

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Patrícia De Carlo Fagundes

BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE
A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre
2012

Patrícia De Carlo Fagundes

**BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE
A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Sidinei Rocha de Oliveira

**Porto Alegre
2012**

Patrícia De Carlo Fagundes

**BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE
A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Conceito final:

Aprovado em 12 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. Sidnei Rocha de Oliveira – UFRGS

RESUMO

Este estudo objetivou descrever, a partir de uma análise crítica, a experiência de gestão vivenciada no período (2005 a 2008) em que trabalhei na Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), junto ao Programa Bolsa Família (PBF). Como suporte para este relato foram utilizados dados e informações adicionais como: documentos oficiais, acompanhamento da produção da legislação específica sobre o PBF bem como o relato de profissionais que atuam nas diversas secretarias. Dessa forma, a partir das informações adicionais, farei um breve histórico do Programa daquele período até os dias atuais. Este trabalho torna-se relevante na medida em que contribuirá para que os gestores identifiquem não somente os avanços, mas as dificuldades que ainda são encontradas na gestão da condicionalidade saúde. Dentre os principais resultados destacam-se o aumento do índice de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, com perfil saúde no Município de Porto Alegre, bem como a importância da intersetorialidade na gestão do Programa.

ABSTRACT

This study describes, from a critical analysis of the lived experience of management in the period (2005-2008) I worked at the Foundation for Social Welfare and Citizenship (FASC), with the Bolsa Família Program (PBF). As support for this report used data and additional information such as official documents, monitoring the production of specific legislation on the PBF and the reporting of professionals working in various departments. Thus, from the information, make a brief history of the program that period to the present day. This work is relevant in that will help managers to identify not only advances, but that difficulties are encountered in the management of health compliance. Among the key findings include the increased rate of monitoring of PBF beneficiary families with health profile in the city of Porto Alegre, as well as the importance of intersectoral cooperation in managing the program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	10
3 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE.....	15
4. A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO 1 ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELA SAÚDE	28
ANEXO 2 FAMÍLIAS NÃO VINCULADAS	29
ANEXO 3 ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELO COMITÊ GESTOR INTERSETORIAL	30
ANEXO 4 ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELA SAÚDE.....	31
ANEXO 5 RESULTADOS.....	32

LISTA DE SIGLAS

ASSEGIT	Assessoria de Gestão da Informação e Tecnologia
BVJ	Benefício Variável Jovem
CadÚnico	Cadastro Único
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IGD-M	Índice de Gestão Descentralizada Municipal
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
PBF	Programa Bolsa Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
SICON	Sistema de condicionalidades do programa Bolsa Família
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família foi criado em 2003¹, a partir da unificação dos programas Bolsa Escola (2001), Bolsa Alimentação (2001), Auxílio Gás (2002) e Cartão Alimentação (2003), tendo incorporado, a partir de 2005, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) (1996), todos do Governo Federal. De acordo com a lei de criação do Bolsa Família, a unificação de tais programas visa melhorar a gestão e aumentar a efetividade do gasto social através da otimização e racionalização, ganhos de escala e facilidade da interlocução do governo federal com estados e municípios (BRASIL, 2004).

Conforme MAIOR (2006) a unificação das intervenções anteriores buscou melhorar a gestão e otimizar o gasto social do governo federal, incorporando as contrapartidas existentes nos programas de transferência de renda anteriores e a gestão descentralizada.

O Programa associa à transferência do benefício financeiro ao acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. Além disso, busca promover a inclusão social, contribuindo para a emancipação das famílias beneficiárias, construindo meios e condições para que elas possam sair da situação de vulnerabilidade em que se encontram.

O presente trabalho está relacionado com minha trajetória e experiência profissional que teve início em Janeiro de 2005² quando então trabalhei na Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), na Assessoria da Gestão da

¹ Medida Provisória nº 132, convertida na Lei nº 10.836 em janeiro de 2004 e regulamentada através do Decreto nº 5.209, de 17.09.04.

² Em Janeiro de 2005, com a mudança no governo Municipal e posse do Prefeito José Fogaça, fui nomeada para exercer um Cargo em Comissão na Fundação de Assistência Social e Cidadania. Durante dois anos atuei na Gestão do Programa Bolsa Família passando posteriormente para a Comissão de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (COSANS). Com a conclusão do Curso de Serviço Social em 2007, optei em realizar uma pós graduação da área da saúde. Foi então que em abril de 2008 iniciei a Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) com Ênfase na Atenção Básica. Embora nesse período não estivesse mais ligada diretamente ao PBF, passei a realizar o acompanhamento das famílias junto as Unidades Básicas de Saúde. Foi nesse momento que o Município passou a implantar o atestado de vinculação a Unidade de Saúde, oportunidade que pude acompanhar esse processo não mais na gestão do PBF, mas na assistência direta as famílias beneficiárias.

Informação e Tecnologia (ASSEGIT) e posteriormente na Unidade Básica de Saúde (UBS) São José.

O **objetivo central** desse trabalho foi **realizar uma análise crítica da situação vivenciada no período (2005 a 2008) em que trabalhei na FASC³**.

Como **objetivos específicos** foram estabelecidos:

- a) Descrever as contribuições do Gestor Municipal no acompanhamento das condicionalidades do PBF;
- b) Destacar o papel da equipe de saúde no acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF;
- c) Analisar as contribuições do Comitê Gestor Intersetorial do PBF no planejamento das ações de gestão do Programa.

Como suporte para o relato foram utilizados dados secundários e informações adicionais como documentos oficiais, acompanhamento da produção da legislação específica sobre o PBF bem como o relato de profissionais que atuam na FASC e na SMS.

