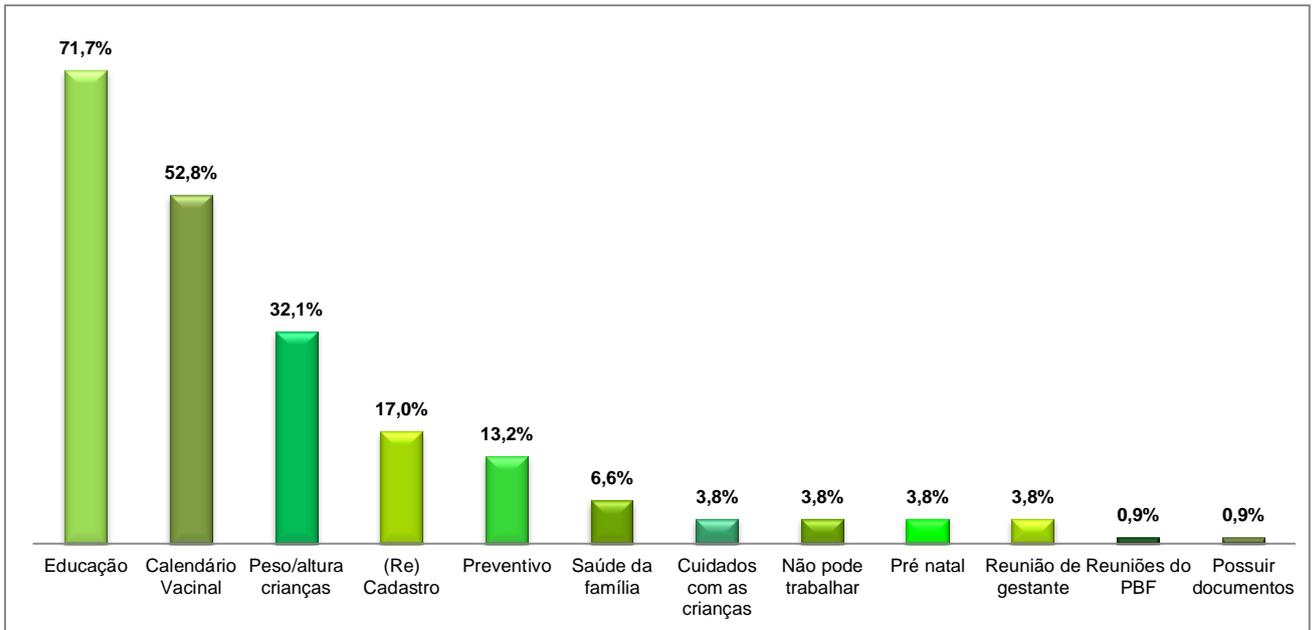


Figura 18 – Regras do PBF citadas pelos entrevistados como condicionalidades, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

De modo que pudesse ser identificada a destinação destes recursos, foi perguntado a todos os entrevistados como era utilizado o benefício do PBF. Esse questionamento se baseia no fato de que o modelo de transferência direta para repasse dos benefícios que o PBF utiliza permite que as famílias façam uso deste para quaisquer gastos, o que não necessariamente irá contribuir no combate à fome e à pobreza e na promoção da segurança alimentar e nutricional, objetivos do Programa. A maioria gasta o valor recebido na compra de alimentos, roupas, calçados e material escolar e uma pequena parte na aquisição de medicamentos, eletrodomésticos e outros (Figura 19), revelando que o PBF acaba por atingir parte de seus objetivos, uma vez que o gasto está direcionado à aquisição de itens básicos, promovendo assim a melhoria nas condições de vida das famílias. Destaca-se ainda, que 88,7% afirmaram que não conseguiam economizar e guardar qualquer valor retirado do benefício.

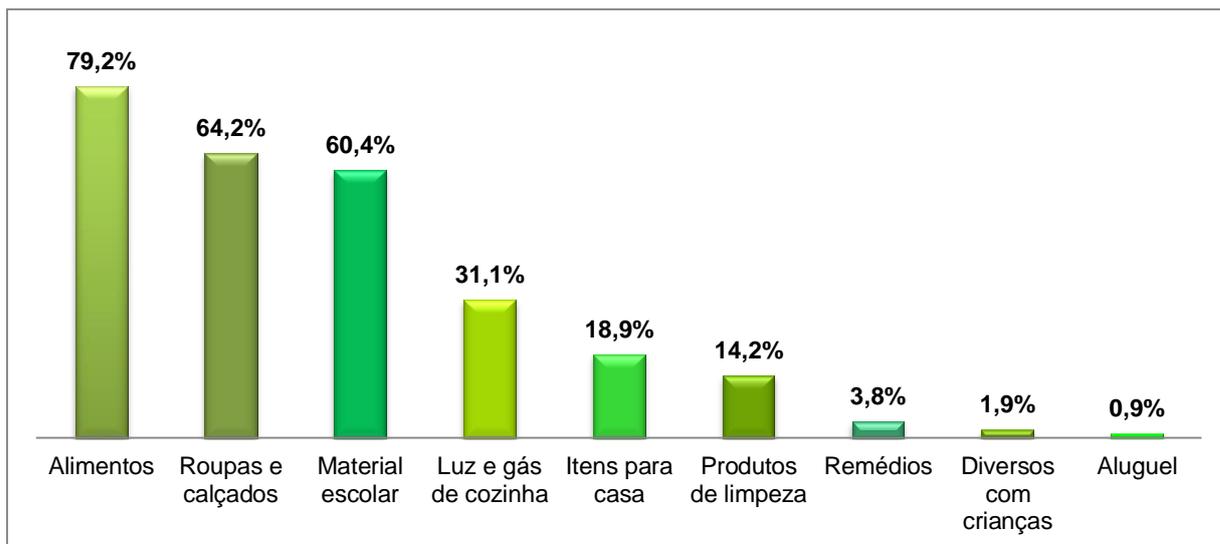


Figura 19 – Destinação do gasto realizado com o benefício recebido pelo PBF, Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

Ao serem perguntados o que achavam do PBF, 91,2% das respostas estavam relacionados à importância que o valor recebido tem no gasto mensal da família; 4,4% não concordavam com o modelo de cadastro e distribuição dos valores do Programa; 2,9% ressaltaram a importância da realização das reuniões e 1,5% não possuíam opinião formada sobre o PBF. A Figura 20 apresenta a opinião dos entrevistados sobre a importância do recurso recebido como complementação da renda familiar, reconhecendo sua participação no sustento da família.

