



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)



PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)

DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)

[MESTRADO PROFISSIONAL]

PATRICK SILVA DA ROSA

**REESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE GESTÃO DOS CONDICIONANTES DE
SAÚDE DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO**

CRICIÚMA

2024

PATRICK SILVA DA ROSA

**REESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE GESTÃO DOS CONDICIONANTES DE
SAÚDE DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Vanessa Iribarrem Avena Miranda

CRICIÚMA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R788r Rosa, Patrick Silva da.
Reestruturação da linha de gestão dos condicionantes de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família da Unidade Básica de Saúde Centro / Patrick Silva da Rosa. - 2024.
64 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2024.
Orientação: Vanessa Iribarrem Avena Miranda.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Promoção da saúde.
3. Programa Bolsa Família (Brasil). 4. Fluxo de trabalho. 5. Saúde holística. 6. Saúde coletiva. I.
Título.

CDD 23. ed. 362.10981

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

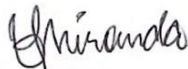
PATRICK SILVA DA ROSA

**REESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE GESTÃO DOS CONDICIONANTES DE
SAÚDE DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA AUXÍLIO BRASIL
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO**

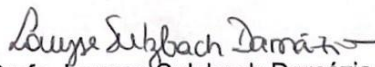
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 14 de junho de 2024


BANCA EXAMINADORA



Profa Vanessa Iribarrem Avena Miranda
Doutora – Orientadora
Presidente



Profa. Louyse Sulzbach Damázio
Doutora UNESC
Membro externo



Prof. Joni Márcio de Farias
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedico ao meu esposo Gian Carlos Marangoni, minhas filhas pet Sarada e Emma e a todos aqueles que diretamente ou indiretamente me desafiaram a ser melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por arriscar sempre mais e por não desistir a cada obstáculo posto. Ao meu esposo Gian e minha família, que sempre me apoiaram e entenderam os momentos de ausência. Agradeço também a todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma e a UNESCO que ajudaram no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a gestão da Unidade Básica de Saúde Centro pela cooperação e empenho colocado. A minha orientadora Profa. Dra. Vanessa Iribarrem Avena Miranda pela paciência, dedicação, companheirismo e incentivo que muito me ajudou. A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Unesc pela contribuição na minha formação. Aos meus colegas da Residência Multiprofissional e superiores, pelo conforto nas horas difíceis e suporte necessário.

*“Metade da humanidade não come; e a outra não
dorme, com medo da que não come”*

Josué de Castro

RESUMO

Introdução: Os programas de transferência de renda iniciados na década de 1990 visam a combater a fome, reduzir a mortalidade infantil, eliminar o trabalho infantil degradante, proteger os adolescentes trabalhadores e garantir serviços de proteção para os grupos mais vulneráveis a exclusão social. Em 2003, através de outros recursos, foi lançado o Programa Bolsa Família (PBF), seguido por várias outras medidas provisórias, leis e decretos. O PBF é um programa de transferência de renda que visa contribuir para a superação da pobreza em três eixos de atuação: alívio imediato da pobreza, por meio da transferência de renda às famílias; ampliação do acesso a serviços públicos nas áreas de saúde, educação e assistência social – por meio das condicionalidades; e coordenação com outras ações e programas do governo. As condicionalidades do PBF são compromissos assumidos pelo poder público e pelas famílias beneficiárias, sendo eles a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (das crianças menores de 7 anos) e de ações de imunização, e de serviços que fazem parte das linhas de cuidado à saúde da mulher e da criança. O acompanhamento do cumprimento das condicionalidades permite o monitoramento dos resultados dos condicionantes e a identificação dos motivos que impeçam o acesso das famílias aos serviços sociais básicos. Objetivo: Propor reestruturar uma linha de gestão para acompanhamento dos condicionantes de saúde das famílias beneficiárias do PBF na Unidade Básica de Saúde Centro. Métodos: Construção de um produto para reestruturar o fluxo de trabalho para a coleta dos condicionantes do PBF. Inicialmente foram avaliadas as necessidades da Unidade Básica de Saúde Centro e proposto um fluxograma que passou pela validação da equipe da Unidade. O público-alvo do produto foram os profissionais da área da saúde que compõem a equipe de atenção básica. Resultados: Foram incluídos novos processos dentro do fluxograma como o acompanhamento mensal dos beneficiários pelas agentes comunitárias de saúde e a realização da busca ativa para avaliação antropométrica presencialmente ou via telefone, e o preenchimento no sistema (e-gestor), pela enfermeira responsável ou por outro designado pela gestão. Após a proposição do novo fluxo, realizou-se uma capacitação envolvendo 26 profissionais da Unidade Básica de Saúde Centro da cidade de Criciúma para assegurar que todos compreendessem e dominassem o processo. Com o desenvolvimento desse fluxograma específico para os beneficiários do PBF da unidade, foi possível ajustar às necessidades locais. A identificação clara dos papéis dos profissionais envolvidos contribuirá significativamente para otimizar a entrega dos serviços de saúde. Isso, por sua vez, garantirá que os beneficiários possam efetivamente usar os recursos recebidos para melhorar suas condições de vida e alcançar a segurança alimentar.

Palavras-chave: Fluxo de Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Promoção da saúde; Saúde Holística.

ABSTRACT

Introduction: Income transfer programs initiated in the 1990s aim to combat hunger, reduce infant mortality, eliminate degrading child labor, protect working adolescents, and ensure protective services for groups most vulnerable to social exclusion. In 2003, through other resources, the Bolsa Família Program (PBF) was launched, followed by several other provisional measures, laws, and decrees. PBF is an income transfer program that aims to contribute to overcoming poverty in three areas of action: immediate poverty alleviation, through income transfer to families; expansion of access to public services in the areas of health, education, and social assistance – through conditionalities; and coordination with other government actions and programs. The conditionalities of the PBF are commitments assumed by the government and beneficiary families, such as prenatal care for pregnant women, monitoring of child growth and development (for children under 7 years old), immunization actions, and services that are part of the lines of health care for women and children. Monitoring compliance with conditionalities allows for monitoring the results of the conditions and identifying the reasons that prevent families from accessing basic social services.