Este relato de experiência torna-se relevante na medida em que contribuirá para que os gestores identifiquem não apenas os avanços, mas as dificuldades que ainda são encontradas na gestão da condicionalidade saúde do PBF,

³ A Fundação de Assistência Social e Cidadania é o órgão da Prefeitura de Porto Alegre responsável pela coordenação e execução de programas e serviços que visam à inclusão dos cidadãos que estão em situação de risco e em vulnerabilidade social. É também o órgão gestor do PBF em Porto Alegre, sendo responsável em identificar as famílias pobres, inscrevê-las no CadÚnico e mantê-lo atualizado. Desenvolve programas e serviços para a população com vulnerabilidade social de acordo com a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). A rede básica é constituída por nove CRAS e 14 módulos de Assistência Social (subordinados aos CRAS) e cerca de 250 organizações não-governamentais subordinadas ao Município. Antes da Implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em setembro 2010 a nomenclatura utilizada pelo Município era Centro Regional de Assistência Social.

2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em outubro de 2003, através da Medida Provisória nº132, sendo um programa de transferência de renda condicionada, destinado às famílias pobres e extremamente pobres. Os objetivos do programa estão estabelecidos no Art. 4 do Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei 10.836/04. Este artigo determina o seguinte:

“Art. 4 Os objetivos básicos do Bolsa Família em relação aos seus beneficiários, sem prejuízo de outros que venham a ser fixados pelo Ministério do Desenvolvimento e Combate a fome são:

I Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social;

II combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional;

III estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza;

IV combater a pobreza;

V promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público. “(DECRETO 5.209/04)”.

Em relação à população alvo, o PBF está direcionado para dois grupos de famílias: famílias extremamente pobres (com renda familiar mensal *per capita* de até R\$ 70,00) e famílias pobres (com renda familiar mensal *per capita* situada entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00). Vale ressaltar que as famílias extremamente pobres podem ser incluídas no Programa, independentemente de sua composição (tendo ou não tendo filhos).

Além disso, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) trabalha com três tipos de benefícios: Benefício Básico (R\$ 70, pagos apenas a famílias extremamente pobres, com renda per capita igual ou inferior a R\$ 70); Benefício Variável (R\$ 32, pagos pela existência na família de crianças de zero a 15 anos, gestantes e/ou nutrizes – limitado a cinco benefícios por família); Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) (R\$ 38, pagos pela existência na família de jovens entre 16 e 17 anos – limitado a dois jovens por família). Esses valores são o resultado do reajuste anunciado em 1º de março e vigoram a partir dos benefícios

pagos em abril de 2011. No Brasil, o valor médio da transferência, por família, era, em agosto de 2010, de R\$ 94,24 mensais. (BF Inf. 2009)

Para permanecer no programa é necessário que a família, sob pena de perder o benefício, cumpra as seguintes condicionalidades: ter frequência escolar de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e de 75% para jovens de 16 e 17 anos; acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças até 6 anos; acompanhamento do pré-natal nas gestantes, acompanhamento das nutrizes e ainda, o acompanhamento de ações socioeducativas para crianças em situação de trabalho infantil. Estas condicionalidades, além de dever das famílias, são ao mesmo tempo, responsabilidades do Poder Público e ações que se inserem em políticas definidas como direitos universais pela Constituição Federal.

Segundo Moser (2009), as condicionalidades são entendidas como um mecanismo para aumentar o grau de efetivação de direitos sociais por meio da indução da oferta e da demanda por serviços de saúde, educação e assistência social. Além disso, ao estabelecer as condicionalidades que as famílias devem cumprir neste programa, o Estado, em suas três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal), assume o compromisso de, por um lado, assegurar as condições para que esses serviços estejam disponíveis e, por outro, induzir e reforçar o direito de acesso das famílias mais pobres a eles.

Segundo documentos oficiais do Programa, espera-se que o cumprimento de condicionalidades tanto possibilite o acesso e a inserção da população para os serviços sociais básicos como saúde e educação, quanto favoreça a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza.

Conforme o Ministério de Desenvolvimento e Social e Combate a Fome (MDS), o cumprimento das condicionalidades, pelas famílias beneficiárias, além de consolidar um direito, pode contribuir para redução da pobreza entre gerações. No entanto, o não cumprimento das condicionalidades pode, por outro lado, indicar a falta da oferta dos serviços públicos ou que a família em questão encontra-se em situação de vulnerabilidade ainda maior, uma vez que sequer consegue acessar

seus direitos sociais mínimos. Esta última situação deve funcionar como um alerta para as três esferas de governo, pois permite identificar as famílias em situação de maior exclusão e mobilizar esforços para seu atendimento prioritário garantindo o acesso aos direitos de cidadania preconizados na Constituição Federal.

Considero importante ressaltar que os compromissos exigidos pelas condicionalidades devem ser cumpridos por todos, tanto pelo poder público, quanto pelas famílias, uma vez que se procura reforçar a articulação entre direitos sociais garantidos constitucionalmente, capacidade de oferta pública dos serviços e seu potencial de expansão. Dessa forma, o acompanhamento das famílias quanto as condicionalidades não representa o exercício de vigilância e controle sobre os beneficiários, mas sim o papel pró-ativo do poder público em assegurar o acesso e a garantia de direitos.

A gestão do Programa é descentralizada, envolvendo os três níveis de governo, ou seja, a União, os Estados e os Municípios. De acordo com o Art. 8º da lei 10.836 de janeiro de 2004:

“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 intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social”.