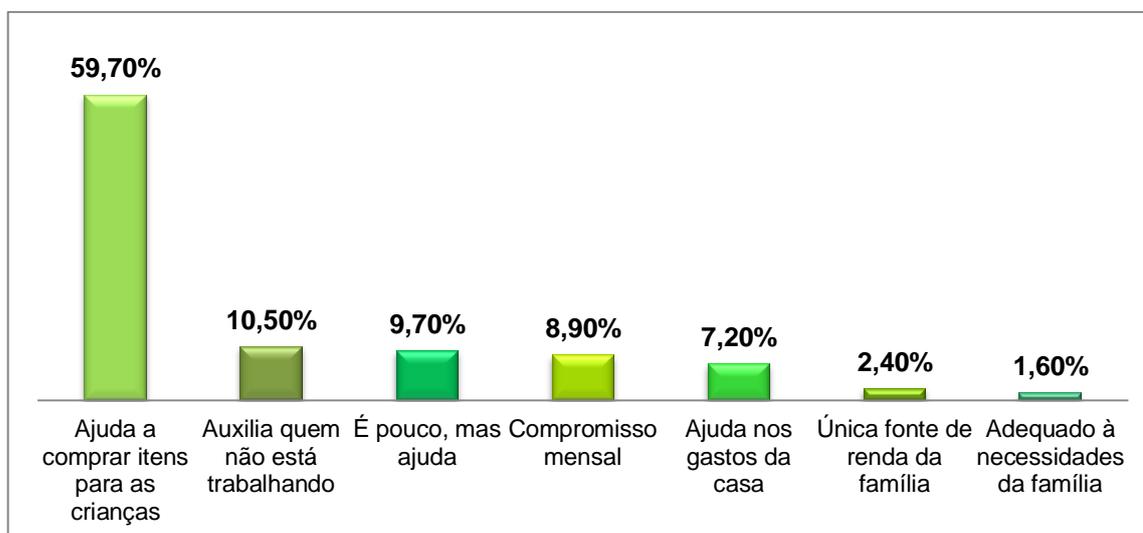


Figura 20 – Distribuição percentual das respostas relacionadas à importância do benefício nos gastos da família Sidrolândia/MS, Brasil – 2012

5.2.5 Cumprimento das condicionalidades

Às famílias que tinham gestantes na sua composição e/ou mulheres que estiveram grávidas nos últimos 12 meses foi perguntado se o acompanhamento estava sendo ou tinha sido realizado. Das 106 famílias entrevistadas, 19 se enquadravam neste perfil, o que representa 17,9% do total. Destas, todas afirmaram que a gestante realizava ou teria realizado o acompanhamento do pré-natal. Entretanto, apenas 16 apresentaram o Cartão da gestante.

Durante as entrevistas foi observado o cuidado que as famílias têm e a importância que dão a este documento, uma vez que os encontraram facilmente e os mantinham em ótimo estado de conservação. Mesmo as que não o apresentaram, disseram possuí-lo e que estava muito bem guardado em outro local. Apesar disso, foi possível verificar a dificuldade que os entrevistados têm em compreendê-lo. Tal condição revela o baixo poder de alcance do Cartão da gestante nestas comunidades, de forma que possa auxiliar no acompanhamento da gestação, cumprindo um dos seus objetivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os cartões de gestantes foram avaliados quanto ao seu preenchimento para os itens: Peso, Índice de massa corporal (IMC), Altura uterina (AU), Pressão arterial (PA), Batimento cardiofetal (BCF) e Movimento fetal (MF), visto que são dados da gestante que devem ser preenchidos em todas as consultas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Para a análise, foram definidos três níveis de preenchimento, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição percentual de preenchimento do Cartão da gestante para Peso, Índice de massa corporal (IMC), Altura uterina (AU), Pressão arterial (PA), Batimento cardiofetal (BCF) e Movimento fetal (MF), Sidrolândia/MS, Brasil – 2012 (n=16)

Item avaliado no Pré-natal	Grau preenchimento do Cartão da gestante (%)		
	Nulo	Parcial	Completo
Peso	-	12,5	87,5
IMC	37,5	62,5	-
AU	18,8	81,2	-
PA	6,3	25,0	68,7
BCF	12,5	68,7	18,8
MF	68,7	25,0	6,3
Média de preenchimento	24,0	45,8	30,2

Dos cartões avaliados, destaca-se que 87,5% apresentaram preenchimento completo para o Peso e 68,7% para a PA, no entanto, nenhum cartão estava com todos os dados para IMC e AU. Ressalta-se que em 68,7% dos cartões não havia nenhum grau de preenchimento para o MF e em 37,5% para o IMC. Tais índices revelam o cumprimento parcial das diretrizes do Ministério da Saúde (2008), refletindo o grau de significância que o preenchimento tem para os profissionais de saúde, visto que são responsáveis por esta atividade. Esta situação demonstra ainda a falta de diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, reforçando ainda mais o baixo poder utilitário deste instrumento.

A oferta de atividades que levem informações sobre aleitamento materno e alimentação saudável das crianças às famílias beneficiadas pelo PBF é definida como obrigatória por parte dos setores envolvidos na gestão do Programa. Tais ações visam à sensibilização das famílias no que tange a importância destes temas na melhoria das condições de vida destas. Entretanto, ao serem indagadas se teriam recebido informações sobre aleitamento materno da equipe de saúde durante o pré-natal, 63,2% dos entrevistados disseram que sim. Já para informações sobre alimentação saudável a resposta afirmativa foi dada por apenas 52,6% das famílias.

As famílias que possuíam crianças menores de 7 anos e, conseqüentemente, condicionalidades da saúde para as crianças, corresponderam a 64,2% do total, e todas afirmaram levar as crianças ao posto de saúde para o acompanhamento. A cada uma, foi solicitada a apresentação do Cartão da criança, de modo que fossem avaliados conjuntamente o preenchimento do Peso, da Estatura, do Desenvolvimento e do Calendário vacinal (CV), uma vez que estes são os dados que devem ser anotados durante o acompanhamento da criança. Conforme apresentado na Tabela 5, foram definidos três níveis de preenchimento.

Tabela 5 – Distribuição percentual de preenchimento do Cartão da criança para Peso, Estatura, Desenvolvimento e Calendário vacinal (CV), Sidrolândia/MS, Brasil – 2012 (n=64)

Item avaliado no acompanhamento da criança	Grau preenchimento do Cartão da criança (%)		
	Nulo	Parcial	Completo
Peso	5,0	81,0	14,0
Estatura	84,0	16,0	-
Desenvolvimento	98,0	2,0	-
CV	-	9,0	91,0
Média de preenchimento	47,7	27,0	26,2

Os Cartões das crianças foram apresentados por 64 famílias, sendo que a estatura e o desenvolvimento não foram preenchidos em 84,0% e 98,0% dos casos, respectivamente. O oposto ocorre com a vacinação que em 91,0% dos cartões estava corretamente preenchida. Tais índices revelam o cumprimento parcial de umas das diretrizes do MS, que determina a obrigatoriedade do registro adequado do cartão da criança pelos agentes de saúde envolvidos no monitoramento dos níveis da saúde infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A inadequação do registro interfere na avaliação adequada do processo saúde-doença. Além disso, para que este instrumento seja efetivo e tenha o alcance desejado, é necessário que as famílias se apropriem dele e, por meio dele, passem a ter interesse pelo cuidado integral com a criança e a acompanhar o desenvolvimento da mesma. Mas isto é alcançado quando o seu registro está adequado e os profissionais de saúde trabalham conjuntamente com as famílias (GOULART *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2009).

Nas três aldeias pesquisadas, o posto de saúde que as atende localiza-se dentro de cada comunidade, nos quais, em datas pré-definidas, são realizados os procedimentos de vacinação e aferição do peso e da estatura das crianças. As mães relatam que os AIS percorrem as casas e informam o dia em que devem comparecer ao posto e que somente nesta data tais procedimentos são realizados. Caso não compareçam, só poderão ser realizados na próxima data marcada. Ressalta-se que nenhuma das famílias nos informou buscar este tipo de atendimento em outros postos de saúde, mesmo aquelas que residem na zona urbana.

