



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

CLARANY ALVINO LEITE

**ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE O BOLSA FAMÍLIA E O PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB**

**JOÃO PESSOA
2015**

CLARANY ALVINO LEITE

**ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE O BOLSA FAMÍLIA E O PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.
Área de Concentração: Gestão Pública

Orientadora: Prof. MsC. Silene Lima Dourado
Ximenes Santos

JOÃO PESSOA
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L533e Leite, Claryny Alvino
Estratégias de Integração entre o bolsa família e o programa
saúde da família no município de Pedra Branca-PB [manuscrito] /
Claryny Alvino Leite. - 2015.
23 p.

Digitado.
Monografia (Gestão em Saúde EAD) - Universidade Estadual
da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à
Distância, 2015.
"Orientação: Profa. Ma. Silene Lima Dourado Ximenes
Santos, PROEAD".

1.Gestão em saúde . 2.Bolsa Família. 3.Programa de Saúde
da Família I. Título.

21. ed. CDD 351

CLARANY ALVINO LEITE

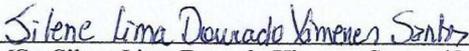
**ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE O BOLSA FAMÍLIA E O PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA**

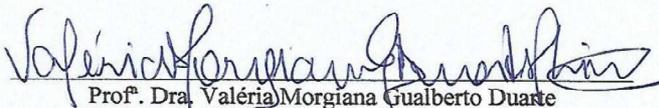
Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.
Área de Concentração: Gestão Pública.

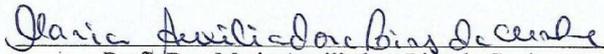
Orientadora: Prof^ª. MSc. Silene Lima Dourado Ximenes Santos

Aprovada em: 28/03/2015.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. MSc. Silene Lima Dourado Ximenes Santos (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^ª. Dra. Valéria Morgiana Gualberto Duarte
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^ª. Dra. Maria Auxiliadora Lins da Cunha
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao meu Pai Claro Alvino da Silva (*in memoriam*), que pela presença, pela palavra ou pela simples lembrança me deu coragem e determinação para traçar um caminho em busca dos meus ideais. A você, o sonho, o abraço, o beijo, o futuro em um universo de esperança.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À Universidade Estadual da Paraíba, pela oportunidade concedida.

À minha orientadora Silene Santos, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

À minha mãe Irany Leite Alvino, pelo eterno orgulho de nossa caminhada e pela força sempre.

Ao meu namorado Renato Ramos, pelo amor, convívio e apoio incondicional.

Aos meus irmãos, pela cumplicidade, ajuda e amizade.

À coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Mônica Simões, pelo apoio e incentivo tornando possível a conclusão desta monografia.

Aos professores do Curso de Especialização da UEPB, que contribuíram ao longo desse tempo, por meio das disciplinas e debates, para a construção do nosso conhecimento.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

À todos que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo perfilar o Município de Pedra Branca, Paraíba, quanto a aplicação e a efetividade dos Programas de Saúde da Família e do Programa Bolsa Família. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental descritiva, realizada em textos acadêmicos – livros, artigos, documentos – e em páginas virtuais governamentais. O município de Pedra Branca possui 3.791 habitantes e 598 são beneficiários do Bolsa Família, conforme dados coletados no Portal da Transparência do Governo Federal. A Pirâmide etária do município denuncia a diminuição da taxa de crescimento de natalidade no município, que conta apenas com duas unidades básicas de Saúde, três médicos, duas enfermeiras, quatro odontólogos e um assistente social. Toda a população do município é coberta pela rede de saúde. Nota-se pelo presente trabalho que o município de Pedra Branca, Paraíba, ainda tem muito a se desenvolver no que diz respeito à renda e saúde dos seus habitantes. As políticas públicas, alvo do presente estudo, foram avaliadas como de excepcional cobertura e de uma grande efetividade na melhoria das condições de vida da população pobre da cidade de Pedra Branca, visto o aumento do poder aquisitivo por parte dos mais carentes e o acesso a um melhor e mais diversificado serviço de saúde.

Palavras-chave: Município de Pedra Branca. Bolsa Família. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Present Work aims to profile the White Stone County, Paraíba, The EA Application effectiveness of the Family Health Program and the Bolsa Família Program. This is a bibliographical research and descriptive documents held IN Academic Texts - Books, ARTICLES, Documents - And Government Virtual Pages. The Municipality of Whitestone has 3,791 inhabitants and 598 beneficiaries are to Bolsa Família, Data As collected in the Transparency Portal of the Federal Government. The age Piramide do denounces municipality lower birth rates of growth rate in the city, who ONLY has two basic units of Health, Three Doctors, Two nurses, for dentists and hum social worker. The entire city of Population And Covered By Health network. Noticeable hair-Present Work That the city of Pedra Branca, Paraíba, still has much to develop at What Is about income and health of its inhabitants. How Public Policy, Study Present Target Were evaluated As exceptional coverage and a great effectiveness in improving living conditions of the poor population of the White Stone City, as the increased purchasing power by more needy AND Access to hum better and more diverse health service.

Key-words: Pedra Branca County. Bolsa Família. Health Family Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Objetivos	04
1.1.1 Geral	04
1.1.2 Específicos	04
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	05
2.1 Programas Sociais	05
2.1.1 Programa Bolsa Família	06
2.1.2 Programa Saúde da Família	07
3 METODOLOGIA	09
3.1 Tipo e Local de Estudo	09
3.2 Coleta de dados	11
3.3 Análise dos resultados	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4.1 Caracterização social do município de Pedra Branca, Paraíba	12
4.2 Caracterização do sistema de Saúde do Município de Pedra Branca, Paraíba	13
4.3 Caracterização das Políticas Públicas e dos Programas Sociais no município de Pedra Branca, Paraíba, com ênfase para o Bolsa Família.	16
5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES	20
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A evolução do conceito de crescimento aproximando-o do conceito de desenvolvimento vem sendo discutido em todo o mundo desde a década de 1960¹, quando se questionou o homem como parte integrante do meio. Neste ínterim, passou-se a discutir a pobreza, sociedade e o meio, como indissociáveis.