Senna (2007) destaca que, embora a legislação seja clara quanto ao papel dos três níveis de governo na implementação das condicionalidades, é sobre o município que recai a maior parte das responsabilidades de oferta de serviços e de gestão do acompanhamento do cumprimento das obrigações das famílias beneficiárias.

Estudo de Arretche (2000, *apud* SENNA, 2007), assinala que, em geral, os municípios brasileiros ainda têm apresentado muitas fragilidades na oferta de serviços de educação e saúde, comprometendo o processo de implementação das condicionalidades do PBF. Portanto, é fundamental, a participação das prefeituras no processo de cadastramento, assim como das instâncias de acompanhamento das condicionalidades, como as secretarias municipais de educação e saúde. Nessa perspectiva, a fim de incentivar essa participação, o Governo federal instituiu o

Índice de Gestão Descentralizada (IGD), em 2006, regulamentado pela Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006

O IGD é um instrumento utilizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) para monitorar a qualidade da implementação do cadastro único e o cumprimento das condicionalidades do PBF. Com base nesse indicador, o MDS repassa incentivos financeiros formais, ou seja, recursos para cobrir parcialmente os custos administrativos dos municípios com a implementação do programa, além de assegurar uma melhor qualidade na realização das condicionalidades no nível municipal. Isso significa que, quanto maior o valor do IGD, maior será o valor do recurso transferido para o município. O IGD varia de zero a um e serve para avaliar a qualidade e a atualização das informações do Cadastro Único e do acompanhamento das condicionalidades.

O Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M) é calculado a partir da média aritmética de quatro variáveis:

- A qualidade e a integridade das informações constantes no Cadastro Único⁴;
- A atualização da base de dados do Cadastro Único;
- As informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de educação;
- As informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de saúde.

Esse repasse de recursos do IGD aos municípios é feito mensalmente pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para o Fundo Municipal de

⁴ Criado em julho de 2001, o objetivo do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é o cadastramento e a manutenção de informações atualizadas das famílias brasileiras com renda *per capita* inferior a R\$ 140,00 em todos os municípios brasileiros. Com base nas informações inseridas no CadÚnico, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas no PBF a cada mês, sendo o critério principal a sua renda per capita. A sua utilização pelas três esferas do governo ajuda a identificar potenciais beneficiários para os programas sociais, proporciona melhor focalização e evita a sobreposição de programas para uma mesma família.

Assistência Social (FMAS) sendo o valor o resultado da multiplicação do seu IGD pelo valor de referência de R\$ 3,25 (três reais e vinte e cinco centavos) e da multiplicação deste primeiro produto pelo número de beneficiários do Programa Bolsa Família no município.

Segundo orientações do MDS, os recursos do IGD devem ser utilizados exclusivamente em ações relacionadas à gestão do PBF, de acordo com a realidade do município e com o artigo 2º da Portaria GM/MDS nº 148/06, que regulamenta o IGD, para realizar as seguintes atividades:

- Gestão de condicionalidades;
- Gestão de benefícios;
- Acompanhamento das famílias beneficiárias, em especial daquelas em situação de maior vulnerabilidade social;
- Cadastramento de novas famílias, atualização e revisão dos dados contidos no CadÚnico ;
- Implementação de programas complementares, nas áreas de: alfabetização e educação de jovens e adultos, capacitação profissional, geração de trabalho e renda, acesso ao micro-crédito produtivo orientado e desenvolvimento comunitário e territorial, dentre outras;

Nesse sentido, é fundamental que as ações de acompanhamento e gestão do PBF sejam realizadas de forma articulada com as secretarias envolvidas no processo de acompanhamento das famílias. As condicionalidades contribuem para a realização dos compromissos constitucionais da saúde e da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, até as políticas nacionais de Atenção Básica e de Alimentação e Nutrição. A seguir, farei uma breve explanação sobre o SUS, sua interlocução com o PBF e sua importância no acompanhamento das famílias.

3 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o atual modelo da atenção primária à saúde orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, da equidade e da participação social. Esse nível de atenção é o contato preferencial dos usuários do SUS, pois é porta de entrada dos serviços, tendo como modelo organizativo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual constitui uma das características do processo de trabalho das equipes o desenvolvimento de ações focalizadas em grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos (BRASIL, 2006).

Partindo desses conceitos, o PBF, do governo federal, que tem como foco a redução da pobreza aliada à inclusão das famílias em seus direitos sociais básicos, encontra-se em consonância com os processos organizativos e de atenção do SUS, por meio de uma estratégia de gestão intersectorial.

Valente (2002) ao discutir a realidade social brasileira e o direito humano à alimentação adequada, descreve que o Brasil ainda convive com a presença de doenças associadas à pobreza e à exclusão, tais como a fome, a desnutrição e aquelas associadas a hábitos alimentares inadequados, que afetam mais gravemente as populações pobres (VALENTE, 2002).

Para realizar o registro das informações de saúde e educação, os municípios dispõem de sistemas específicos para cada área, acessíveis pela internet. O registro de acompanhamento da saúde é semestral enquanto o da educação bimestral

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) destina-se ao acompanhamento do estado nutricional da população assistida pelo SUS. É o principal sistema de informação nacional. Segundo Estrella (2008) um dos seus módulos é o mapa diário de acompanhamento, que contém informações sobre os beneficiários do Bolsa Família: seus nomes, suas identificações nacionais e seus endereços. Os agentes de saúde local coletam informações sobre todos os beneficiários que são transmitidas regularmente aos municípios. As autoridades de

saúde municipais são responsáveis por consolidar as informações. Cada município assegura que essas informações sejam enviadas ao sistema de dados do Sisvan e transmitidas ao Ministério da Saúde (MS) duas vezes por ano, uma em 30 de junho e outra no dia 31 de dezembro. O Ministério da Saúde consolida as informações em nível nacional e as transmite ao Ministério de Desenvolvimento Social. Esse processo só foi adotado para o Bolsa Família no início de 2005.