Neste ponto, encontra-se uma contradição entre o que é realizado na comunidade e o que foi informado pela secretaria municipal de saúde, reforçando assim a falta de diálogo entre as partes envolvidas.

Quando questionadas se haviam recebido informações sobre a alimentação das crianças, a resposta afirmativa foi dada por 35,3% das famílias com crianças menores de 7 anos. Ao final, o entrevistado ou outro membro da família poderia acrescentar informações sobre o tema, sendo destacados alguns pontos: dificuldade em participar das reuniões durante a semana; não gostar de participar, visto que não se sentiam bem nas reuniões ou porque falavam de assuntos que não eram relacionados ao Programa.

Com a intenção de identificar o cumprimento das condicionalidades da educação, foi perguntado se todas as crianças que tinham entre 06 e 17 anos estavam frequentando a escola. Das 92 famílias que possuíam crianças nesta faixa etária, 88 (95,7%) disseram que todas as crianças estavam estudando. Das 04 crianças que não estavam indo à escola, duas não iam por serem gestantes e as outras duas por não gostarem de estudar.

6 CONCLUSÃO

O valor mensal repassado às famílias contribui para a diminuição do quadro de vulnerabilidade em que se encontram as famílias beneficiadas, visto que é utilizado na complementação da renda e em alguns casos é a única fonte de renda. Entretanto, quando se avalia um dos objetivos básicos do PBF, que é o combate à pobreza e à fome, percebe-se que muitas famílias ainda encontram-se descobertas, uma vez que não são considerados e, conseqüentemente combatidos, os diversos fatores que permeiam o contexto da fome e da pobreza nestas comunidades. As ações de promoção à segurança alimentar auxiliariam na melhoria do quadro supracitado, entretanto, estas ações não são realizadas de modo que atinjam de forma significativa as famílias entrevistadas.

No que tange a promoção ao acesso à rede de serviços públicos de assistência social, a cobertura do PBF para a população indígena está atingindo um número significativo de famílias, quando comparado aos demais grupos do município. Contudo, os procedimentos de cadastro apresentam falhas que acabam por prejudicar a cobertura das famílias indígenas. Além disso, não são promovidas nas comunidades ações sócio-educativas com vistas à sensibilização das famílias. Os serviços da assistência social são promovidos pela SMAS, através dos CRAS locais, não tendo sido identificados ações de avaliação de efetividade.

Os serviços básicos de saúde e educação, indispensáveis ao adequado cumprimento das condicionalidades do PBF, são ofertados pelas respectivas áreas seguindo as diretrizes do governo federal e, para o setor saúde, de acordo também com os pactos firmados no estado. A rede de serviços em educação apresenta um atendimento satisfatório para as famílias indígenas, visto que as três comunidades possuem unidades escolares. Destaca-se que o PBF avalia somente a frequência escolar, sendo necessários estudos direcionados para avaliar o grau de efetividade desta condicionalidade.

Os serviços do setor saúde apresentam baixos índices de adequação para o grupo estudado e, por isso, tanto a oferta quanto os procedimentos de monitoramento devem ser reavaliados e reformulados, de modo que sejam

preparados planos de ações direcionados e assim eficientes. Nesse sentido, destaca-se a necessidade e a importância de incorporar a SESAI nas atividades locais em saúde, visto que é ela quem presta os serviços de saúde nas comunidades e por isso possui conhecimento que possa subsidiar a adequação destas ações.

Não foram identificadas atividades recentes promovidas com o intuito de estimular à emancipação sustentada das famílias atendidas, uma vez que os programas complementares existentes no município não possuem relação direta com o PBF.

Quando se avalia o modelo de gestão local, são identificadas inadequações nos quesitos promoção da intersetorialidade, complementaridade e a sinergia das ações do poder público, visto que a falta de articulação e integração entre as secretarias é realidade. Ou seja, cada setor cumpre com seu papel oferecendo à população os serviços básicos das três áreas envolvidas sem avaliar se a quantidade oferecida atende às necessidades reais dos assistidos. O acompanhamento do cumprimento das condicionalidades pelas famílias também é realizado de forma fragmentada pelas secretarias envolvidas na execução do PBF, sem que haja um monitoramento eficiente da qualidade do serviço prestado. Tais situações geram uma deficiência no desenvolvimento do Programa de forma plena e satisfatória.

O controle social é exercido por duas instâncias locais (CMAS e CMPBF) que, apesar de possuírem composição intersetorial, apresentam dificuldades em cumprirem algumas de suas funções enquanto órgão de controle e fiscalização da execução do PBF. Ou seja, não realizam o monitoramento da oferta dos serviços básicos de saúde, educação e assistência social, bem como não fazem o acompanhamento das famílias com dificuldades em cumprir as condicionalidades. Além disso, a articulação e promoção de oportunidades para o desenvolvimento das capacidades individuais e da emancipação sustentada das famílias são falhas quando se analisa as atividades direcionadas aos indígenas beneficiados entrevistados.

Tais inadequações reforçam a fragilidade que estas instâncias têm para colocarem em prática sua real função, além de revelarem as dificuldades que devem ser enfrentadas para que as ações intersetoriais inicialmente propostas pelo PBF

sejam efetivamente implantadas. No que tange à população *Teréna* estudada, pode-se afirmar que a representatividade nas ICS envolvidas na gestão do PBF encontra-se deficiente, uma vez que não atende à particularidade de serem aldeias independentes política e administrativamente.

Ademais, analisando as inadequações e mesmo a falta de ações direcionadas ao grupo estudado, o grau de articulação existente entre a SMS e SESAI, as informações de saúde encontradas nas comunidades analisadas e a insatisfação com o setor saúde identificada nas famílias entrevistadas, exemplificada pela baixa adesão aos serviços oferecidos, verifica-se que não são realizadas atividades em saúde que respeitem as especificidades da população indígena estudada.

O contexto encontrado revela que o PBF trouxe mudanças na estruturação local das áreas de assistência social, saúde, educação e controle social, através da implementação intersetorializada, além de ser um importante componente da renda das famílias indígenas beneficiadas. Entretanto, as atividades são realizadas de modo a cumprir as regras administrativas do Programa, sem que haja uma preocupação específica com o alcance dos objetivos propostos junto à comunidade indígena estudada. E as famílias entrevistadas relatam falhas na gestão local desta política, quando atestam a não realização de reuniões, a falta de diálogo entre governo e população, o nível de alcance dos cursos já realizados bem como a descontinuidade no desenvolvimento destes.

Assim, de modo que seja efetivamente melhorado o acesso das famílias aos serviços básicos de saúde, assistência social e educação, com a melhoria da qualidade de vida, a emancipação e a inclusão social das famílias indígenas atendidas, que são objetivos desta política pública, mostra-se fundamental que seja aprimorada a política municipal do PBF, com melhorias nos serviços básicos e no sistema de acompanhamento do cumprimento das condicionalidades, bem como seja implantada uma programação de ações complementares integradas com outros programas sociais e outras instâncias e esferas de governo.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALVES; C. R. L.; LASMAR, L. M. L. B. F.; GOULART, L, M. H. F.; ALVIM, C. G.; MACIEL, G. V. R.; VIANA, M. R. A.; COLOSIMO, E. A.; CARMO, G. A.; COSTA, J. G. D. C.; MAGALHÃES, M. E. N.; MENDONÇA, M. L.; BEIRÃO, M. M. V.; MOULIN, Z. S. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 583-595, mar. 2009.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar./abr. 2001.