Gradativamente as questões relacionadas aos problemas sociais vem ganhando espaço nos debates e embates travados pelos diversos setores sociais. Vale ressaltar que em uma sociedade marcada por intensas desigualdades sociais com destaque para a distribuição de renda de modo heterogêneo, encarar a pobreza significa elaborar programas e políticas sociais que haja a distinção entre aqueles voltados para o alívio e para superação da pobreza (LAMPREIA, 1995).

A pobreza está relacionada com o baixo nível de renda, resultado da distribuição desigual de bens em que os indivíduos não detêm um padrão de vida que atenda às necessidades básicas, como também, à privação de serviços que são comum na sociedade como educação, saúde, nutrição e segurança (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Segundo Godinho (2011), a pobreza está definida em três eixos: a escassez de recursos e renda para satisfazer necessidades em saúde e educação; a insuficiência de poder nas instituições do Estado e na sociedade; e a fragilidade com a exposição a riscos junto à incapacidade de enfrentá-los. Para combatê-la, Lefebvre (1991) defende a realização de investimentos, mudanças e planejamentos, ou seja, uma ação coletiva, e não ações fragmentadas.

O problema da desigualdade é um componente histórico que perfaz a própria dinâmica do sistema de produção capitalista. O capitalismo representa quase sempre uma sociedade desigual, em que os valores individuais são exercidos em nome da suposta igualdade de condições. No caso brasileiro, especificamente, basta citar o contínuo aumento do déficit de moradia digna, do sucateamento dos serviços básicos de saúde e educação e principalmente da violência nos grandes aglomerados urbanos para perceber-se que a dicotomia entre igualdade e liberdade ainda está longe de ser superada (COHN, 2004).

No Brasil, a preocupação pública com o combate à pobreza e a má distribuição de renda foi consolidada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, através de

¹ Este pensamento embrionário culminou na Conferência das Nações Unidas em 1972, em Estocolmo para debater o homem e o meio ambiente humano.

avanços nas políticas sociais, em especial com a inclusão da assistência social como direito do cidadão e dever do Estado. A assistência social vem alertando o Governo Federal para a elaboração de programas de transferência direta de renda às famílias em situações de pobreza e extrema pobreza, como é o caso do Programa Bolsa Família (PBF).

O PBF é uma estratégia determinante para a ampliação, articulação e consolidação da rede de proteção social no Brasil, associada as condicionalidades, direcionando o benefício a famílias vulneráveis que se encontram em situações de carência provenientes do estado de pobreza ou da incapacidade de ter acesso a bens e serviços que possam garantir a reprodução da vida social e familiar (CASTANHA; SILVEIRA, 2014).

O Brasil passou por diversas transformações econômicas, juntamente com uma evolução cultural. Um dos marcos mais importantes da história deste país é promulgação da Constituição de 1988, tida até hoje como um compêndio moderno e bastante completo. Este documento permitiu a efetivação de políticas públicas sociais imediatas com a permanente diminuição da miséria no país. O Programa Bolsa Família, como uma destas políticas, é organizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social ligado aos estados e municípios, onde as prefeituras são responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades que deverão ser cumpridas pelas famílias.

Este programa funciona como eixo integrador junto a Unidade de Saúde da Família, sendo indispensável uma ação conjunta com integralidade entre os setores de saúde, educação e assistência social possibilitando a inclusão social e o acesso aos direitos sociais básicos. Na área da saúde as condicionalidades são atendidas por intermédio do Programa Saúde da Família (PSF).

Estes programas hoje gozam de um status permanente, pois o apelo social e impacto econômico tornaram-nos de caráter obrigatório, independente do tipo de governo que se estabeleça em nosso país, nas eleições vindouras: direita, esquerda, populista, conservacionista, ultra-liberal, dentre outras; estes programas voltados para a renda popular e para uma saúde massificada, não podem ser mudados de forma radical, somente melhorados ou adaptados às novas realidades.

Voltados então, um para a saúde e outro para garantir o mínimo para uma sobrevivência, estes dois programas enraízam-se pelos rincões do Brasil, num processo de descentralização total, visando buscar o maior alcance possível. Esta característica torna os

programas muito abrangentes, mas ao mesmo tempo frágeis aos ataques corruptivos por parte de muitos gestores e políticos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

O presente trabalho tem por objetivo perfilar o Município de Pedra Branca, Paraíba, quanto a aplicação e a efetividade dos Programas de Saúde da Família e do Programa Bolsa Família.

1.1.2 Específicos

- Verificar a evolução do Fundo de Participação do Município de Pedra Branca nos últimos dez anos;
- Comparar o repasse federal para o bolsa família e demais programas;
- Identificar a forma de integração dos programas de saúde e de assistência financeira;
- Avaliar a efetividade dos programas citados no município de Pedra Branca.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Programas Sociais

No Brasil as políticas sociais têm sua gênese ligada ao desenvolvimento industrial e à expansão urbana; surgiram diante da necessidade de gerenciamento das diferenças sociais suscitadas ou expandidas com a intensificação do processo de aglomerações em torno da cidade que intensificou o crescimento da pobreza, o desemprego, a exclusão da classe trabalhadora e a concentração de renda pelos grandes proprietários (DALLAGO, 2007). Nessa perspectiva, Faleiros (1991), argumenta que essas políticas estão relacionadas, em alguns momentos, como mecanismos de continuidade da força de trabalho, em outros, como conquistas dos trabalhadores ou garantia da ampliação da riqueza ou dos direitos do cidadão.