Importante ressaltar que o preenchimento do Mapa pode ser realizado por qualquer profissional da equipe que esteja capacitado para a coleta de medidas antropométricas. Isso significa que essa atribuição não é de responsabilidade um único profissional, mas de toda equipe. É fundamental que à família seja esclarecida sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, deixando-a ciente de sua responsabilidade na melhoria das suas condições de saúde e nutrição.

A seguir apresento o relato da minha experiência na gestão do PBF bem como um breve histórico do programa no Município de Porto Alegre nos dias atuais.

4. A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Antes da unificação dos programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio-Gás no PBF, cada um desses programas eram administrados em um Ministério diferente e, conseqüentemente, em secretarias estaduais e municipais diferentes. Contribuía para que os programas mantivessem um caráter setorial, estabelecendo de forma independente seus próprios critérios de elegibilidade para ingresso e permanência. Embora houvesse condicionalidades no Programa Bolsa Escola e no Programa Bolsa Alimentação, não havia qualquer articulação de ações para o acompanhamento de uma população, em muitos casos, coincidente.

No Município de Porto Alegre, entre os anos de 2001 e 2003 o cadastramento do Bolsa Escola era realizado diretamente nas escolas enquanto o cadastramento do Leite, era realizado nas Unidade de Saúde. Mais tarde, a Prefeitura Municipal, realizou um convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e o cadastramento das famílias começou a ser realizado nos domicílios, através de visitas de cadastradores.

A partir do ano de 2004, com unificação dos Programas pelo Governo Lula, o cadastro passou a ser realizado nos Centros Regionais e Módulos de Assistência Social⁵ da FASC, sendo então preenchidos por estagiários e encaminhados para a Sede da Fundação para digitação. Em 2005, Porto Alegre já tinha 37.349 famílias no CadÚnico, o que representava 30% acima do estabelecido pelo Ministério do Desenvolvimento Social.

A partir de outubro de 2005, o Governo Federal passou a exigir no CadÚnico, o CPF e/ou o título eleitoral como documentos obrigatórios, para o responsável familiar. Nesse momento, o Município precisou realizar mutirões de recadastramento, a fim de atualizar os dados cadastrais das famílias. A ação fez parte da campanha nacional “Bolsa Família Chama”, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O objetivo era divulgar a

⁵ Até setembro de 2010, antes da implantação do SUAS em Porto Alegre, essa era a nomenclatura utilizada pela Fasc, conforme explicitado anteriormente.

necessidade de atualização cadastral, das famílias já beneficiadas ou apenas inscritas no programa. A FASC efetuou o recadastramento de 14 mil famílias que tinham pendências na apresentação de documentos, como CPF e título de eleitor. Essas famílias foram informadas do processo através de correspondência enviada pela Caixa Econômica Federal que realizou uma parceria com a FASC.

Nessa força tarefa, estiveram envolvidos diversos profissionais, além de Cargos em Comissão, Direção e Presidência da Fundação. Também foi necessária a contratação de um grande número de estagiários, além da contratação de uma empresa que fizesse a digitação desses dados. Nesse momento, minha participação neste processo era selecionar, capacitar e gerenciar as equipes de cadastradores, de modo que pudessem compreender não só a magnitude do programa, mas a importância de dados fidedignos.

Assim, entre os anos de 2005 e 2006, com o elevado aumento do número de famílias no Programa e principalmente com o aumento de famílias com o perfil saúde para serem acompanhadas, algumas dificuldades relacionadas a problemas cadastrais começavam a ser sinalizadas.

Nesse momento, começaram a ser realizadas reuniões com representantes da Secretaria de Educação e da Secretaria da Saúde. Foram realizados diversos encontros com representantes da Caixa Econômica Federal⁶ e representantes do MDS, onde já sinalizávamos dificuldades relacionadas ao cadastramento. Sabíamos que dados imprecisos ou mesmo desatualizados, poderiam ocasionar erros de localização, dificultando, ou até mesmo, impossibilitando o acompanhamento das condicionalidades.

Isso acabou refletindo logo a seguir, quando o setor saúde, ao gerar os mapas de acompanhamento das famílias com perfil saúde, percebeu uma grande inconsistência de informações. Na época o corte utilizado pela Secretaria de Saúde de Porto Alegre, para gerar os mapas, era a US informada pelo titular. Ocorre que, muitas vezes, por desconhecimento do nome correto ou mesmo por preferência, a US não correspondia a Unidade de Referência da família,

⁶ Responsável pelo sistema de pagamento dos benefícios as famílias.

Essa era uma deficiência do CadÚnico, não somente em Porto Alegre, mas em todo país. No campo em que deveria ser informado a US, a informação a ser digitada era a informada pelo entrevistado, ou seja, não existia um campo com os nomes pré-definidos das Unidades de Saúde existentes no Município. Assim, tanto os cadastradores como os digitadores desconheciam os verdadeiros nomes, o que contribuía para a digitação de nomes que não condiziam com as Unidades de Saúde existentes em Porto Alegre.

Dessa forma, com o intuito de tentar resolver o problema, um Técnico da Secretaria de Saúde, juntamente com um Técnico do CadÚnico, reuniram-se e elaboraram uma listagem vinculando a Unidade de Saúde ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e repassaram aos cadastradores, para que fosse utilizado durante o cadastramento, assim vincularia a família a sua US de referência.