AZANHA, G. As terras indígenas *Teréna* no Mato Grosso do Sul. **Revista de Estudos e Pesquisas**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 61-111, jul. 2005.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRAND, A. J.; COLMAN, R. S.; COSTA, R. B. Populações indígenas e lógicas tradicionais de desenvolvimento local. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 171-179, jul./dez. 2008.

BRASIL, nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. Medida provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2003. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 jan. 2004. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Decreto nº 5209, de 17 de setembro de 2004b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 2004. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3789, de 17 de novembro de 2004c. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 18 nov. 2004. Seção 1, p. 13.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004d. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 nov. 2004. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Instrução normativa nº 01 de 20 de maio de 2005a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 23 maio 2005. Seção 1, p. 49

BRASIL. Portaria nº 551, de 09 de novembro de 2005b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 11 nov. 2005. Seção 1, p. 117.

BRASIL. Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 28 abr. 2006. Seção 1, p. 146.

BRASIL. Portaria nº 376, de 16 de outubro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 20 out. 2008. Seção 1, p. 101.

BRASIL. Decreto nº 7332, de 19 de outubro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2010. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Decreto nº 7665, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Portaria nº 251, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Seção 1, p. 224.

BRONZO, C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 35, jul./dez. 2010.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P; HARTZ, Z. (Org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BURLANDY, L. Segurança Alimentar e Nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. **Saúde Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 09-15, 2004.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 545-565, 2012.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CRUZ, S. F. A criança Terena: o diálogo entre a educação indígena e a educação escolar na aldeia Buriti. 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande/MS. 2009. Disponível em: <http://www.tede.ucdb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=377>. Acesso em: 16 out. 2013.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

EPI Info™ versão 7.0.9.34. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Public Health Surveillance and Informatics. 2012. Disponível em: <<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/downloads.htm>>. Acesso em: 04 maio. 2012.

ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, jun. 2008.

FÁVARO T.; RIBAS D. L. B.; ZORZATTO J. R., SEGALL-CORRÊA, A. M.; PANIGASSI, G. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 785-793, abr. 2007.

FERREIRA, M. E. V.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2327-2339, dez. 2011.

FUNAI (FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO). **Povos Indígenas**: índios do Brasil. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

FUNASA (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE). **Lei Arouca**: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa, 2009. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2012

GLEWWE, P. What is the impact of the BolsaFamíliaProgramme on education. International Policy Centre for Inclusive Growth (UNDP), mar. 2010. Acesso em: <<http://www.ipc-undp.org/pub/IPCOnePager107.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2013.

GLEWWE, P; KASSOUF, A. L. The impact of the BolsaEscola/Família conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. *Journal of Development Economics*, v. 97, n. 2, p. 505-517, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jdeveco>>. Acesso em: 08 maio 2013.

GOULART, L. M. H. F., ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A.; MOULIN, G. A. C.;

COSTA, J. G.; ALMEIDA, J. S. C. B; Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 106-112, 2008.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

IBASE (INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS). **Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional**: relatório síntese. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/segal-repercuss%C3%B5es-do-bolsa-fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico 2000**: resultados do universo. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?z=t&o=25&i=P>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico 2010**: características gerais dos indígenas – resultados do universo. Rio de Janeiro, p.1- 245, 2010a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/Publicacao_completa.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. 2010b. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?z=t&o=25&i=P>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pesquisa mensal de emprego: agosto de 2012**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm>. Acesso em: 11 nov. 2013

IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA). **Comunicados do Ipea**: mudanças recentes na pobreza brasileira. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/110915_comunicadoipea111.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

JUNQUEIRA, C. **Antropologia indígena**: uma nova introdução. 2. ed., São Paulo: EDUC, Séries trilhas, 2008.

KABAD; J. F.; PÍCOLI, R. P; ARANTES, R. **A saúde da família indígena**. In: GENIOLE, L. A. I; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C. C. A. Saúde bucal por ciclos de vida. Campo Grande/MS: Ed. UFMS, Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 173-181, maio/jun. 2010. Acesso em: 18 nov. 2012.

LUZ, A. Relato de experiência na (re) construção da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Gestão e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 985-994, set. 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/499>>. Acesso em: 16 out. 2013.

MAGALHÃES, R. BODSTEIN, R., Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, maio/jun. 2009.

MAGALHÃES, R.; COELHO, A. V.; NOGUEIRA, M. F.; BOCCA, C. Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: Desafios do Programa Bolsa Família em Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4443-4453, 2011.

MARTINS, M. C. B. As sociedades indígenas, a história e a escola. **Antíteses**, Londrina/PR, v. 2, n. 3, p. 153-167, jan./jun. 2009.

MELATTI, J. C. **A população Indígena brasileira**. In: _____. Índios no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo, p. 43-56, 2007.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 3, p. 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: manual técnico**, 3. ed. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde: PNASS – edição 2004/2005**, Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Conversando com a gestante**. Cadernos n. 8. Comunicação e Educação em Saúde: Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 3. ed. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Distribuição dos DSEI**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1745>. Acesso: 11 nov. 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Distrito sanitário especial indígena**: polo base. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pb_dsei_ms_12.pdf>. Acesso: 11 nov. 2012b

MDS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Estudos de Caso sobre Controle Social do Programa Bolsa Família**. Brasília: Fundação Euclides da Cunha. 2009.

MDS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME). **Guia de Atuação das Instâncias de controle social do Programa Bolsa Família**. Brasília, DF, 2. ed. 2010a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/secretaria-nacional-de-renda-de-cidadania-senarc/manuais/guia-de-atuacao-das-instancias-de-controle-social-ics/guia-de-atuacao-das-instancias-de-controle-social-ics>>. Acesso em: 12 set. 2012.

MDS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME). Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Exercendo o Controle Social do Programa Bolsa Família: guias e manuais**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://www.redesans.com.br/redesans/wp-content/uploads/2012/10/exercendo_o_controle_social_biblioteca.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2011.

MDS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME). Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Relatório de gestão do exercício de 2011**. mar. 2012a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

MDS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME). **Relatório de informações sociais do Bolsa Família e CadÚnico**: Sidrolândia. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/relatorio.php>>. Acesso em: 02 set. 2012b.

MONTEIRO, D. A. A.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. Determinantes da gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2009.

MOREIRA, N.; FERREIRA, M.; LIMA, A.; CKAGNAZAROFF, I. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. **Revista de Administração Pública**, Brasil, v. 46, n. 2, p. 403-423, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7091/5646>. Acesso em: 04 Set. 2013.

OLIVEIRA, J. E.; PEREIRA, L. M. **Terra Indígena Buriti**: perícia antropológica, arqueológica e histórica sobre uma terra terena na Serra de Maracaju, Ed. UFGD: Mato Grosso do Sul, 2012.

OLIVEIRA, L. L.; COSTA, V. M. R.; REQUEIJO, M. R.; REBOLLEDO, R. S.; PIMENTA, A. F.; LEMOS, S. M. A. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 479-85, 2012.