Objective: To propose restructuring a management line for monitoring the health conditions of families receiving PBF benefits at the Centro Basic Health Unit.

Methods: To develop a product to restructure the workflow for collecting PBF conditions. Initially, the needs of the Centro Basic Health Unit were assessed and a flowchart was proposed, which was validated by the Unit's team. The target audience for the product was the health professionals who make up the primary care team.

Results: New processes were included in the flowchart, such as monthly monitoring of beneficiaries by community health agents and active searches for anthropometric assessments in person or by telephone, and filling out the form in the system (e-manager) by the nurse in charge or another person designated by management. After proposing the new flowchart, training was provided to 26 professionals from the Criciúma Basic Health Unit in the city center to ensure that everyone understood and mastered the process. By developing this specific flowchart for the unit's PBF beneficiaries, it was possible to adapt it to local needs. Clearly identifying the roles of the professionals involved will significantly contribute to optimizing the delivery of health services. This, in turn, will ensure that beneficiaries can effectively use the resources received to improve their living conditions and achieve food security.

Key words: Workflow; Primary Health Care; Health Promotion; Holistic Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha do tempo dos programas de alimentação e nutrição no Brasil (1940 – 2023)	25
Figura 2 - Reunião com as agentes comunitárias	45
Figura 3 - Reunião com as agentes comunitárias	46
Figura 4 - Reunião com as agentes comunitárias	46
Figura 5 - Fluxograma PBF	48
Figura 6 - Capacitação com os profissionais.....	51
Figura 7 - Capacitação com os profissionais.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Condicionalidades do PBF nas áreas de saúde, educação e assistência social	32
Quadro 2 - Oferta de ações a todas as gestantes e crianças menores de 7 anos de idade contempladas com o benefício.	35

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Fluxograma da rede da PMC	64
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Dr ^a	Doutora
EAP	Equipes de Atenção Primária
EC	Emenda Condicional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto interno bruto
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNLCC	Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
PPGSCol	Programa de pós-graduação em saúde coletiva
Prof ^a	Professora
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PTR	Programas de transferência de renda
PTRC	Programas de Transferência de Renda Condicionada
PTRD	Programas de Transferência de Renda Direta
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SC	Santa Catarina
SIAVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA	19
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1 PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	22
3.2 HISTÓRICO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	26
3.3 AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE E O CICLO DA POBREZA	30
3.4 O PAPEL DA APS NO PBF.....	33
4 MÉTODOS	36
4.1 TIPO DE PRODUTO	36
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	36
4.3 PÚBLICO-ALVO.....	38
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	38
4.4.1 Etapa 1: Levantamento das necessidades da UBS-Centro	38
4.4.2 Etapa 2: Recursos necessários para estruturação/elaboração do produto 38	
4.4.3 Etapa 3: Desenvolvimento das atividades / Elaboração da proposta de produto.....	39
4.4.4 Etapa 4: Monitoramento ou Avaliação das ações	40
4.5 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO À SAÚDE COLETIVA	40
4.5.1 Aderência do produto a linha de pesquisa	40
4.5.2 Capacidade de aplicabilidade do produto.....	40
4.5.3 Característica de inovação do produto	41
4.5.4 Potencial de impacto do produto.....	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
8 RESULTADOS	43
8.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....	43
8.2 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO.....	52

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXO A – FLUXOGRAMA DA REDE DA PMC	64

1 INTRODUÇÃO

As políticas sociais no Brasil e demais investimentos são dependentes da comunicação entre os poderes União, Estados e Municípios, de forma descentralizada. Os entes federados dedicam-se em conjunto para melhorar, amplificar e fiscalizar a execução, logo a economia de cada esfera aponta quais serão os investimentos para os programas de distribuição de renda, e quais serão as ampliações que serão feitas nas políticas públicas (Brasil; Secretaria de estado de assistência social e dos direitos humanos, 2024; Machado de oliveira *et al.*, 2016).

A partir da Constituição Federal de 88 (CF/88) e com ela a democratização do Brasil, se deu início a uma remodelação do sistema de proteção social no país (Castro; Modesto, 2010). Que contava com a renovação do corpo social e com a participação de novos integrantes na luta pelos direitos a universalidade e igualdade, a fim de reafirmar os preceitos do poder descentralizado e maior controle social (Monnerat, 2009).

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) são políticas públicas, que fazem parte da rede de proteção social, tendo como princípio atenuar os índices de pobreza em um período curto, através de oferta de estratégias para a prevenção e agravos de casos atendem o conjunto da população em situação de vulnerabilidade, incluindo pessoas inseridas no Cadastro Único, a miséria a fome e o enfrentamento a pobreza (Shei *et al.*, 2014).

Os primeiros indícios dos PTRC no Brasil, aconteceram no início dos anos 90. Porém só ganhou mais abrangência logo após o ano de 2001, com a criação dos programas: Bolsa Escola (Lei Nº 10.219, de 2001), Bolsa alimentação (Lei Nº10.836 de 2004), Auxílio Gás/Vale gás (Decreto Nº 4.102, de 2002) e Cartão Alimentação/ Auxílio Alimentação (Decreto Nº3.887, de 2001). Tais programas tiveram um enfoque maior no combate a extrema pobreza, no entanto, para se tornar beneficiário, era necessário cumprir algumas condições, dentre delas, o calendário vacinal em dia e/ou estar frequentando a escola durante um período mínimo (Brasil, 2008).