Estas políticas tem se intensificado nas últimas duas décadas como complemento de uma economia equilibrada. Baseado principalmente nos princípios de distribuição de rendas, melhoria de infraestrutura, melhoria na educação e implementação de um sistema de saúde eficaz são as principais bandeiras levantadas pelos governos e advém destas outros programas secundários que se atrelam àqueles, pelas mesmas características de atingir o maior número de pessoas possíveis e de todas as classes.

Os indicadores sociais monitoradas pelo governo através de seus órgãos servem de referência para distribuição, quantificação e realocamento das ações sociais. Sobre os indicadores sociais, Jannuzzi, 2005 afirmou:

O processo de construção de um indicador social, ou melhor, de um sistema de indicadores sociais, para uso no ciclo de políticas públicas inicia-se a partir da explicitação da demanda de interesse programático, tais como a proposição de um programa para ampliação do atendimento à saúde, a redução do déficit habitacional, o aprimoramento do desempenho escolar e a melhoria das condições de vida de uma comunidade. A partir da definição desse objetivo programático, busca-se, então, delinear as dimensões, os componentes ou as ações operacionais vinculadas. Para o acompanhamento dessas ações em termos da eficiência no uso dos recursos, da eficácia no cumprimento de metas e da efetividade dos seus desdobramentos sociais mais abrangentes e perenes, buscam-se dados administrativos (gerados no âmbito dos programas ou em outros cadastros oficiais) e estatísticas públicas (produzidas pelo IBGE e outras instituições), que, reorganizados na forma de taxas, proporções, índices ou mesmo em valores absolutos, transformam-se em indicadores sociais. Os indicadores guardam, pois, relação direta com o objetivo programático original, na forma operacionalizada pelas ações e viabilizada pelos dados administrativos e pelas estatísticas públicas disponíveis.

Estes programas são normatizados e constantemente avaliados. São dinâmicos em sua estrutura e forma de atuação, caracterizando-se pela adequação às realidades de cada região.

2.1.1 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma estratégia criada pelo Governo Federal com gestão descentralizada e compartilhada onde os entes federados promovem melhorias e asseguram aos grupos menos favorecidos da sociedade possibilidades de desenvolvimento humano através da distribuição de renda e da conquista da cidadania diante de situações de vulnerabilidade social. Ele foi formalizado pela medida provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003 e convertido em Lei em 2004; sua última atualização aconteceu em 2014, atendendo famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, caracterizadas pela renda familiar mensal per capita de até R\$ 154,00 e R\$ 77,00, respectivamente (BRASIL, 2014).

A formação operacional do PBF acarreta a diminuição das desigualdades sociais e da pobreza através da transferência de renda associada ao cumprimento das condicionalidades (compromissos das famílias na área de educação e saúde) em que o beneficiário se comprometerá, entre outros, na manutenção das crianças e adolescentes com idade de 6 a 15 anos frequentando o ambiente escolar como também os cuidados em saúde com a manutenção da vacinação atualizada em crianças de 0 a 6 anos e o acompanhamento nutricional, além do pré e pós-natal de gestantes e a participação em atividades educativas (PIRES, 2008).

As famílias beneficiadas pelo PBF são selecionadas pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) que utiliza informações registradas pelos municípios no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Além do cadastramento dos beneficiários, as prefeituras se responsabilizam pela renovação de informações na base de dados do Cadastro Único, pela execução do acompanhamento das condicionalidades que caracterizam o programa e desenvolvem ações estratégicas que promovem melhorias da qualidade de vida dos beneficiários (WEISSHEIMER, 2006).

De acordo com Ferraz (2008), o PBF se articula em dimensões que são fundamentais para superar a pobreza e a fome, a saber: a transferência de renda à família com amenização repentina da pobreza; acesso aos direitos sociais relacionados à saúde e a educação conforme o cumprimento das condicionalidades e atuação de forma coordenada com programas

complementares, possibilitando que os beneficiários possam vencer a situação de vulnerabilidade social.

Para Jaccoud (2013), a integralidade do PBF com as ações de educação, saúde e assistência social atua evitando ou resgatando famílias em situações de vulnerabilidade social e permitindo a efetividade dessas políticas no território nacional. Apesar da essencialidade no cumprimento das condicionalidades, se estas não forem atendidas, o benefício será suspenso ou bloqueado. Magalhães *et al.* (2007), identificaram que as deficiências no controle das condicionalidades em relação a frequência escolar e as ações de saúde surgem diante da desarticulação entre as secretarias associadas ao programa como também a falta de compromisso para garantir os objetivos traçados.

De acordo com Brasil (2014), o PBF beneficia mais de 14, 1 milhões de famílias no Brasil em abril, compreendendo 7.065.473 no Nordeste, destas, 512.691 famílias estão na Paraíba.

2.1.2 Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de atenção básica a saúde formada por uma equipe multidisciplinar em que são desenvolvidas atividades integradas diante da identificação dos problemas e riscos existentes na comunidade, objetivando prestar assistência de forma integral e contínua às famílias por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse programa, formulado em 1994, é definido como uma estratégia de reorganização da atenção primária com capacidade de potencializar as ações de saúde através de políticas públicas diante de situações de pobreza e desigualdades sociais (PASQUIM E SANTOS, 2007).

O PSF, implantado pelo Ministério da saúde, é um instrumento que colabora para o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído pela Constituição Federal de 1988, onde a saúde foi estabelecida como direito de todos e dever do Estado. Seus principais objetivos são: ofertar assistência de modo integral e contínua com resolubilidade quanto às necessidades de saúde da população do território definido; intervir diante da exposição a fatores de risco; humanizar através de vínculo entre os profissionais de saúde e a população; promover parcerias através de práticas de ações inter-setoriais;

influenciar na democratização do conhecimento do processo saúde/doença e na forma de organização dos serviços de saúde; possibilitar que a saúde seja identificada como direito de cidadania e influenciar o controle social pela comunidade (BASSANI *et al.*, 2009).