PAES-SOUSA, R.; QUIROGA, J. Programas de transferência de renda e redução da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil, no período de 2004 a 2011. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. cap.12, p. 253-265. 2012.

PAGLIARO, H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos *Kayabí* do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 579-590, mar. 2010.

PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, jan. 2006.

PESSÔA, M. C. M. B. Programa Nacional de Alimentação Escolar em escolas da Terra Indígena Buriti – Mato Grosso do Sul. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado de Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, 2013.

PEREIRA, A. O. **Prevalência de anemia por deficiência de ferro em crianças indígenas Terena**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, 2011.

PINHEIRO, R. C. Controle social do Programa Bolsa Família: uma experiência de transversalidade e intersetorialidade em um programa público brasileiro. In: CONCURSO DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO SOBRE REFORMA DEL ESTADO Y MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., 2007, Caracas, **Anais eletrônicos...** Caracas: Cuba, 2007. Disponível em: <http://www.clad.org/siare_isis/fulltext/0056805.pdf>. Acesso em: 16 out. 2013.

QUINHÕES, T.; FAVA, V. M. D. Intersetorialidade e transversalidade: a estratégia dos programas complementares do Bolsa Família. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 61, n. 1, p. 67-96, jan./mar. 2010.

RIBAS, D. L. B.; PHILIPPI, S. T. **Aspectos alimentares e nutricionais de mães e**

crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R,V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO, p. 73-78, 2005.

RIBAS, D. L. B.; SGANZERLA, A.; ZORZATTO, J. R.; PHILIPPI, S. T. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena *Teréna*, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 323-331, mar/abr. 2001.

SAAD, B. N. L. **Saúde e Nutrição Teréna:** sobrepeso e obesidade. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2005.

SANT'ANA, G. R. Uma análise do processo migratório dos índios *Terena* para o perímetro urbano da cidade. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n.1, 2004.

SANTOS, C. R. B.; MAGALHÃES, R. Pobreza e política social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1215-1224, 2012.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil.** In: COIMBRA JR., C.E.A., SANTOS, R. V; ESCOBAR, A. L. (Orgs) Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO, p. 13-47, 2005.

SANTOS, S. M. C.; SANTOS, L. M. P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1029-1040, maio 2007.

SENNA, M. C. M. Intersetorialidade no acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família. **Argumentum**, Vitória/ES, v. 4, n. 2, p. 95-110, jul./dez. 2012.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 1994.

SILVA, L. F. V. **Coletânea da Legislação Indigenista Brasileira.** Cap. 1: legislação fundamental. p. 24-104. 2008. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/projetos/Plano_editorial/livro18.htm. Acesso em: 01 mar 2011.

SILVA, A. A. P.; FERREIRA, M. A. M.; MONTEIRO, D. A. A. Desempenho na gestão pública do Programa Bolsa Família sob a perspectiva de análise do Índice de Gestão Descentralizada (IGD). **Desenvolvimento em questão**, Editora Unijuí, v. 10, n. 21, p. 211-241, set./dez. 2012.

SOARES, S. S. D. BolsaFamília, its design, its impacts and possibilities for the future, Working Paper, **International Policy Centre for Inclusive Growth**, n. 89, 2012.

SOARES, S.; SOUZA, P. H. G. F; OSÓRIO, R. G.; SILVEIRA, F. G. Os impactos do benefício do Programa Bolsa Família sobre a desigualdade e a pobreza. In: CASTRO, J. A.; MODESTO, L. (Org.). **Bolsa família 2003-2010: avanços e desafios**. 2. v. Brasília: Ipea, 2010.

SOUZA, N. N.; DIAS, M. M.; SPERANDIO, N.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 655-662, dez. 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1. ed. 1. reimpr. São Paulo: Ed. USP. 2004.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113-118, ago. 2000.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

TREVISANI, J. J. D.; BURLANDY, L.; JAIME, P. C. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2012.

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

APÊNDICE

APÊNDICE A

FORMULÁRIO I

CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES PREVISTAS NOS INSTRUMENTOS LEGAIS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM SIDROLÂNDIA, MS, 2012

ATRIBUIÇÕES DO MUNICÍPIO		SITUAÇÃO ATUAL DO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PBF	ASPECTOS PARTICULARES E SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA
DECRETO 5209 de 17/09/2004, Art. 14	I	constituir coordenação composta por representantes das suas áreas de saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, quando existentes, responsável pelas ações do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal;	
	II	proceder à inscrição das famílias pobres do Município no Cadastro Único do Governo Federal;	
	III	promover ações que viabilizem a gestão intersetorial, na esfera municipal;	
	IV	disponibilizar serviços e estruturas institucionais, da área da assistência social, da educação e de saúde, na esfera municipal;	
	V	garantir apoio técnico-institucional para a gestão local do programa;	
	VI	constituir órgão de controle social nos termos do art. 29 [paridade entre governo e sociedade];	
	VII	estabelecer parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para oferta de programas sociais complementares;	
	VIII	promover, em articulação com a União e os Estados, o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades.	

ATRIBUIÇÕES DO MUNICÍPIO		SITUAÇÃO ATUAL DO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PBF	ASPECTOS PARTICULARES E SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2509, 18/11/2004, Art. 2º	I	indicar um responsável técnico – profissional de saúde – para coordenar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, no âmbito da saúde, sendo recomendado, preferencialmente, um nutricionista;	
	II	participar da coordenação intersetorial do Programa Bolsa Família prevista no art. 14 do Decreto nº 5.209, de 2004, no âmbito municipal;	
	III	implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional, que proverá as informações sobre o	

		acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família;		
	IV	coordenar o processo de inserção e atualização das informações de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família nos aplicativos da Vigilância Alimentar e Nutricional;		
	V	prover as ações básicas de saúde que são mencionadas nos artigos 1º [atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde] e 6º [responsabilidades das famílias] desta Portaria;		
	VI	estimular e mobilizar as famílias para o cumprimento das ações mencionadas no artigo 6º desta Portaria;		
	VII	promover as atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável;		
	VIII	capacitar as equipes de saúde para o acompanhamento de gestantes, nutrizes e crianças das famílias do Programa Bolsa Família, conforme o manual operacional a ser divulgado pelo Ministério da Saúde;		
	IX	prover, semestralmente, o acompanhamento das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família;		
	X	Informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastramento Único qualquer alteração identificada sobre os dados cadastrais das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.		

ATRIBUIÇÕES DO MUNICÍPIO		SITUAÇÃO ATUAL DO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PBF	ASPECTOS PARTICULARES E SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA
PORTARIA GM/MDS Nº 551 de 09/11/2005, Art. 8º	I	ofertar, adequada e regularmente, os respectivos serviços de educação e saúde, nos termos da legislação pertinente;	
	II	realizar, periodicamente, e conforme calendário, o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades previstas, em observância ao disposto nas Portarias Interministeriais MEC/MDS nº 3.789, de 2004, e MS/MDS nº 2.509, de 2004;	
	III	registrar as informações relativas ao acompanhamento do cumprimento de condicionalidades, com a utilização dos sistemas de informação disponibilizados pelo MEC e pelo MS.	