Concebido no mês de outubro de 2003, através da MP nº132/2003, o PBF foi ratificado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e logo normalizado pelo Decreto nº 5.209, de setembro de 2004. Um ato político que permitiu ter garantia aos

benefícios financeiros sem precisar pagar para usufruir deles, a fim de garantir condições de vida a milhares de famílias que estavam em estado de miséria (Martins *et al.*, 2013).

O PBF possui três pilares principais: a transferência de renda direta as famílias, as condicionalidades e os programas complementares. A transferência direta de renda tem como objetivo possibilitar alívio imediato da pobreza. As condicionalidades têm como propósito reforçar os direitos à saúde e à educação e, dessa forma, auxiliam a quebrar o ciclo intergeracional da pobreza. Já as ações e programas complementares visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade, proporcionando a melhoria na condição de vida (Brasil, 2022a).

De acordo com as notas oficiais do PBF se prioriza oferta de serviços como: realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (das crianças menores de 7 anos) e de ações de imunização, e de serviços que fazem parte das linhas de cuidado à saúde da mulher e da criança na atenção primária à saúde (APS) (De Jesus damião *et al.*, 2021a; Melo *et al.*, 2018).

Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde representa o exercício de um dos princípios SUS, o da equidade, pela defesa do acesso aos serviços pelas pessoas em situação de vulnerabilidade social (Ministério da saúde; secretaria de atenção à saúde; departamento de atenção básica, 2015).

A realização do acompanhamento das condicionalidades do PBF foi concordada no Pacto pela Vida realizado em 2006, estando responsáveis pelo período de acompanhamento ou vigência (total de meses que compreende o início e o término de cada ciclo de acompanhamento das condicionalidades) às equipes da atenção primária a saúde, fazendo-se necessário a realização da busca ativa dos beneficiários em vulnerabilidade social, de forma a garantir o acesso a unidade básica de saúde e o acompanhamento das condicionalidades preconizadas (Brasil, 2006; Melo *et al.*, 2018).

Nesse sentido, considerando um programa de abrangência nacional, com gestão descentralizada, torna-se essencial o fortalecimento da gestão das

condicionalidades de saúde no âmbito local, buscando com esse trabalho fortalecer e direcionar os atores envolvidos no PBF na Unidade Básica de Saúde Centro.

1.1 JUSTIFICATIVA

No Brasil, nos anos de 2019 a 2021 9,6 milhões de indivíduos passaram a viver em estado de pobreza, e segundo a mesma pesquisa, o número de pessoas que passaram a viver no estado de extrema pobreza em comparação com o ano anterior foi de 48,2%, logo, 5,8 milhões de pessoas estão vivendo com renda mensal per capita de no máximo R\$ 168 por mês (Soares, 2022; Neri, 2022).

O PBF, criado pelo governo federal, visa garantir renda básica para as famílias em situação de pobreza. Além disso, busca integrar políticas públicas, fortalecendo o acesso das famílias a direitos básicos como saúde, educação e assistência social. O repasse de renda aos indivíduos que atendam aos critérios de elegibilidade também deve atender às condicionalidades: realização do pré-natal das gestantes, calendário nacional de vacinação em dia, acompanhamento do estado nutricional e frequência escolar mínima, e estes devem ser acompanhados pela gestão municipal.

Cabe salientar, que as condicionalidades são compromissos assumidos pelo poder público e pelas famílias beneficiárias, com objetivo de elevar a efetivação de direitos básicos de saúde, educação e assistência social, pois parte-se do pressuposto que as famílias que não acessam esses serviços básicos, estão em situação de maior fragilidade.

O Ministério da Saúde (MS) propõe um fluxograma para acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários pelo PBF, no entanto, no município de Criciúma a Secretaria de Vigilância alimentar elaborou uma proposta de fluxo (anexo 1), para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas algumas acabam por não aderir por completo o fluxo de trabalho proposto, por alguns motivos, entre eles: alta rotatividade de funcionários nas UBS, falta de compreensão do processo de trabalho, falta de entendimento dos atores responsáveis por cada etapa, alta carga de trabalho. Possibilitando assim que cada município realize o acompanhamento da sua melhor

forma remetendo assim o conceito de descentralização de comando, viabilizando que cada município construa um fluxo mais realístico possível, para a sua realidade.

Em Criciúma APS é composta por 45 Unidades Básicas de Saúde, atualmente divididas em seis distritos sanitários: Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista, Centro, Quarta Linha e Próspera. Contando com 50 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP). Nesse panorama o distrito do centro hoje é formado pelas seguintes UBS: UBS Centro, UBS Operária Nova, UBS Milanese, UBS Mina do Mato, UBS Maria Céu, UBS Mina do Toco, UBS Santa Bárbara, UBS São Luiz, UBS São Simão.

Dentre elas, destaca-se a UBS Centro, que hoje está sob gerência da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), estruturada com 2 equipes de saúde, sendo 73 profissionais, 18 profissionais residentes dos programas de Saúde Coletiva e Atenção Básica e Saúde da Família. Atendendo uma média de 18 mil usuários cadastrados na UBS, ofertando os mais variados serviços a fim de atender a todas as faixas etárias e necessidades específicas de atenção. O PBF é um desses serviços prestados, no entanto, não fica explícito no fluxo de trabalho quem são os profissionais responsáveis pelas coletas dos dados dos beneficiários e as funções de cada um, gerando sobrecarga de alguns servidores e o desconhecimento de alguma função que deveria ser encarregada a outro profissional.