Na área de abrangência definida para acompanhamento pelo PSF, as equipes de saúde agem na identificação do processo saúde-doença e no reconhecimento de agravos através da análise da saúde local e seus determinantes como também apoiam integralmente as necessidades da população conforme as demandas (BRASIL, 2006).

Neste contexto, percebe-se que o PSF é uma estratégia de saúde em que atua uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as necessidades da população em seu ambiente físico e social no território descrito através do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, promovendo a resolução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e Local de Estudo

O presente trabalho é bibliográfico documental com abordagem descritiva, realizada em textos acadêmicos – livros, artigos, documentos – e em páginas virtuais governamentais. Os trabalhos de revisão são importantes, pois analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do “estado da arte” sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada (NORONHA; FERREIRA, 2000).

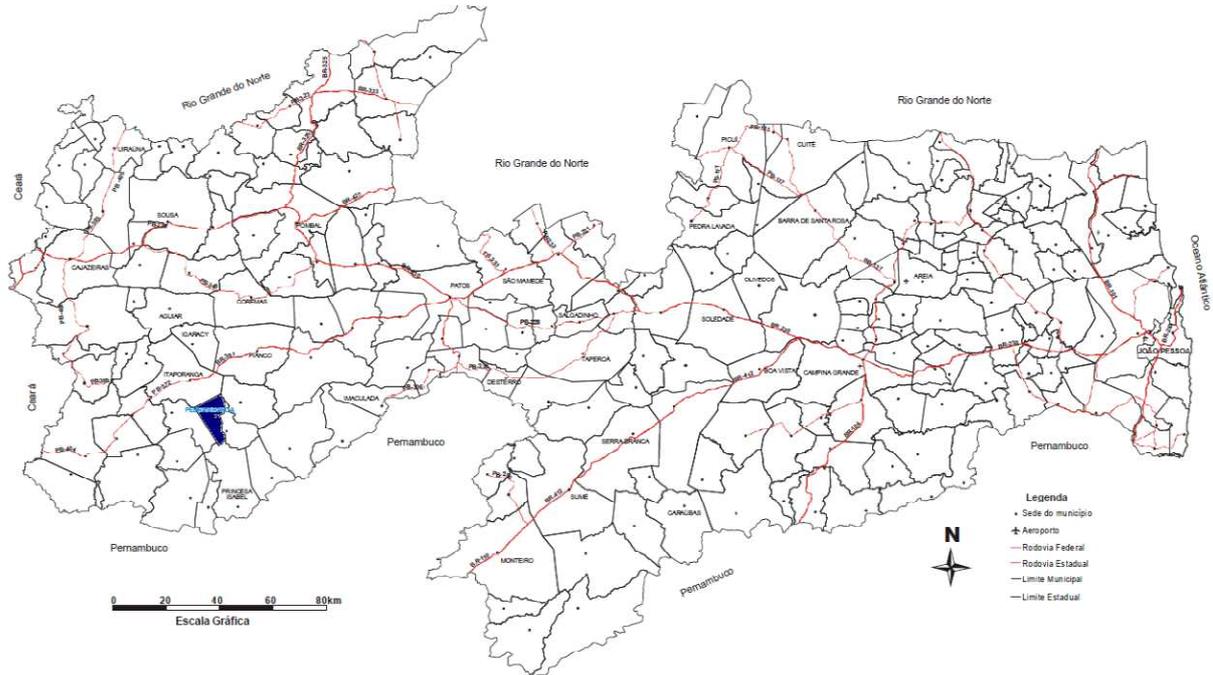
Em suma, trata-se de uma pesquisa de literatura com ênfase em trabalhos qualitativos e quantitativos que favorecem a investigação dos fenômenos na perspectiva da própria pessoa, na sua realidade, no seu contexto, analisando e interpretando dados descritivos, com base na linguagem do analista ou por meio da observação dos fenômenos em estudo.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo que, uma de suas características mais significativas, está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados (GIL, 2009).

Quanto à forma de abordagem, este estudo é considerado como quantitativo que se caracteriza pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas (RICHARDSON *et al.*, 1999). Em contrapartida, também pode ser considerado como qualitativo, uma vez que se faz uso de palavras, em forma de texto, para descrição e análise dos resultados.

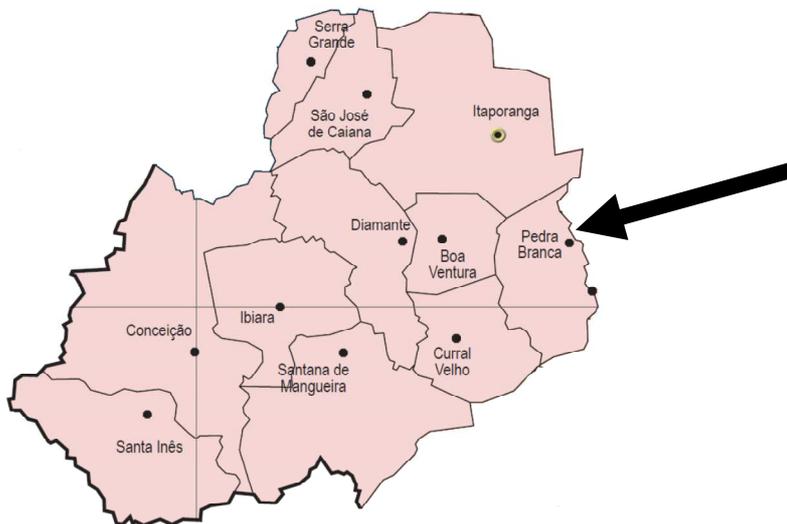
O alvo do estudo é o município de Pedra Branca, Paraíba; que possui 112,933 km² de área com estimativa populacional do ano de 2014 de 3.791 habitantes. Município pobre, localizado em área de semiárido, dentro do polígono das secas com forte dependência agrícola e chuvas irregulares no tempo e no espaço (IBGE, 2015; BRASIL, 2005).