ATRIBUIÇÕES DO CONTROLE SOCIAL		SITUAÇÃO ATUAL DO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PBF	ASPECTOS PARTICULARES E SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA
PORTARIA GM/MDS Nº 551 de 09/11/2005, Art. 12	I	acompanhar a oferta por parte dos governos locais dos serviços públicos necessários ao cumprimento das condicionalidades do programa Bolsa Família pelas famílias beneficiárias;	
	II	articular-se com os conselhos de políticas setoriais existentes no município para assegurar a oferta dos serviços para o cumprimento das condicionalidades;	
	III	conhecer a lista dos beneficiários que não cumprirem as condicionalidades, periodicamente atualizada, e sem prejuízo das implicações éticas e normativas relativas ao uso da informação;	
	IV	acompanhar e analisar o resultado e as repercussões do acompanhamento do cumprimento de condicionalidades no município;	
	V	contribuir para o aperfeiçoamento da rede de proteção social, estimulando o Poder Público local a acompanhar as famílias com dificuldades no cumprimento das condicionalidades que estas devem observar em decorrência de sua participação no programa.	

ATRIBUIÇÕES DO CONTROLE SOCIAL		SITUAÇÃO ATUAL DO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PBF	ASPECTOS PARTICULARES E SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA
DECRETO 5209 de 17/09/2004, Art. 31	I	acompanhar, avaliar e subsidiar a fiscalização da execução do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal ou jurisdicional;	
	II	acompanhar e estimular a integração e a oferta de outras políticas públicas sociais para as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;	
	III	acompanhar a oferta por parte dos governos locais dos serviços necessários para a realização das condicionalidades;	
	IV	estimular a participação comunitária no controle da execução do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal ou jurisdicional;	
	V	elaborar, aprovar e modificar seu regimento interno;	
	VI	exercer outras atribuições estabelecidas em normas complementares do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.	

PORTARIA GM/MDS Nº 551 de 09/11/2005, Art. 9º	ATRIBUIÇÕES DO GESTOR		SITUAÇÃO ATUAL DO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PBF	ASPECTOS PARTICULARES E SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA
	I	articular, capacitar e mobilizar os agentes envolvidos nos procedimentos de acompanhamento do cumprimento das condicionalidades;		
	II	mobilizar, estimular e orientar as famílias beneficiárias sobre a importância do cumprimento das condicionalidades;		
	II	realizar o acompanhamento sistemático das famílias com dificuldades no cumprimento das condicionalidades, avaliando as causas e promovendo, sempre que necessário, a redução da situação de risco por meio da inserção da família em programas e ações voltados para combater os efeitos da vulnerabilidade identificada;		
	IV	notificar formalmente o responsável legal da família, quando identificar o descumprimento de condicionalidade, conforme modelo padrão constante do Anexo I desta Portaria, sem prejuízo de outras formas definidas em normas complementares;		
	V	encaminhar, para conhecimento da instância de controle social do programa, a relação das famílias que devem ter o benefício cancelado em decorrência do descumprimento de condicionalidades.		

APÊNDICE B

FORMULÁRIO II
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: FAMÍLIA TERÉNA

1 IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Número inquérito: _____
- 1.2 Data da entrevista: ____ / ____ / ____
- 1.3 Aldeia _____
- 1.4 Casa n° _____

2 COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA

Nº	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	CONDIÇÃO NA FAMÍLIA	ESCOLARIDADE (Anos completos)	OCUPAÇÃO PRINCIPAL ATIVIDADE PRODUTIVA (TRABALHO)
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

SEXO: M: Masculino, F: Feminino

CONDIÇÃO NA FAMÍLIA:

1: Chefe da família; **2:** Cônjuge; **3:** Filho < 7 anos; **4:** Filho > 7 anos;
5: Avô; **6:** Avó; **7:** Sobrinho; **8:** Tio; **9:** Tia; **10:** Outro.

OCUPAÇÃO PRINCIPAL: Agricultor; Dona de casa; Professor; Técnico de Enfermagem; Encarregado; Peão de fazenda; Auxiliar de enfermagem; Agente de Saúde; Vendedor; Serviços gerais; Pastor; Estudante; Aposentado; Impedido.

3 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

- 3.1 O(a) Sr.(a) recebe o benefício Bolsa Família? () Sim () Não
- 3.2 Se sim, qual é o valor recebido? _____
- 3.3 O município realiza reuniões para falar ou explicar sobre o Programa Bolsa Família? () Sim () Não

3.4 O(a) Sr.(a) já participou de reuniões para receber esclarecimentos sobre o Programa Bolsa Família? Sim Não

3.5 Se sim, o que foi falado sobre o Programa Bolsa Família nas reuniões que participou? _____

3.6 O(a) Sr.(a) sabe quais são as regras que precisam ser cumpridas para participar do Programa Bolsa Família e continuar recebendo o benefício? Sim Não

3.7 Se sim, quais as regras que devem ser cumpridas?

Toda gestante deve fazer pré-natal Participar das reuniões de gestante

Todas as crianças na escola Pesar e medir as crianças

Cumprir calendário de vacinação Outros _____

3.8 O que acha do Programa Bolsa Família? _____

3.9 Os recursos recebidos do Bolsa Família ajudam em que nas despesas da casa? (aplicabilidade dos recursos)

comprar alimentos comprar roupas e calçados comprar eletrodoméstico

comprar remédios comprar material escolar pagar prestação

comprar material de construção reformar/ampliar a casa

Outros: _____

3.10 Dá para economizar e guardar algum dinheiro recebido no Bolsa Família?

Sim Não

3.11 A prefeitura promoveu algum curso de capacitação profissional na comunidade nos últimos 12 meses? Sim Não

3.12. Se sim, que curso era? _____

3.13 Alguém da família participou? Sim Não

3.14 Se sim, quem participou? chefe da família conjugue filho outro

3.15 Quem participou o que achou do curso? _____

3.16 O curso ajudou no trabalho ou contribuiu para aumentar a renda da família ou contribuiu com informações importantes para a qualidade de vida da família?

Sim Não _____

3.17 Se o(a) senhor(a) pudesse sugerir cursos de capacitação, que curso pediria?

3.18 O(a) recebe algum outro benefício do governo? Sim Não

3.19 Se sim, qual? _____

4 GESTANTE OU MÃE QUE TENHA TIDO BEBÊ NOS ÚLTIMOS 12 MESES

4.1 Realiza (ou) pré-natal? () Sim () Não

4.2 Possui cartão da gestante? () Sim () Não

4.3 Se sim, solicite o cartão para avaliar. O cartão está corretamente preenchido e com todas as informações relevantes (marque o quadro abaixo)?