Portanto, tendo conhecimento dessa importante política pública para as famílias beneficiárias, que através da transferência de renda auxiliam no âmbito social, educacional, de promoção da saúde, alimentação e renda, será elencada a criação do presente produto, que consiste na reorganização do fluxo de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na UBS-Centro de Criciúma, que terá impacto no processo de trabalho do serviço, como para as famílias beneficiárias, pois somente com o mapeamento dos condicionantes de saúde dos beneficiários é que será possível identificar possíveis problemas precocemente (pré natal, indicadores nutricional, vacinação).

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Levando em consideração que as equipes de saúde da UBS Centro apresentam dificuldades devido ao grande número de famílias beneficiárias, o número reduzido de agentes comunitárias de saúde, a dificuldade de se conectar com o princípio do programa e o impacto que ele gera, e por fim em seguir o fluxo de coleta dos condicionantes de saúde do PBF do município, surge nossa pergunta norteadora para reestruturação do produto: Como melhorar o processo de trabalho do fluxo de coleta de dados das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF na UBS Centro no município de Criciúma/SC?

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

O produto objetiva detalhar os agentes principais de cada etapa do processo de coleta e com isso auxiliar o fluxo de coleta das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF na UBS Centro no município de Criciúma/SC.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Reestruturar o fluxo de acompanhamento dos condicionantes de saúde das famílias beneficiárias do PBF na UBS Centro no município de Criciúma – SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar as potencialidades, fragilidades e limitações do fluxo de acompanhamento dos condicionantes de saúde na UBS Centro;

Propor a reestruturação do fluxo de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF na UBS Centro;

Validação do fluxo de acompanhamento dos condicionantes de saúde das famílias beneficiárias do PBF na UBS Centro;

Implantação do fluxo de acompanhamento dos condicionantes de saúde das famílias beneficiárias do PBF na UBS Centro.

3 SUSTENTAÇÃO TÉORICA

3.1 PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

De acordo com (De Vasconcelos, 2005a) a fome é algo que faz parte da história do Brasil, tendo início desde a época do período colonial. Porém podemos verificar que os primeiros estudos que correlacionam a alimentação e as deficiências nutricionais severas só se iniciaram a partir do século XIX.

Mas primeiro se faz necessário a elucidação das diferenças entre os termos fome absoluta e fome oculta. O primeiro termo é referente a não possuir acesso ao alimento, privação ao alimento de forma contínua, que surge através da mudança do terreno durante um longo período, mudanças climáticas e guerras, como por exemplo no final da II Guerra Mundial. Por outro lado, a fome oculta é considerada a diminuição constante de consumo de alimentos e/ou nutrientes na alimentação cotidiana, que se apresenta mais em grupos vulneráveis que morrem lentamente, mesmo se alimentando todos os dias (Estanislau, 2023; Frutuoso; Viana, 2021).

Antigamente, a fome era interpretada como uma polêmica, e não como um acontecimento. Mas não eram as notícias, a escassez nos abastecimentos ou os preços dos alimentos que fizeram esse assunto ser pauta para discussão. O que fez com que a fome viesse à luz e tivesse a atenção pública, foi o debate entre pensadores sobre a relação da pobreza, a fome e alimentação no final do século XIX. Portanto, a fome não surgiu no século XX, apenas não havia se tornado objeto de reflexão e pauta política antes de 1930 e 1940 e nem hora pensada como uma causa social e coletiva (Leme, 2021). Dentre os maiores pensadores sobre a fome no Brasil, Josué Apolônio de Castro destaca que ela (fome), não era algo natural, mas sim um fenômeno social. Portanto, para mudar esse cenário, era preciso acontecer mudanças sociais e coletivas (De Vasconcelos, 2005b; Haack *et al.*, 2018).

Tal descoberta foi utilizada para construir a política salarial de 1936, pois se idealizava que o salário-mínimo conseguiria assegurar nutrição mínima, com valores nutricionais necessários para o trabalhador formal (Castro, 1984).

Durante o período de 1937 a 1945, ocorreram diversas mudanças no Brasil, entre elas econômicas, sociais e políticas no país. Com isso, evidenciou-se a fome,

através dos estudos da época e com o desenvolvimento da Nutrição no Brasil, como por exemplo incentivar a alimentação saudável a classe trabalhadora, primeiramente com a criação do salário mínimo (Decreto Lei nº 399/38), na sequência através do Decreto-Lei n. 2.478/40, foi implementada no Governo de Getúlio Vargas com a criação do Serviço de Alimentação e Previdência Social – SAPS, criação da profissão Nutricionista (cursos de formação de nutricionista) e de instituição da política social de alimentação e nutrição (Brasil, 1938, 1940; De Vasconcelos, 2005a; Peixinho, 2013).

Com a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), tendo em vista que o Estado iria intervir nas relações das empresas e colaboradores, para facilitar o acesso à alimentação, e a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), cria o Plano Nacional de Alimentação, um modelo do que seria o planejamento nutricional brasileiro, o público alvo era o materno-infantil e na sequência, os estudantes e trabalhadores, ambos projetos insurgem da necessidade emergencial de políticas públicas voltadas a alimentação e a redução da fome (De Vasconcelos, 2005; Lemos; Moreira, 2013).

No ano de 1972, o CNA foi modificado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) surge então com o objetivo de promover, supervisionar e fiscalizar sua implementação em todo o território, além de avaliar periodicamente os respectivos resultados gerados das pesquisas feitas. De acordo com o resultado gerado do II PRONAN conduziram à consolidação de algumas estrutura programáticas que entraram em ação, Programa de Nutrição em Saúde (PNS); Programa de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB); Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materna; o Programa de Combate às Carências Específicas, incluindo a prevenção e tratamento do bócio endêmico, da hipovitaminose A, da anemia ferropriva e da cárie dental; O Programa de Alimentação do Trabalhador foi criado em 1976, projeto amarrado ao Ministério do Trabalho e Emprego, que visava dar acesso à alimentação aos trabalhadores que possuíam carteira assinada através de incentivos fiscais ao empregador (De Arruda; De Arruda, 2007; Veloso; Santana; Oliveira, 2007).