Abaixo podemos ver o mapa rodoviário da Paraíba com destaque para o município de Pedra Branca, evidenciando sua localização.



Fonte: adaptado de BRASIL, 2005.

Pedra Branca localiza-se na mesorregião do Sertão Paraíba, na microrregião de Itaporanga. No recorte de mapa abaixo podemos notar a localização do município em relação aos demais da microrregião.



Fonte: Adaptado de AESA (2000)

A localização do município reforça a necessidade de se compreender os complexos fenômenos sociais ligados às políticas públicas, suas características e implicações; visto que se tem em pauta, um município carente localizado numa região relativamente pobre deste País.

3.2 Coleta de dados

Foi realizada uma extensa pesquisa em páginas governamentais de transparência e do SUS para levantar as informações constantes nesta pesquisa, bem como foi realizada visita às unidades para verificação de informações complementares.

3.3 Análise dos resultados

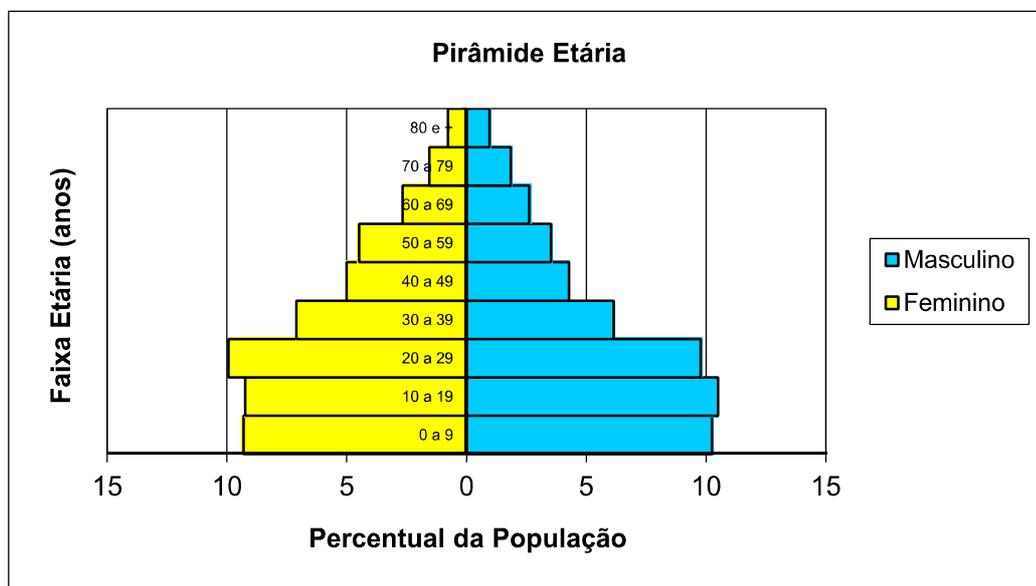
Os resultados foram comparados entre si e com dados de outros autores. Foram organizados em gráficos e tabelas, utilizando a Estatística descritiva conforme Siqueira e Tibúrcio (2011). Foi utilizado ainda o Microsoft Excel para gráficos e a Microsoft Word para as tabelas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização social do município de Pedra Branca, Paraíba

De acordo com o IBGE, 2015, o município de Pedra Branca possui 3.791 habitantes (em 2014). Destes, 598 são beneficiários do Bolsa Família, conforme dados coletados no Portal da Transparência do Governo Federal, o que indica que aproximadamente 15,77 % da população é dependente da ajuda federal às pessoas de baixa renda. Se por um lado estas famílias têm garantido seu sustento mínimo, além da obrigatoriedade das crianças em idade escolar todas matriculadas; por outro indica a situação de miserabilidade encontrada na cidade, visto que mais de 15% da população necessita de ajuda governamental para não passar necessidades.

Na figura abaixo podemos identificar a pirâmide Etária, do ano de 2010, do Município de Pedra Branca, de acordo com o Sistema Único de Saúde.



Fonte: Sistema único de Saúde (<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>)

Pela figura, nota-se a estrutura clássica de cidades “pobres”, o formato de triângulo, com estreitamento da base, indicando diminuição no número de nascimentos nos últimos anos.

4.2 Caracterização do Sistema de Saúde do Município de Pedra Branca, Paraíba

De acordo com dados coletados junto ao site do IBGE – Cidades, a cidade conta apenas com duas unidades de Saúde, que funcionam como postos de Saúde – Unidades Básicas de Saúde. E os profissionais registrados nestes postos são os seguintes:

Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2009						
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab	
Médicos	3	3	-	0,8	0,8	
.. Anestesiata	-	-	-	-	-	
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-	
.. Clínico Geral	1	1	-	0,3	0,3	
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-	
.. Médico de Família	1	1	-	0,3	0,3	
.. Pediatra	-	-	-	-	-	
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-	
.. Radiologista	1	1	-	0,3	0,3	
Cirurgião dentista	4	4	-	1,0	1,0	
Enfermeiro	2	2	-	0,5	0,5	
Fisioterapeuta	-	-	-	-	-	
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-	
Nutricionista	-	-	-	-	-	
Farmacêutico	-	-	-	-	-	
Assistente social	1	1	-	0,3	0,3	
Psicólogo	-	-	-	-	-	
Auxiliar de Enfermagem	-	-	-	-	-	
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-	

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010. **Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.**

Nota-se que o número de estabelecimentos e de profissionais está muito aquém do necessário, visto serem as recomendações nacionais e internacionais muito maiores. Os dados descritos na tabela acima mostra a fragilidade do Programa de cadastramento do Estabelecimentos de Saúde, visto que constam 4 dentistas cadastrados e há apenas 2 no município, bem como nenhum Técnico ou Auxiliar de Enfermagem cadastrado, no entanto existem 4 no município.

Na tabela que segue podemos notar os indicadores de Atenção Básica do município, que de uma forma geral evoluíram, apesar da fragilidade do sistema instalado no município alvo deste estudo.