Durante os anos de 2007 e 2008 outras estratégias foram adotadas pelo setor saúde para aumentar o acompanhamento das famílias. Entre elas estão a criação do selo de identificação do beneficiário para ser colocado no prontuário de atendimento da família, cartaz de chamamento das comunidades para atualização cadastral e um informativo sobre como preencher os mapas de acompanhamento das famílias (ANEXO1).

Vale lembrar que apesar dos problemas já elencados, nesse momento, não havia corte de benefício nem para a família, nem para o Município (IGD). Desta forma, embora fosse preocupação latente dos gestores, os esforços para solucionar os problemas não recebiam a atenção na mesma medida.

Nesse momento o MDS percebeu que acompanhamento na área da saúde não vinha se dando de forma efetiva na grande maioria dos municípios do país. Considerando essas dificuldades em março de 2008, o Ministério publicou a Portaria CM/MDS nº 66/2008, estabelecendo novos critérios para repasse do IGD a partir de agosto do mesmo ano. Com isso, ficou definido que os municípios precisariam atingir valor mínimo de 0,2 em cada um dos componentes do IGD (atualização do cadastro; validade do cadastro; acompanhamento das condicionalidades da

educação e acompanhamento das condicionalidades da saúde) para receberem os recursos do IGD. Além disso, seria necessário atingir 0,5 no valor geral do IGD. Essas regras valeriam para os repasses a partir de agosto.

Conforme dados do MS, na primeira vigência de 2008, apenas 15,6% das famílias estavam sendo acompanhadas enquanto 84,4% estavam sem acompanhamento no Município de Porto Alegre, não atingindo o índice mínimo de acompanhamento da condicionalidade saúde. Foi então que o gestor da condicionalidade da saúde do Município de Porto Alegre verificou no *site* do MDS, conforme tabela em anexo, que 58,28% das famílias não estavam vinculadas a uma nenhuma US. (ANEXO 2)

O MDS chegou a prorrogar a data de envio das informações, visto ser problema enfrentado não só em Porto Alegre, mas em todo país. No entanto, não foi possível aumentar o índice de acompanhamento num espaço tão curto de tempo, e o Município ficou durante o ano de 2009 (duas vigências) sem receber os recursos provenientes do IGD.

Nesse momento, houve uma mobilização nas várias secretarias a fim de reorganizar o Programa no Município. Foi necessário articular diversas ações para aumentar o acompanhamento das famílias no setor saúde. Problemas relacionados ao não cumprimento das condicionalidades foram detectados, tais como cadastros desatualizados, não sendo possível localizar as famílias que se mudam, por exemplo. Além disso, existiam famílias que embora vinculadas as US, na prática, não freqüentavam, não aparecendo nos mapas enviados as suas unidades de referência. Além disso, muitas famílias desconheciam o dever de cumprir com a condicionalidade saúde.

Com isso, foi fundamental que o Município continuasse conjugando esforços e trabalhando a intersetorialidade, a fim de garantir melhores resultados nas ações de acompanhamento das condicionalidades. Foi então que o Comitê Gestor Intersetorial, juntamente com o Gestor da Assistência Social, criou algumas estratégias de ação, entre elas a criação da agenda de compromissos e responsabilidades da família beneficiada, o Informativo para que as famílias

fizessem acompanhamento nas Unidades de Saúde e o Informativo para as famílias realizarem a atualização cadastral (ANEXO 3). A entrega dos informativos foi uma ação conjunta com a secretaria de educação, uma vez que, o material foi entregue diretamente para as crianças.

Nesse período minha atuação no programa não se dava mais na gestão, mas na assistência direta as famílias. Foi nesse momento em que o gestor da saúde, articulado com o comitê gestor intersetorial, elaborou como estratégia de ação, o atestado de vinculação ao serviço de saúde (ANEXO4). Considero que essa foi a mais importante estratégia de ação para a elevação do índice de acompanhamento. As famílias ao realizarem o recadastramento ou mesmo um novo cadastro, precisavam dirigir-se a sua Unidade de Saúde de Referência para retirar o atestado de vinculação. Nele continham informações essenciais para o correto preenchimento do CadÚnico e conseqüentemente, correta vinculação da família a sua US.

Apesar de ser uma estratégia de ação com repercussão em longo prazo, já no semestre seguinte, foi possível verificar, nos mapas de acompanhamento, a efetividade da ação. Ao vincular a família a sua US foi possível aumentar o acompanhamento direto das mesmas.