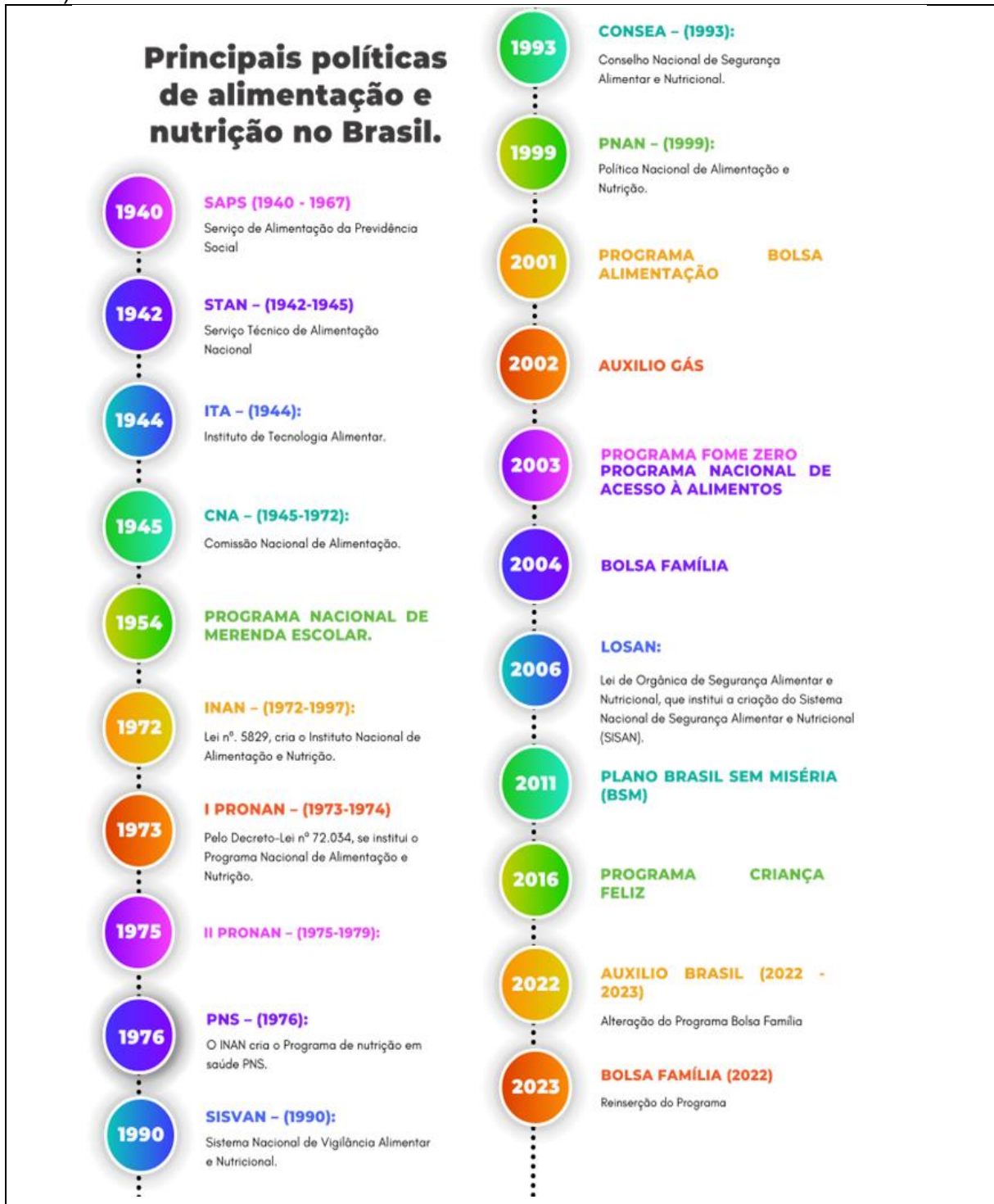
Já no ano de 1980, o Ministério da Saúde institucionalizou os programas: Programas de Prevenção e Combate a Carências Nutricionais Específicas, Programa

Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), Programa de Suplementação Alimentar (PSA). Em 1986 teve o Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC) que objetivava ofertar 1 litro de leite por dia às famílias que tinham no seu núcleo familiar crianças até sete anos de idade e renda de até dois salários-mínimos (Lemos; Moreira, 2013).

Com a criação da Lei nº8.080 de 1990 (lei orgânica do SUS), houve a proposta para a implementação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional, de cobertura nacional, com isso ocorreu a criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que visa unificar as informações referente ao estado alimentar e nutricional da população que é atendida pelo SUS. Essas informações serviram para auxiliar caracterizar o perfil epidemiológico e nutricional da população, e de base para a criação e aplicação de ações realizadas na ponta (na UBS), e que, tempo depois foi incluído como um pré-requisito para os programas de transferência de renda do governo (Coutinho *et al.*, 2009; Damé *et al.*, 2011).

No ano de 1999, através da Portaria de nº 710 foi institucionalizado a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que pactua a extinção da fome e seus outros vetores como a falta de alimentos e a miséria, evitando a desnutrição infantil e da gestante, e na população já adulta evitando o sobrepeso e obesidade. Os objetivos da política eram: garantir a qualidade da comida das famílias, assegurar a promoção de práticas alimentares saudáveis além de deter e conter os diversos desordens nutricionais em contrapartida incentivar a comunicação entre os setores do governo com o propósito de facilitar o acesso universal aos alimentos (Lemos; Moreira, 2013).