Indicadores da Atenção Básica

Ano	Modelo de Atenção	População coberta (1)	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família (2)	% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia (2)	% de crianças c/aleit. materno exclusivo (2)	% de cobertura de consultas de pré-natal (2)	Taxa mortalidade infantil por diarreia (3)	Prevalência de desnutrição (4)	Taxa hospitalização por pneumonia (5)	Taxa hospitalização por desidratação (5)
2004	PACS	1.404	37,6	0,11	96,4	68,5	92,5	41,7	9,2	-	6,8
	PSF	2.558	68,4	0,09	96,7	77,6	98,9	-	2,3	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3.962	106,0	0,10	96,5	73,7	95,2	19,6	5,5	-	2,9
2005	PACS	-	-	0,08	96,2	88,9	98,7	-	25,0	-	-
	PSF	4.103	108,8	0,09	98,6	65,6	96,8	-	10,3	8,5	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.103	108,8	0,09	98,2	68,8	97,2	-	12,2	8,5	8,5
2006	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.133	109,2	0,09	98,9	67,8	96,2	-	11,8	2,7	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.133	109,2	0,09	98,9	67,8	96,2	-	11,8	2,7	-
2007	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.082	107,4	0,09	99,5	72,2	97,5	-	11,6	13,0	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.082	107,4	0,09	99,5	72,2	97,5	-	11,6	13,0	-
2008	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.059	105,5	0,08	99,4	65,2	97,8	-	9,7	-	-

Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4,059	105,5	0,08	99,4	65,2	97,8	-	9,7	-
PACS	2.117	54,9	0,09	100,0	72,7	99,0	-	10,4	-
2009 PSF	1.958	50,8	0,08	99,7	64,3	96,7	-	7,2	-
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4,075	105,7	0,08	99,8	66,8	97,5	-	8,4	-
									8,0

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

Percebe-se, pela tabela que toda a população é atendida pelos programas básicos de atenção à saúde, bem como os programas de vacinação e pré-natal são muito abrangentes visto a percentagem da população que atendeu nos anos descritos na tabela acima.

No PSF do Município de Pedra Branca, Paraíba são desenvolvidas diversas ações promovidas pelas unidades de saúde, destacando-se atividades que abrangem a saúde da criança (vacinação, avaliação nutricional), do adolescente (prevenção a DST's, orientações quanto ao uso de preservativos), da mulher (pré-natal, planejamento familiar), do homem (prevenção de câncer de próstata, vacinação contra a gripe, o tétano), do idoso (acompanhamento na Unidade, vacinação), além de visitas domiciliares, educação em saúde promovida na escola, entre outras, conforme informações levantadas junto ao programa.

De uma forma geral o município se encontra dentro do padrões mínimos de assistência à saúde básica, embora os números publicados denunciem que existe um abismo entre o número de profissionais existentes e o recomendado, bem como um déficit de estrutura.

4.3 Caracterização das Políticas Públicas e dos Programas Sociais no município de Pedra Branca, Paraíba, com ênfase para o Bolsa Família.

No município de Pedra Branca, Paraíba existe cerca de 598 beneficiários do programa Bolsa Família. Para participação no programa, segundo informações coletadas no Ministério do Desenvolvimento Social, 2015, é necessário:

Podem fazer parte do Programa Bolsa Família as famílias com renda mensal de até R\$ 140 (cento e quarenta reais) por pessoa devidamente cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico).

A renda da família é calculada a partir da soma do dinheiro que todas as pessoas da casa ganham por mês (como salários e aposentadorias). Esse valor deve ser dividido pelo número de pessoas que vivem na casa, obtendo assim a renda *per capita* da família.

As famílias que possuem renda mensal entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00, só ingressam no Programa se possuírem crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. Já as famílias com renda mensal de até R\$ 70,00 por pessoa, podem participar do Bolsa Família - qualquer que seja a idade dos membros da família. Se a família se encaixa numa das faixas de renda definidas pelo Programa, deve procurar o setor responsável pelo Programa Bolsa Família no município munido de documentos pessoais (título de eleitor ou CPF), para se cadastrar no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).

Os valores pagos pelo Programa Bolsa Família variam de R\$22,00 (vinte e dois reais) a R\$200,00 (duzentos reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos.

O Programa Bolsa Família tem três tipos de benefícios: o Básico, o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente.

O Benefício Básico, de R\$ 68 (sessenta e oito reais), é pago às famílias consideradas extremamente pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 70 (setenta reais) por pessoa (pago às famílias mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens).

O Benefício Variável, de R\$ 22,00 (vinte e dois reais), é pago às famílias pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais).

O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R\$ 33,00 (trinta e três reais), é pago a todas as famílias do Programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais) (MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015).