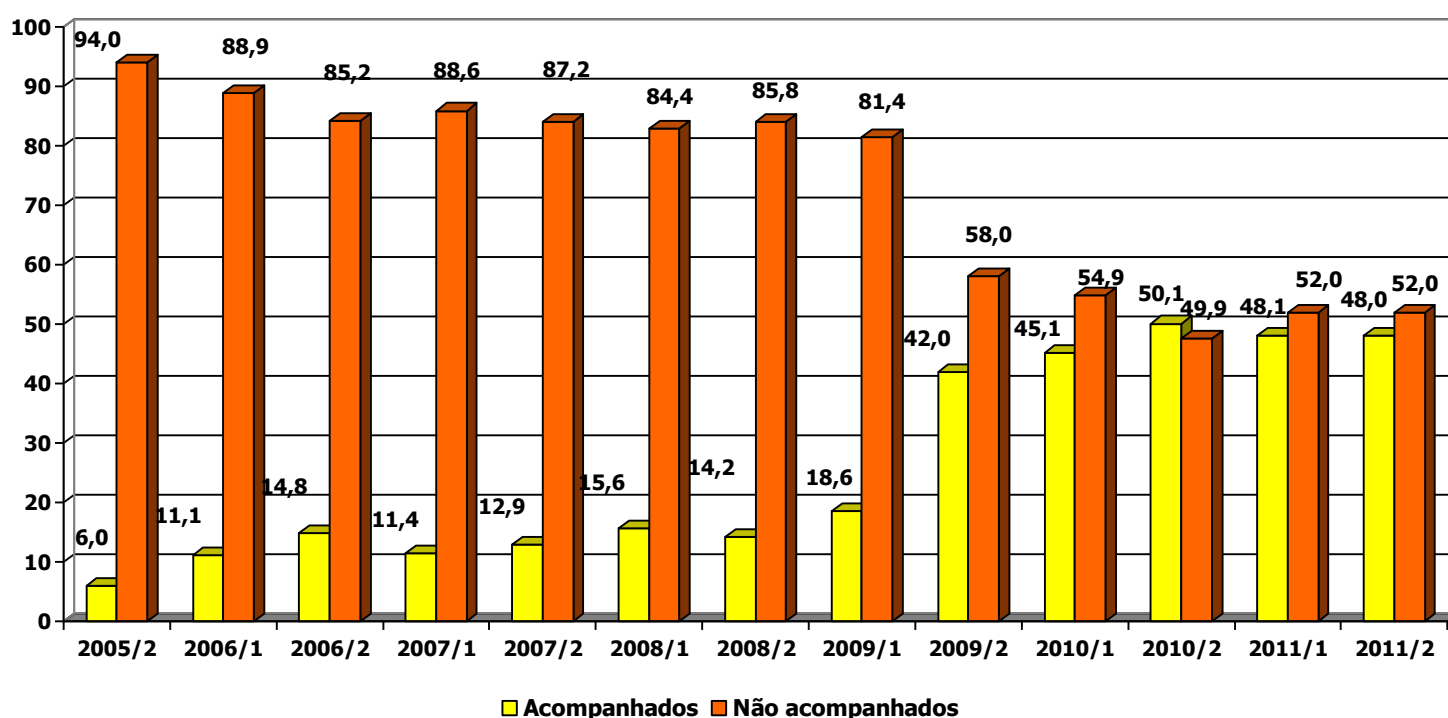
Em relação ao recurso do IGD o Comitê pactuou que inicialmente o recurso fosse aplicado para investimento no CadÚnico, pois assim qualificaria a informação contribuindo para gerar informações mais fidedignas. Essa proposta veio ao encontro com uma das propostas de ação feita pelo MDS.

O MDS também propôs a realização de visitas domiciliares para a verificação das razões pelas quais as famílias não cumpriam as condicionalidades, a identificação das situações de vulnerabilidades; o reforço junto às famílias, sobre quais os seus compromissos com o Programa e a importância do cumprimento das condicionalidades bem como a realização de busca ativa das famílias que não procuram os serviços de saúde.

Dados fornecidos pela SMS, Equipe de vigilância de Eventos Vitais em março de 2012, mostram que o acompanhamento da condicionalidade saúde teve um aumento significativo no ano de 2009, momento em que foi instituído o atestado de

vinculação. Apesar disso, nos últimos dois anos praticamente nada se avançou. Embora o Comitê Gestor seja Intersetorial as ações realizadas na rede de atendimento direto a população ainda carece dessa intersectorialidade. Nesse sentido, o Comitê vem pensando metodologias de trabalho que faça essa aproximação entre as diversas secretarias situadas nas regiões.

Distribuição proporcional do acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, Porto Alegre, 2005-2011



Importante ressaltar que a insuficiente cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, constitui uma limitação para a expansão do acompanhamento das famílias. A importância destas equipes fica clara ao se comparar os percentuais de acompanhamento de municípios de acordo com a cobertura populacional. Ao final de 2009, municípios com baixa cobertura tinham um acompanhamento médio de 47% das famílias beneficiárias, contra um percentual de 68% nos municípios em que 90% ou mais da população são atendidas pela Saúde da Família.

Além disso, desde o início do cadastramento das famílias em Porto Alegre, até os dias atuais, houve um aumento significativo de demanda por cadastro. Foi necessário triplicar a estrutura que antes era centralizada. Atualmente o cadastramento das famílias é descentralizado, desde a entrevista até a digitação. São realizados diretamente nos 22 CRAS disponíveis nos diversos bairros da cidade. As famílias são atendidas nos turnos da manhã e tarde, de segunda à sexta-feira. Os estagiários são organizados em equipes com um profissional técnico de referência que supervisiona o trabalho.

Dados do *site* do MDS mostram que em novembro de 2011, Porto Alegre tinha cadastrado 75.855 famílias, sendo 42.247 famílias incluídas no Programa Bolsa Família. Percebemos que o número de famílias cadastradas praticamente dobrou nos últimos sete anos. É importante ressaltar que o CadÚnico é também utilizado para a seleção de famílias em outros Programas Sociais, como por exemplo, a Tarifa Social de Energia Elétrica e o Programa Minha Casa Minha Vida.

A articulação Intersetorial e a capacidade gerencial dos gestores foram fundamentais para a ampliação e consolidação do Programa em Porto Alegre. A construção desse trabalho integrado resultou no aperfeiçoamento dos processos e progressiva melhoria nos índices alcançados.