Figura 1 - Linha do tempo dos programas de alimentação e nutrição no Brasil (1940 – 2023)



Fonte: Releitura do autor¹.

¹ Releitura feita a partir do artigo “Políticas e programas de nutrição no Brasil da década de 30 até 2018: uma revisão da literatura” (2018).

Nos anos que se seguiram (2000), os PTRD detinham da estratégia de dar suporte à população mais necessitada através dos programas como Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, surge o destinado a crianças menores de seis anos, gestantes e nutrizes de baixa renda. Na sequência, surge o Projeto Fome Zero, como foco na Segurança Alimentar e Nutricional da população mais vulnerável (Haack *et al.*, 2018).

Na figura 1 apresenta um resumo das principais políticas de alimentação e nutrição criadas no Brasil logo após os anos de 1930 até os dias atuais.

Aqui no Brasil, apenas no ano de 2010 que a alimentação começou a compor as pautas dos direitos fundamentais, quando foi inserida no artigo 6º da Constituição Federal. Logo o Direito Humano à Alimentação Adequada tem, consigo, duas importâncias: a de estar livre da fome e a do acesso a uma alimentação adequada (Brasil, 2015; Freitas; Araújo Neto; D'avila, 2024).

3.2 HISTÓRICO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

No Brasil, os programas de transferência de renda (PTR) se iniciaram nos anos 90 em alguns municípios. Apenas em 2001 ocorreu a criação dos primeiros programas de âmbito nacional: o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - "Bolsa Escola" (Lei nº 10.219/ 2001) e o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde: "Bolsa Alimentação" (Medida Provisória nº 2.206-1/2001). Para além, vale ressaltar que tivemos também a implementação do Auxílio Gás (Medida Provisória nº 18/ 2001) e o Bolsa Renda (Lei nº 10.458/ 2002) (Santos; Pasquim; dos Santos, 2011). Tais programas funcionavam de forma singular. O programa Bolsa Escola, buscava transferir recursos, a fim de manter as crianças no colégio (UNDIME, 2003). O Bolsa Alimentação, através do recurso, tinha como objetivo evitar gastos com saúde partindo do princípio, que ao se combater a desnutrição, conseguia evitar o aumento de doenças oportunistas que se instalavam devido ao quando de fome (Brasil, 2002).

Em 2003, instituído pela Medida Provisória nº 132/2003, e logo ratificado pela lei nº 10.836/2004, e depois regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004, se lançou o Programa Bolsa Família (PBF), que veio da união dos programas Bolsa Escola, Cartão Alimentação, Auxílio-Gás e Bolsa Alimentação. Essa unificação

possibilitou velocidade na liberação de dinheiro e controle dos recursos, além de diminuir a burocracia (Brasil, 2022).

O PBF é um programa de transferência de renda direta, com o objetivo de auxiliar uma classe específica de pessoas que vivem em estado de pobreza (renda mensal per capita de R\$ 60,00 a R\$ 120,00) e extrema pobreza (renda mensal per capita de até R\$ 60,00). Esse programa visa estabelecer vínculo entre outros serviços sociais que são essenciais, como a saúde, alimentação, a área da educação e assistência social. Os objetivos do PBF são focados em erradicar a miséria e a repressão social, além de promover a independência financeira das famílias mais carentes (Weissheimer, 2006).

O PBF realiza a transferência de renda a famílias mais pobres e/ou que vivem em extrema pobreza, e que tenham em sua composição crianças, jovens de até 18 anos de idade, gestantes ou mulheres que estejam amamentando. O programa conta ainda com algumas condicionalidades de saúde, como a criação de hábitos preventivos de saúde, consultas médicas, vacinação e rastreamento antropométrico. Para além, a criança/adolescente deve possuir frequência escolar mínima de 85% no ano letivo do ensino fundamental e para o ensino médio uma frequência mínima de 75% (Schmidt *et al.*, 2017).

Para ser beneficiário é necessário:

Para receber a bolsa, que normalmente é outorgada em nome da mãe da família, é necessário fazer a inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), que é gerenciado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A inscrição é feita em postos de atendimento do município de residência, mas a participação no programa é decidida em nível federal, de acordo com critérios específicos e disponibilidade do sistema. Tendo o pedido aprovado, a titular do benefício recebe um cartão bancário com o qual consegue retirar o benefício mensalmente, em caixas eletrônicos. O benefício é composto de um valor fixo e de outro que é variável conforme a composição familiar (crianças, adolescentes, gestante ou nutriz) (Camelo; Tavares; Saiani, 2009).

Ao analisar o histórico de beneficiários do PBF, nota-se que no ano de 2004 mais de 6,6 bilhões de famílias foram beneficiadas, sendo transferido 3,8 bilhões de reais para estes lares. Entre 2003 e 2006, alcançou a marca de 11 milhões de famílias. Como meta para 2009, foi estipulado o objetivo de 13 milhões de famílias beneficiárias, e apesar disso, em 2010 atingiu 12,8 milhões de famílias e no ano que

se seguiu 13,8 milhões de beneficiários, sendo repassado mais de 14 bilhões de pessoas no ano de 2014, equivalente a 1/5 da população brasileira. Atualmente 20,8 milhões de famílias são beneficiárias, contando com um investimento de R\$ 14,1 bilhões e um valor médio que chega a R\$ 682,56. (Brasil, 2024; Ferreira De Souza *et al.*, 2019; Neves *et al.*, 2020).