PREENCHIMENTO	PESO	IMC	ALTURA INTERINA	PRESSÃO ARTERIAL	BCF	MOVIMENTO FETAL
COMPLETO						
PARCIAL						
SEM PREENCHIMENTO						

Marque com um X a resposta adequada

4.4 Se a gestante não faz (fez) o pré-natal, existe algum problema/motivo para a gestante não realizar o pré-natal? _____

4.5 Durante o pré-natal recebeu informações da equipe de saúde sobre alimentação saudável? () Sim () Não

4.6 Durante o pré-natal recebeu informações sobre aleitamento materno da equipe de saúde? () Sim () Não

5 CRIANÇA

5.1 A criança é levada ao posto para acompanhamento de saúde? () Sim () Não

5.2 Possui caderneta/cartão da criança? () Sim () Não

5.3 O cartão está corretamente preenchido e com todas as informações relevantes (marque o quadro abaixo)?

PREENCHIMENTO	PESO	ALTURA	DESENVOLVIMENTO	VACINAÇÃO
COMPLETO				
PARCIAL				
SEM PREENCHIMENTO				

Marque com um X a resposta adequada

5.4 Todas as crianças em idade escolar (6 a 17 anos) estão na escola? () Sim () Não

5.5 Se há crianças fora da escola, existe algum problema/motivo para a criança não estudar? _____

5.6 A família recebeu informações sobre a alimentação das crianças (aleitamento materno, introdução de alimentos ou alimentação saudável na infância)? () Sim () Não _____

ANEXOS

ANEXO A



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIDROLÂNDIA

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO
Edital Chamada FUNDECT N° 01/2010 – PPMS
(ANEXO 04)

Declaro para fins de comprovação junto à Fundação de Apoio ao Ensino, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul (FUNDECT) que a órgão público **Programa Bolsa família** vinculado à **Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária** na esfera (municipal, estadual ou federal) **Municipal** concorda com a participação do(a)s técnico(a)s nomeados abaixo, na execução do projeto de pesquisa intitulado **“PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM COMUNIDADES INDIGENAS, MUNICÍPIO DE SIDROLÂNDIA, MS, BRASIL”**, coordenado pelo(a) pesquisador(a) Dulce Lopes Barboza Ribas, da instituição Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e se compromete a garantir os meios necessários à execução do projeto de pesquisa, em complementação aos recursos a serem liberados pela FUNDECT.

Para que sejam produzidos todos os efeitos legais, técnicos e administrativos deste compromisso, firmo o presente instrumento.

Órgão Público: SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL E ECONOMIA SOLIDARIA

Endereço Completo: RUA: PARANÁ N° 1885 BAIRRO JANDAIA CEP 79170-000

Responsável: MARCIO DA SILVA MARQUETI

1





ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIDROLÂNDIA

1) Equipe Técnica / Pessoal

1.a) Técnico que terá função de vice-coordenador no projeto de pesquisa

Nome	Área de Formação	Função no Projeto de Pesquisa
GENILDA DA SILVA FARIAS HORA	PEDAGOGIA	VICE-COORDENADORA

1.b) Técnicos disponíveis

Nome	Área de Formação	Função no Projeto de Pesquisa
GIOVANA DA SILVA FARIAS DIAS	2 GRAU COMPLETO	TECNICO
RAPHAEL LONGHI PINHEIRO	2 GRAU COMPLETO	TECNICA
ANDERSON VILHARGA PEDROSO	CURSANDO ENSINO SUPERIOR ANALISE DE SISTEMAS	TECNICO

1.c) Técnicos adicionais necessários se solicitado pelo coordenador do projeto em prazo que não comprometa o andamento do mesmo

Nome	Área de Formação	Função no Projeto de Pesquisa
MARIA LUCIA BEZERRA	ASSISTENTE SOCIAL	TRABALHO COM FAMILIAS
TAISE PLEIN	PSICOLOGA	TRABALHO COM FAMILIAS
JOANA MARQUES DE ALMEIDA MICHALSKI	ASSISTENTE SOCIAL	APOIO A GESTÃO

2) Instalações do Órgão Público

2.a) Instalações disponíveis

SIM 1 SALA DESTINADA AO PROGRAMA E O CRAS CENTRO DE REFERENCIA DE ASSISTENCIA SOCIAL QUE FICA NO TERRITORIO INDIGENA URBANO.

2.b) Instalações (ou alterações de instalações) adicionais necessárias que serão providenciadas pela coordenação do projeto em prazo que não comprometa o andamento do mesmo

3) Serviços realizados no âmbito da Política Pública pelo Órgão

2



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIDROLÂNDIA

3.b) Serviços disponíveis

3.c) Serviços adicionais necessários que serão providenciados pela coordenação do projeto em prazo que não comprometa o andamento do mesmo

Sidrolândia – MS, 8 de abril de 2010.

Assinatura: 
Nome: MARINHO DA SILVA MARQUETI
CPF: 097 665 648-50
Cargo ou função: SECRETARIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
Representante legal do órgão público: secretário de estado, município, diretor-presidente ou outro responsável que responda sobre a execução da política pública realizada pelo órgão

3

ANEXO B**Termo de Consentimento Coletivo Livre e Esclarecido**

O Projeto "Programa Bolsa Família em Comunidades Indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil" irá realizar as seguintes ações com a intenção de avaliar o funcionamento do Programa Bolsa Família junto às famílias indígenas residentes no município de Sidrolândia.

1. Analisar a realização do Programa Bolsa Família no município de Sidrolândia, MS;
2. Verificar quais são as ações desenvolvidas pelo município que levam em consideração as questões culturais da população indígena;
3. Avaliar o local onde são realizadas as atividades e as reuniões do Programa Bolsa Família para as comunidades indígenas do município de Sidrolândia;
4. Analisar como a população indígena utiliza os recursos do Programa Bolsa Família.
5. Observar se a comunidade conhece as informações necessárias para realizar o cadastro e se a comunidade segue todas as condições para participar do programa Bolsa Família;
6. Conferir se todas as famílias indígenas que podem participar do programa estão cadastradas;
7. Observar como está sendo realizada a avaliação da saúde, para as famílias indígenas que participam do Programa Bolsa família.
8. Publicar e divulgar os dados e resultados obtidos.

A participação da Comunidade Teréna no Projeto "Programa Bolsa Família em Comunidades Indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil" não é obrigatória.

Mesmo que a liderança indígena autorize a realização do projeto, os participantes de cada Aldeia podem desistir e retirar o consentimento a qualquer momento. Caso isso aconteça, ninguém terá qualquer prejuízo.

As informações do estudo serão confidenciais e utilizadas exclusivamente pela equipe de pesquisa, sendo divulgadas por meio de relatórios científicos da equipe e sem que as pessoas participantes do estudo possam ser identificadas.

As dúvidas sobre o projeto e a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento através dos seguintes contatos:

Profª Dulce Lopes Barboza Ribas

Curso de Nutrição. Centro de Ciência Biológicas e da Saúde

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Telefones (67) 33457405 (67) 96310371 Endereço - Cidade Universitária Av. Costa e Silva, s/nº Caixa Postal 549 Campo Grande, MS

Comitê de Ética em Pesquisa - Pró-Reitoria de Pesquisa

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Telefone CEP UFMS (67) 33457187 Endereço - Cidade Universitária Av. Costa e Silva, s/nº Caixa Postal 549 Campo Grande, MS CEP 79070900

Eu, MESRIAS SOL DIAS, após receber pessoalmente as informações sobre Projeto "**Programa bolsa família em comunidades indígenas município de Sidrolândia, MS, Brasil**", declaro que entendi os objetivos e os procedimentos do estudo, concordo na realização do estudo e projeto na Terra Indígena Buriti e estou ciente dos direitos relacionados a seguir:

- Garantia de receber informações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa;
- Liberdade para retirar o meu consentimento e deixar de participar a qualquer momento;
- Segurança de não ser identificado;
- Não receber nenhum incentivo direto pela participação no projeto;
- Segurança de que não terei nenhum prejuízo por autorizar este projeto.