A gestão das condicionalidades através do Sicon⁷ traz informações estratégicas sobre as dificuldades vividas pelas famílias, apontando a necessidade de ações do poder público para reforçar o acesso aos direitos sociais básicos. Diferente de quando o programa foi implantado, hoje em dia o trabalho do gestor vai além do monitoramento e registro das informações relativas à frequência escolar e agenda de saúde, avançando no sentido de atuar sobre os problemas identificados,

⁷ Para que essas famílias do PBF atendidas pela assistência social tenham a transferência de renda garantida, ainda que não consigam cumprir as condicionalidades do Programa, é necessário que seu atendimento seja registrado no Módulo de Acompanhamento Familiar do Sistema de condicionalidades - Sicon. O registro nessa ferramenta permite que seja solicitada a interrupção dos efeitos decorrentes do descumprimento, fazendo com que essas famílias não recebam novos efeitos pelo não cumprimento de condicionalidades a partir desse momento. Dessa forma, a utilização do Módulo de Acompanhamento Familiar com a possibilidade de interrupção nos efeitos do descumprimento, devolve ao poder público a responsabilidade pela segurança de renda das famílias. Dito de outra forma, a gestão pública passa a ser responsável pela segurança de renda das famílias em descumprimento de condicionalidades, bem como pela garantia de oferta dos serviços sociais essenciais ao exercício da cidadania.

sejam eles relacionados à oferta dos serviços, à dinâmica sócio-familiar ou a características específicas da localidade ou das famílias em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar o papel do setor saúde no cumprimento do cuidado às famílias de maior vulnerabilidade social incluídas no PBF contribui para o fortalecimento da articulação intersetorial necessária à atenção integral à saúde.

A questão da intersetorialidade, segundo Lavina (2011) se coloca como questão premente na agenda da saúde hoje em função do reconhecimento, após duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de que a ação fragmentada reduz as possibilidades de enfrentamento de problemas complexos como a persistência da pobreza, das desigualdades sociais e das iniquidades de saúde existentes no país.

Considera ainda que a idéia de atuar sobre os determinantes das condições de vida é comum tanto aos objetivos do PBF quanto às proposições dos estudiosos e profissionais da saúde pública, notadamente aqueles vinculados à perspectiva da Promoção da Saúde. Além das condicionalidades do PBF centradas nas áreas da saúde, educação e assistência social as relações entre pobreza, processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde, já largamente tematizadas no campo da saúde, parecem indicar as conexões extensas entre o PBF e a área da saúde.

Em relação ao planejamento das ações pelo Gestor, o CadÚnico pode ser uma importante ferramenta para a implementação e gestão de políticas públicas uma vez que permite a análise da situação de famílias e indivíduos por local de moradia, idade, sexo, cor, situação de escolaridade, ocupacional, etc., facilitando, ainda, a coordenação de distintas políticas públicas no âmbito de uma mesma localidade ou de uma mesma população (RABELO, 2011).

Muitos estudos estão sendo realizados em torno do PBF, dentre os quais gostaria de destacar o estudo realizado pela Rabelo (2011) onde a autora traça o perfil educacional e ocupacional dos beneficiários do programa.

Além disso, considero fundamental que este programa possa ser transformado em uma política de Estado. Por não ser uma política de Estado, mas de Governo, o PBF pode ser cancelado a qualquer momento, desde que não seja

mais visto como prioridade governamental (ZIMMERMANN apud SANTOS 2009). Embora haja críticas nesse sentido, o PBF vem se consolidando como uma política pública e ampliando o acesso das famílias aos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE acessado no dia 29/10/2007 (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=407)

Brasil. Ministério do Desenvolvimento social e Combate à Fome (MDS). **Programa Bolsa Família. Legislação e Instruções**. [acessado 2006 Nov]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/legisla%C3%A7%C3%A3o

BRASIL, Decreto 3877 de 24 de julho de 2001.

_____ Decreto 5749 de 11 de abril de 2006.

_____ Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br>>. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Perfil das Famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família - 2009**. Brasília, 2010a.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania - SENARC. **Cadastro Único**: dados selecionados para Porto Alegre, RS. Brasília, 2010b.

_____ Portaria interministerial nº 2, de 16 de setembro de 2009,

_____ Portaria MS/MDS nº 2509 de 18 de novembro de 2004.

_____ Portaria MEC/MDS nº 3789 de 17 de novembro de 2004.

BF Informa, Programa Bolsa Família, n. 208, maio 2009.

BF Informa, Programa Bolsa Família, n. 203, dez. 2009.

ESTRELLA, Juliana and RIBEIRO, Leandro Molhano. **Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada**. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 625-641. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000300009>. Acesso em 10 de mar de 2012.

MAIOR, Aline Souto. **Percepções de usuários, gestores e representantes de instâncias de controle social sobre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no Município do Rio de Janeiro**. Universidade Federal Fluminense, Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, 2006.

MOSER, Liliane. e Raquel Forchesatto. **O Programa Bolsa Família em Municípios do Oeste de Santa Catarina: problematizando sua implementação e gestão**. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/publications/mds/38M.pdf> . Acesso em 08 de mar de 2012.

MONNERAT et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6. Rio de Janeiro, Abrasco, 2007

RABELO, Maria Mercedes. **O beneficiário do Programa Bolsa Família em Porto Alegre: perfis educacional e ocupacional**. Revista eletrônica da Fundação de Economia e Estatística. *Porto Alegre*, v. 38, n. 3, p. 75-90, 2011. Disponível em <http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/viewFile/2525/2942>. Acesso em 08 de mar de 2012.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos **O Estado e os problemas contemporâneos**. Maria Paula Gomes dos Santos. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

SENNÁ, Mônica de Castro Maia et al. **Programa bolsa família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?** *Rev. katálysis* [online]. 2007, vol.10, n.1, pp. 86-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000100010> .Acesso em 08 de mar de 2012.