Entre 2011 e 2014, durante o primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff, teve-se a preocupação de aumentar a abrangência e o valor a ser repassado para as famílias. Porém, com a crise econômica que assolava o Brasil no ano de 2016, foram instituídas medidas de proteção de gastos, com ela a Emenda Constitucional 95 (EC 95), que limitava/paralisava os gastos financeiros em áreas dos investimentos públicos em infraestrutura, nas áreas da saúde e educação durante as próximas duas décadas. Durante os anos de 2015 a 2018, conseguiu se observar uma redução no número das famílias beneficiárias, quando comparado ao ano de 2014. Em contrapartida, o valor que estava sendo repassado continuava a aumentar (Neves *et al.*, 2020; Sergio *et al.*, 2017).

Quando comparamos o cenário de pobreza e extrema pobreza antes e depois da criação do PBF, a redução das pessoas que viviam nesses cenários é algo entre 1 p.p. (ponto percentual) e 1,5 p.p. o que significa a redução em torno de 15% e 25% da população pobre e extremamente pobre, respectivamente. No ano de 2017, mais de 3,4 milhões de pessoas saíram do cenário de pobreza extrema e 3,2 milhões da pobreza (De Souza *et al.*, 2019).

Em 2016 houve o processo de *impeachment* da atual presidente Dilma Rousseff. No dia que se precedeu, Michel Miguel Elias Temer Lulia (Michel Temer), (seu vice) assumiu o cargo (Guerra; Chaia, 2021).

Já em 2018, ano de eleições, o até então candidato Jair Bolsonaro, foi eleito o novo presidente da república, com 55% dos votos (“Presidente do TSE confirma eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República”, 2018). No começo do ano de 2020, observou-se um aumento de reportagens a respeito de um novo vírus, da família do coronavírus, mas até o momento sem nenhuma informação sobre a gravidade. No dia 11 de março, a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou situação de pandemia mundial devido ao aumento exponencial de casos pelo mundo (Calil, 2021).

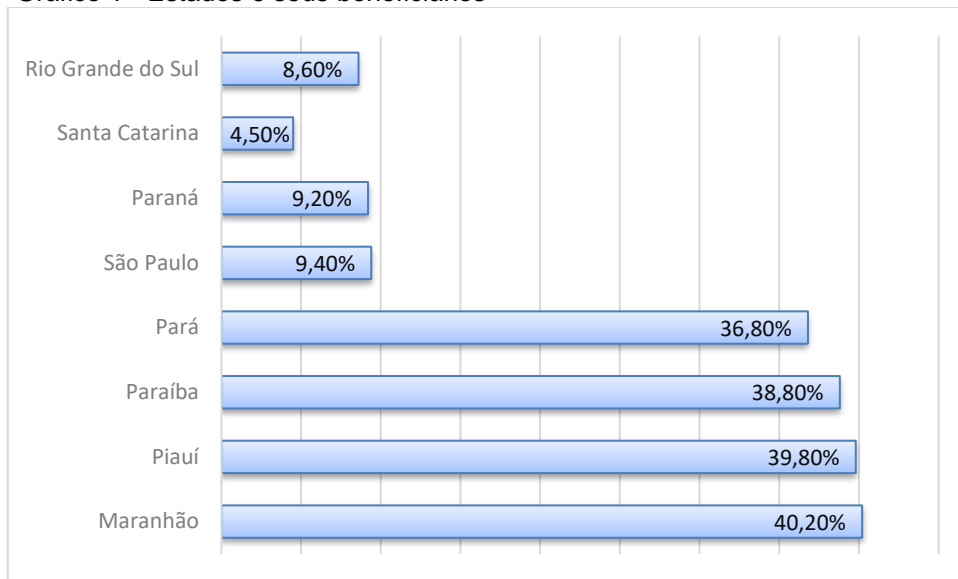
Com as medidas de proteção impostas, como o distanciamento e o isolamento social, os pobres e mais vulneráveis do Brasil foram mais afetados pelas consequências econômicas negativas da pandemia e com isso, a necessidade de novos modelos de benefícios de caráter emergenciais, configurando na extinção desses programas e a criação do Auxílio Brasil (Silva, 2022a).

O Auxílio Brasil é regulamentado pelo Decreto nº 10.852/21, que delibera os objetivos, o público-alvo, condições de atendimentos e os benefícios, e a MP nº 1.061/21 institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil (Brasil, 2021a, 2021b; Silva, 2022b). De acordo com os dados da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) do Ministério da Cidadania, mais de 5,7 milhões de famílias vieram a se beneficiar do PTRD até o mês de maio do ano de 2022 (Alencar De Figueiredo, 2022). O Programa Auxílio Brasil possui uma divisão de dois blocos, no primeiro existe um aglomerado de benefícios para a transferência do recurso, então denominados “Benefícios financeiros”. E no outro bloco se encontraram formas de incrementar “estímulos ao empenho individual e à autonomia de produção”. Para além, a mesma MP sugeriu a geração do programa Alimenta Brasil, que possuiu como objetivo, a distribuição de alimentos a pessoas de baixa renda (arts. 30 a 41) (Botelho; Veloso; Mendes, 2021).

No final do ano de 2022, através de novas eleições presidenciais, e com mudança novamente no cenário político se fez eleito o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que através de medidas provisórias extinguiu o Programa Auxílio Brasil e reinstalou o PBF (MP 1.164/2023) em um novo formato, com atualizações referentes ao valor que é repassado e a renda da família per capita de R\$ 218,00 (Presidência da República, 2023).

Atualmente as regiões que mais possuem beneficiários do PBF são Nordeste (35,5%), Norte (31,7%), Centro-Oeste (12,8%) e nas de mais Sul e Sudeste possuem índices um pouco menores 7,9% e 11,5% respectivamente. Quando estratificamos por estados beneficiados (gráfico 1) Maranhão, Piauí, Paraíba e Pará, saem na frente. Já os estados que estão no fim da lista encontramos Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo (Moura, 2024).