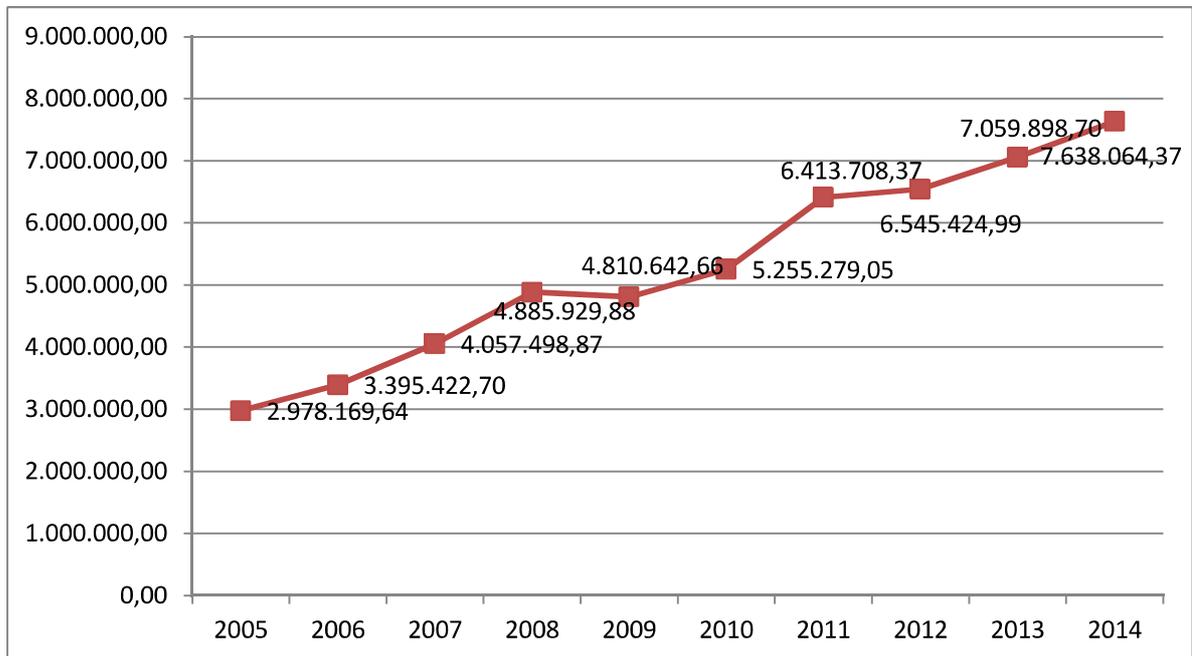
O programa nasceu para erradicar a fome e a miséria do país, mas fica evidente, pelos valores pagos pelo programa, que estes são apenas para manutenção básica da alimentação ou outra despesa mínima que a família tenha, pois estes valores, embora ajudem, não são referência de uma vida digna, quando se leva em consideração os altos padrões de preços das mercadorias e serviços.

Outro fato relevante se diz respeito à crítica realizada por estudiosos e por grande parte da população no sentido de que este benefício nada agrega de valor profissional ou técnico ao beneficiário, pelo contrário, alguns até defendendo que se criou uma geração de preguiçosos, conforme bastante visto em redes sociais e em debates acalorados nas academias.

Uma das características do programa é a forma de efetivação do mesmo que dispensa uma cooperação entre todos os entes federados: cidades, estados e união. Caracteriza-se ainda pela fiscalização, pois além dos órgãos públicos responsáveis pela fiscalização, qualquer pessoa pode acessar os sites governamentais de transparência e verificar o nome dos beneficiários, os valores recebidos, dentre outras informações relevantes para que o programa não se desvirtualize.

Os municípios têm uma participação relevante nos programas federais sociais. Além de selecionarem e organizarem localmente os trabalhos são parceiros da União por força de Lei. Neste ínterim a organização e as finanças do município incidem diretamente sobre o número de beneficiários e na qualidade de vida destes. No gráfico abaixo podemos notar a evolução do Fundo de Participação do Município (FPM) de Pedra Branca, no período dos últimos dez anos.

Evolução do Fundo de Participação do Município de Pedra Branca dos últimos dez anos (2005-2014)

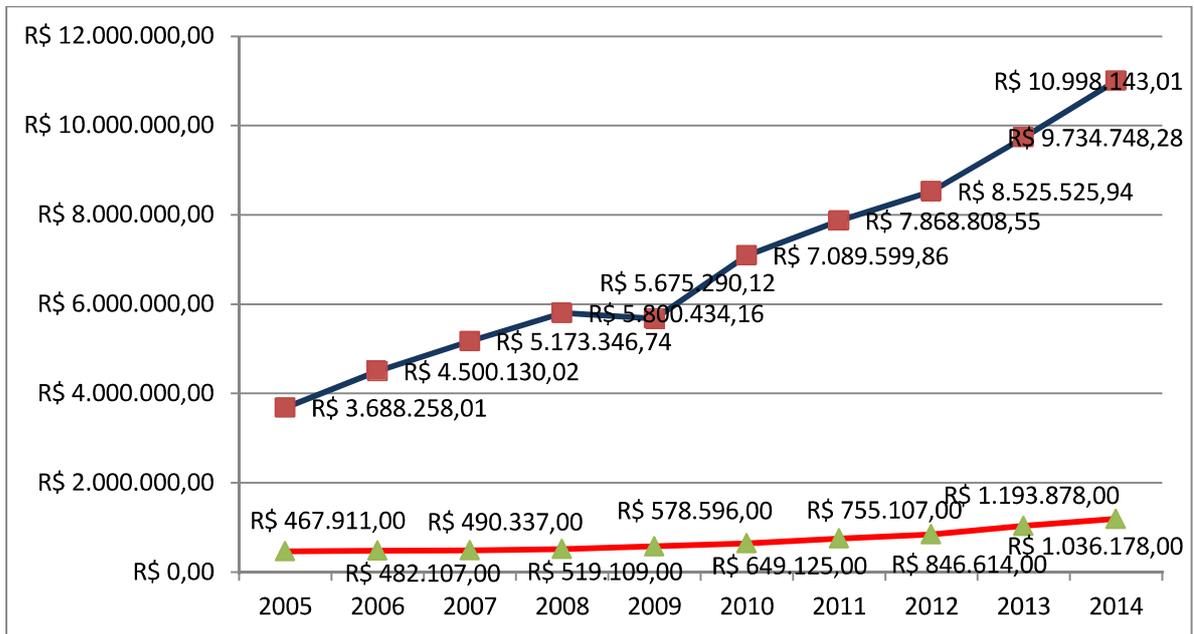


Fonte: próprio autor, com dados do portal Transparência da União

Neste período houve um aumento de 256% do FPM, maior, portanto, que a inflação acumulada para o período. Este número significa que no período indicado os serviços de saúde, educação e infra-estrutura poderiam ter sido muito melhor equipados, fato que destoa com a realidade no município.