Tenho ciência do exposto acima e manifesto livremente minha vontade em autorizar a pesquisa e projeto a ser desenvolvido na Aldeia Córrego do Meio.

Terra Indígena Buriti, 13 de AGOSTO de 2011.

Assinatura da pesquisadora



Dulce Lopes Barboza Ribas

Assinatura do representante da Aldeia Córrego do Meio



Cacique

ANEXO C**Termo de Consentimento Coletivo Livre e Esclarecido**

O Projeto “Programa Bolsa Família em Comunidades Indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil” irá realizar as seguintes ações com a intenção de avaliar o funcionamento do Programa Bolsa Família junto às famílias indígenas residentes no município de Sidrolândia.

1. Analisar a realização do Programa Bolsa Família no município de Sidrolândia, MS;
2. Verificar quais são as ações desenvolvidas pelo município que levam em consideração as questões culturais da população indígena;
3. Avaliar o local onde são realizadas as atividades e as reuniões do Programa Bolsa Família para as comunidades indígenas do município de Sidrolândia;
4. Analisar como a população indígena utiliza os recursos do Programa Bolsa Família.
5. Observar se a comunidade conhece as informações necessárias para realizar o cadastro e se a comunidade segue todas as condições para participar do programa Bolsa Família;
6. Conferir se todas as famílias indígenas que podem participar do programa estão cadastradas;
7. Observar como está sendo realizada a avaliação da saúde, para as famílias indígenas que participam do Programa Bolsa família.
8. Publicar e divulgar os dados e resultados obtidos.

A participação da Comunidade Teréna no Projeto “Programa Bolsa Família em Comunidades Indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil” não é obrigatória.

Mesmo que a liderança indígena autorize a realização do projeto, os participantes de cada Aldeia podem desistir e retirar o consentimento a qualquer momento. Caso isso aconteça, ninguém terá qualquer prejuízo.

As informações do estudo serão confidenciais e utilizadas exclusivamente pela equipe de pesquisa, sendo divulgadas por meio de relatórios científicos da equipe e sem que as pessoas participantes do estudo possam ser identificadas.

As dúvidas sobre o projeto e a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento através dos seguintes contatos:

Profª Dulce Lopes Barboza Ribas

Curso de Nutrição. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Telefones (67) 33457405 (67) 96310371 Endereço - Cidade Universitária
Av. Costa e Silva, s/nº Caixa Postal 549 Campo Grande, MS

Comitê de Ética em Pesquisa - Pró-Reitoria de Pesquisa

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Telefone CEP UFMS (67) 33457187 Endereço - Cidade Universitária Av.
Costa e Silva, s/nº Caixa Postal 549 Campo Grande, MS CEP 79070900

Eu, Valério F. P. Cardoso, após receber pessoalmente as informações sobre Projeto "Programa bolsa família em comunidades indígenas município de Sidrolândia, MS, Brasil", declaro que entendi os objetivos e os procedimentos do estudo, concordo na realização do estudo e projeto na Terra Indígena Buriti e estou ciente dos direitos relacionados a seguir:

- Garantia de receber informações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa;
- Liberdade para retirar o meu consentimento e deixar de participar a qualquer momento;
- Segurança de não ser identificado;
- Não receber nenhum incentivo direto pela participação no projeto;
- Segurança de que não terei nenhum prejuízo por autorizar este projeto.

Tenho ciência do exposto acima e manifesto livremente minha vontade em autorizar a pesquisa e projeto a ser desenvolvido na Aldeia Tereré.

Terra Indígena Buriti, 13 de Agosto de 2011.

Assinatura da pesquisadora

Dulce Lopes Barboza Ribas
Dulce Lopes Barboza Ribas

Assinatura do representante da Aldeia Tereré

Cacique

ANEXO D

Termo de Consentimento Coletivo Livre e Esclarecido

O Projeto "Programa Bolsa Família em Comunidades Indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil" irá realizar as seguintes ações com a intenção de avaliar o funcionamento do Programa Bolsa Família junto às famílias indígenas residentes no município de Sidrolândia.

1. Analisar a realização do Programa Bolsa Família no município de Sidrolândia, MS;
2. Verificar quais são as ações desenvolvidas pelo município que levam em consideração as questões culturais da população indígena;
3. Avaliar o local onde são realizadas as atividades e as reuniões do Programa Bolsa Família para as comunidades indígenas do município de Sidrolândia;
4. Analisar como a população indígena utiliza os recursos do Programa Bolsa Família.
5. Observar se a comunidade conhece as informações necessárias para realizar o cadastro e se a comunidade segue todas as condições para participar do programa Bolsa Família;
6. Conferir se todas as famílias indígenas que podem participar do programa estão cadastradas;
7. Observar como está sendo realizada a avaliação da saúde, para as famílias indígenas que participam do Programa Bolsa família.
8. Publicar e divulgar os dados e resultados obtidos.

A participação da Comunidade Teréna no Projeto "Programa Bolsa Família em Comunidades Indígenas Município de Sidrolândia, MS, Brasil" não é obrigatória.

Mesmo que a liderança indígena autorize a realização do projeto, os participantes de cada Aldeia podem desistir e retirar o consentimento a qualquer momento. Caso isso aconteça, ninguém terá qualquer prejuízo.

As informações do estudo serão confidenciais e utilizadas exclusivamente pela equipe de pesquisa, sendo divulgadas por meio de relatórios científicos da equipe e sem que as pessoas participantes do estudo possam ser identificadas.

As dúvidas sobre o projeto e a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento através dos seguintes contatos:

Profª Dulce Lopes Barboza Ribas

Curso de Nutrição. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Telefones (67) 33457405 (67) 96310371 Endereço - Cidade Universitária Av. Costa e Silva, s/nº Caixa Postal 549 Campo Grande, MS

Comitê de Ética em Pesquisa - Pró-Reitoria de Pesquisa

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Telefone CEP UFMS (67) 33457187 Endereço - Cidade Universitária Av. Costa e Silva, s/nº Caixa Postal 549 Campo Grande, MS CEP 79070900

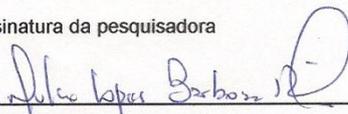
Eu, ADIEL GABRIEL MARCELINO, após receber pessoalmente as informações sobre Projeto "Programa bolsa família em comunidades indígenas município de Sidrolândia, MS, Brasil", declaro que entendi os objetivos e os procedimentos do estudo, concordo na realização do estudo e projeto na Terra Indígena Buriti e estou ciente dos direitos relacionados a seguir:

- Garantia de receber informações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa;
- Liberdade para retirar o meu consentimento e deixar de participar a qualquer momento;
- Segurança de não ser identificado;
- Não receber nenhum incentivo direto pela participação no projeto;
- Segurança de que não terei nenhum prejuízo por autorizar este projeto.

Tenho ciência do exposto acima e manifesto livremente minha vontade em autorizar a pesquisa e projeto a ser desenvolvido na Aldeia Lagoinha.

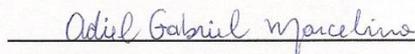
Terra Indígena Buriti, 13 de AGOSTO de 2011.

Assinatura da pesquisadora



Dulce Lopes Barboza Ribas

Assinatura do representante da Aldeia Lagoinha



Cacique