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

ANEXO 1 – ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELA SAÚDE

2007/2008



Selo de identificação do beneficiário



Cartaz chamamento para a comunidade



Mapa de Acompanhamento

ANEXO 2 - Em 11 de junho de 2008, às 18h 14min

Bolsa Família na Saúde

MS / SE / DATASUS
Município: PORTO ALEGRE - RS
Todos os Bairros
Emissão: 11/06/2008 - 18:14:49 (1ª Vigência de 2008)

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição

Famílias não vinculadas a Unidade de Saúde (EAS)-Somente Responsáveis

Primeiro: Anterior [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] Próximo: Último

Página - 1

Nome	NIS	Perfil	Data Nascimento	Estado Nutricional	Endereço	Bairro
LUCIANE DA SILVA MELLO	20685622597	Responsável	11/02/1977		HESIDODO ANDRADE 251 LO MORD HIPIC	ABERTA DE MORROS
CATIA SILENE DOS SANTOS	16473180053	Responsável	03/10/1969		A DOIS 341 BECO DO ADELAR	ABERTA DOS MORROS
FATIMA ELLSIANE ALVES	20977146639	Responsável	21/01/1972		A DOIS 355 ALT 138 BC ADEL	ABERTA DOS MORROS
SILVIA TERESINHA PAZ MADRID	16607417281	Responsável	08/12/1971		ADOIS 126 FUNDOS	ABERTA DOS MORROS
VANUSA DE CASTRO MARQUES	12527799746	Responsável	31/08/1974		ADOIS 303 BECO DO ADELAR	ABERTA DOS MORROS
VIVIANE ROSSI SILVA	12686779693	Responsável	12/01/1977		ALBERTO ZOLIN FILHO 181	ABERTA DOS MORROS
MARA REGINA RENAULT DE ARAUJO	12394403920	Responsável	27/12/1960		ANDRE PRIMO BIAZETTO 228	ABERTA DOS MORROS
NOELI FERNANDES DA CONCEICAO	12679293675	Responsável	19/05/1964		AR PIRES DE CASTRO 5400 AP 005	ABERTA DOS MORROS
ANDREZA TEIXEIRA NUNES BORGES	16137068243	Responsável	31/12/1976		BECO DO ADELAR 286 BECO DO ADELAR	ABERTA DOS MORROS
ROSILA ROSSATO ROCHA	12042866689	Responsável	06/02/1962		BECO DOS ROSSATOS 195	ABERTA DOS MORROS
MARCIOLINA BISPO DOS SANTOS ALVES	16045873921	Responsável	27/07/1944		BECO I ESTRADA CRISTIANO KRAEMER 795	ABERTA DOS MORROS
ADRIANA SILVEIRA FORTES	16052927845	Responsável	28/05/1971		BECO I EST CRISTIANO KRAEMER 176 JRD DAS ESTRELA	ABERTA DOS MORROS
MARIA GORETI BERNARDES BARBOSA	16047525063	Responsável	20/02/1960		C 65 VILA N IPIRANGA	ABERTA DOS MORROS
JUREMA BARBOZA FRAGA	16051998536	Responsável	04/10/1955		C UM BECO DO ADELAR 189	ABERTA DOS MORROS
ANAROLINA LUCENA DOS SANTOS	16147703502	Responsável	30/05/1961		CELESTINO BERTOLUCCI 635 CASA 0001	ABERTA DOS MORROS
MARCIA FABIANE ESPINDOLA	20359346388	Responsável	05/06/1986		CHAPEU DO SOL 107 AC1	ABERTA DOS MORROS

Total de Famílias focalizadas : 18114

Sair

Imprimir

**18.114 famílias não vinculadas
58,28%**

ANEXO 3 – ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELO COMITÊ GESTOR INTERSETORIAL

2009



Agenda de Compromissos

Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA
Fundação de Assistência Social e Cidadania - FASC
Secretaria Municipal de Educação - SMED
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

ATENÇÃO
BENEFICIÁRIO DO
BOLSA FAMÍLIA

O seu cadastro deve ser atualizado a cada dois anos. Se a atualização não for feita seu benefício será **BLOQUEADO**.

Além disso, toda mudança de endereço, nascimento de uma criança, morte de uma das pessoas da família, separação do casal, ou outras alterações, deve ser informada no cadastro.

Você deve comparecer no Centro Regional ou Módulo da FASC, mais próximo de sua casa, para fazer as alterações e a atualização. O responsável deve levar toda a documentação de todos os moradores da casa.

Na falta de qualquer documento não será feito o cadastro.

Documentos Necessários:

- Comprovante de Residência
- Atestado de vinculação à Unidade de Saúde (deve ser retirado na Unidade de Saúde mais próxima de sua casa)

CRIANÇAS	ADULTOS
- Certidão de Nascimento	- Carteira de Identidade
- Atestado de Matrícula	- Carteira de Trabalho
- Carteira de Vacinação	- CPF
	- Título de Eleitor

Atualização cadastral

ATENÇÃO
BENEFICIÁRIO DO
BOLSA FAMÍLIA

Mulheres entre 14 e 44 anos e **crianças** menores de 7 anos que recebem o benefício do Bolsa Família, devem ir ao posto de saúde, pelo menos, duas vezes ao ano.

Se isso não for feito o benefício pode ser BLOQUEADO.

Quem ainda não compareceu, deve ir ao seu posto de saúde para acompanhamento.

Crianças: levar Carteira da Criança

Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA
Fundação de Assistência Social e Cidadania - FASC
Secretaria Municipal de Educação - SMED
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

Acompanhamento de saúde