Além do FPM diversas outras verbas são repassadas aos municípios. Estas verbas são partes de programas específicos ou de projetos com co-participação. Neste ínterim, o município de Pedra Branca recebeu os valores descritos no gráfico abaixo (linha de cima), já comparados ao montante referente ao Bolsa Família (linha de baixo), no período dos dez últimos anos.

Repases de programas federais, por ano, comparado ao repasse exclusivo para o Bolsa Família



Fonte: próprio autor, com dados do portal Transparência da União

Pelo gráfico nota-se que enquanto os repasses federais para projetos e programas aumentou em 298 %, o acréscimo no repasse do bolsa família foi apenas de 221,5%. Este número pode ter alguns significados, como a defasagem dos valores repassados ou uma diminuição dos beneficiários, por perda das características que a enquadram no perfil do benefício.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

Os programas federais de Saúde e de redistribuição de renda são programas efetivos em sua essência. O programa Federal de Saúde da Família é o programa mais difundido e enraizado de toda a estrutura federal, pois está presente em todas as cidades do Brasil, incluindo a zona rural. Caracteriza-se pela ação direta dos profissionais da Saúde, onde quer que o usuário esteja e obedece às características de cada localidade.

O Programa Federal Bolsa Família é um programa de redistribuição de renda que tem por objetivo acabar com a fome e a miséria no país. Consegue também em pouco tempo difundir-se por todo o País, graças a sua essência de assistencialismo. Uma consequência direta deste programa é a permanência das crianças na escola, pois para ter direito ao benefício os pais são obrigados a manter os filhos na rede escolar.

Políticas Públicas de assistencialismo e de saúde são extremamente importantes em países pobres, pois melhoram as condições gerais da população e dão suporte inicial para o desenvolvimento local e regional da sociedade.

Nota-se, pelos resultados, que grande parte da população de Pedra Branca, se beneficia do programa de distribuição de renda do Governo Federal, Bolsa Família. Programa este que iniciou como uma ação efêmera e se tornou, por força de sua ação e abrangência, uma alavanca política por parte dos gestores. Os repasses federais aumentaram ano após ano, proporcionalmente ao crescimento do Fundo de Participação do Município (FPM), bem como ao número de famílias beneficiadas.

Outro benefício é a permanência das crianças em idade escolar, na escola; uma obrigatoriedade para que a família seja beneficiada pelo programa.

No município de Pedra Branca, apesar de grande incremento no FPM e de verbas federais para programas e projetos específicos, nota-se que não houve um aumento na mesma proporção de melhorias no setor de Saúde do Município no que diz respeito à equipamentos e aumento do números de profissionais de saúde, embora os números levantados sejam considerados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

AESA, Microrregiões do Estado da Paraíba: ATLAS DO PLANO ESTADUAL DE RECURSOS HÍDRICOS DA PARAÍBA. Disponível em: http://www.aesa.pb.gov.br/geoprocessamento/download.php?file=mapas_perh/Microrregioes_do_Estado_da_Paraiba.pdf.

Arminda Lucia Siqueira; Jacqueline Domingues Tibúrcio. Estatística na Área da Saúde: Conceitos, Metodologia, Aplicações e Prática Computacional. Coopmed. 520 p 2011.

BASSANI, G. C.; MORA, J. D.; RIBEIRO, J. P.; BARALHAS, M. **O programa saúde da família como estratégia de atenção primária para o sistema único de saúde**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC25565101883.pdf>>. Acesso: 16 out. 2014.

BRASIL. **PROJETO CADASTRO DE FONTES DE ABASTECIMENTO POR ÁGUA SUBTERRÂNEA. DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA**. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome do Brasil (MDS). Bolsa Família atende a mais de 14,1 milhões de família em abril. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2014/abril/bolsa-familia-atende-a-mais-de-14-1-milhoes-de-familias-em-abril>>. Acesso em: 02 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CASTANHA, V. B.; SILVEIRA, M. D. **O programa bolsa família; a intersetorialidade entre a política de assistência social, e as políticas de saúde e de educação**. Disponível em: <<http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.232032001296753559programabolsafamilia.pdf>>. Acesso: 28 set. 2014.

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **RAE-eletrônica**, v. 1, n. 2, jul -dez. 2002.
COHN, Amélia. O Bolsa Família e a questão social. Revista Teoria e Debate, n. 57, mar./abr., 2004

DALLAGO, C. S. T. **Estado e políticas sociais no Brasil: formas históricas de enfrentamento a pobreza**. São Luís – MA, agosto, 2007. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Universidade Federal Do Maranhão.

FALEIROS, V. P. **O que é política social**. 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991 (Primeiros Passos).

FERRAZ, L. F. **Programa bolsa família impactos na distribuição da renda**. Brasília, 2008, 46 p. Especialização em Orçamento Público – Instituto Serzedello Corrêa.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODINHO, I.C. **Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as políticas sociais**. IPEA, code 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo31.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

JACCOUD, L. Programa Bolsa Família: proteção social e combate à pobreza no Brasil. 0 **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 291-307, jul/set, 2013.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Revista do Serviço Público Brasília* 56 (2): 137-160 Abr/Jun 2005.

LAMPREIA, L. F. Relatório brasileiro sobre desenvolvimento social. **Estudos avançados**, v.9, n.24, 1995.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007.

NORONHA, D. P; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B. S; CONDÓN, B. V; KREMER, J. M. **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PASQUIM, E. M.; SANTOS, L. M. P. Análise de programas de transferência de renda no Brasil sob a ótica e prática de atores federais e estaduais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.52-68. 2007.

PIRES, A. Bolsa Família e políticas públicas universalizantes: o caso de um município paulista. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 134, p.341-366, 2008.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. de S.; WANDERLEY, J. C. V.; CORREIA, L. M.; PERES, M. de H. de M. Métodos quantitativos e qualitativos. In: **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 70-89.

WEISSHEIMER, M. A. **Bolsa Família: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2006.