Gráfico 1 - Estados e seus beneficiários



Fonte: Agência Brasil (2024)

3.3 AS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE E O CICLO DA POBREZA

As condicionalidades são pactos firmados entre o poder público e as famílias que são beneficiárias de algum programa de transferência de renda, a fim de fortalecer a aproximação das famílias a seus direitos básicos assegurados em lei. Entretanto é necessário a contrapartida dos beneficiários do programa de modo a cumprir o que está estabelecido no programa para receber o benefício. E o dever do estado é oferecer acesso aos pontos de atenção que são responsáveis por esses condicionantes, como por exemplo os serviços de saúde, a área da assistência social e educação (Brasil, 2022).

A prioridade do cumprimento dos condicionantes é reduzir ou atenuar o “ciclo intergeracional da pobreza”, tendo como ponto de partida que ao possuir acesso a condições de saúde, educação básica e de habilidades de convivência familiar e coletiva, proporciona melhores chances de interação social (Brasil, 2022).

A pobreza é um fenômeno histórico, estrutural e multidimensional. Ela é composta não apenas pela escassez de renda, mas também por outros fatores que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas. Conseqüentemente, dizer que uma pessoa vive na pobreza significa que ela tem dificuldade de acesso a serviços básicos que seriam usuais a todas as pessoas (Brasil, 2022a).

Referente a transmissão intergeracional de pobreza é interessante ressaltar:

[...] indica que a pobreza é transmitida por um conjunto complexo de fatores que afetam as chances de um indivíduo em situação de pobreza em alguma fase de sua vida. Entre os fatores que aumentam a probabilidade de o indivíduo ser pobre estão: a falta de transmissão positiva de recursos sociais ou materiais de uma geração para outra; o fato de uma criança ser pobre aumenta as chances de vir a ser um adulto pobre; entretanto, há fatores que podem atuar de forma independente no bem-estar e no ciclo de vida do sujeito, pois as condições sociais também são determinantes na mudança desse quadro (Bird, 2007 apud Motta, 2018).

Nesse sentido, o cumprimento das condicionalidades visa garantir que a transmissão da pobreza cesse ou que auxilie para frear a propagação (Ferreira, 2011).

O PBF tem o potencial de agir transversalmente no combate a insegurança alimentar e nutricional, na sua dimensão alimentar propiciando aquisição de alimentos de boa qualidade e na dimensão nutricional alimentos que vão proporcionar uma melhor qualidade de nutrientes, que vão beneficiar a saúde dos beneficiários (De Jesus Damião *et al.*, 2021a).

No âmbito da saúde, o SUS tem o dever de fazer o acompanhamento dos beneficiários do PBF de forma individual. É observado que os grupos familiares que estão em situação de pobreza e extrema pobreza, possuem maior dificuldade de acessar os serviços de saúde, portanto, as condicionalidades do PBF visam ofertar serviços básicos no âmbito da saúde, educação e assistência social, fortalecendo a qualidade de vida dos beneficiários, auxiliando a inclusão social e a redução das desigualdades (Brasil, 2022a).

Essa atenção especial para as crianças e adolescentes tem como objetivo causar a ruptura da transmissão intergeracional da pobreza. Pois é sabido que, quanto mais cedo houver a quebra desse ciclo, mais chances as crianças têm de sair deste (Ferreira, 2011).

Além disso, ao acompanhar os condicionantes de saúde propostos pelo programa, como a vacinação, o monitoramento do desenvolvimento das crianças, como também ter o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, é possível prevenir e reduzir problemas de saúde futuros que possam interferir na vida do

indivíduo, como a desnutrição, obesidade infantil e mortalidade materna e infantil (Brasil, 2022).

O aumento da familiarização dos direitos sociais proporciona aos beneficiários uma diminuição dos níveis de vulnerabilidade, afetando os quadros de insegurança alimentar e nutricional, que necessita de uma aproximação de outras áreas, possibilitando o trabalho intersetorial, a fim de atingir os seus múltiplas camadas e cenários de vulnerabilidade. Entretanto para que esse e demais serviços alcancem o seu potencial dentro das condicionalidades, é necessário que haja a oferta desses serviços e que possuam qualidade nas ações prestadas (De Jesus Damião *et al.*, 2021a).

As condicionalidades são compromissos que as famílias assumem nas áreas de educação, saúde e assistência social (Quadro 1). O cumprimento das condicionalidades é condição para que as famílias continuem a receber o benefício financeiro. As famílias que não cumprem as condicionalidades podem receber algumas sanções, que são gradativas, ou seja, a cada descumprimento identificado as famílias podem ser advertidas, ter o benefício bloqueado ou suspenso e até mesmo ser desligada do Programa (Brasil, 2023).

Quadro 1 - Condicionalidades do PBF nas áreas de saúde, educação e assistência social

Condicionalidades do PBF	
Saúde	Acompanhamento do calendário de vacinação e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos, pré-natal para gestantes e acompanhamento para as mães que amamentam.
Educação	Frequência escolar de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos.
Assistência Social	Acompanhamento de ações socioeducativas para crianças em situação de trabalho infantil.

Fonte: Guia para Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde – PAB, (Brasil, 2022).

É dever da APS fazer o acompanhamento das condicionalidades, para além de auxiliar na prevenção do desenvolvimento de doenças e na manutenção da saúde das famílias acompanhadas, e elucidar as famílias sobre o papel importante da

realização dos condicionantes, a partir da corresponsabilidade dos papéis de cada um deve executar, salientando a importância do PBF para o aprimoramento de ações em saúde (Brasil, 2022).

O município, enquanto poder público, precisa elencar um responsável técnico da Secretaria de Saúde para ficar encarregado de identificar a população atendida pelo PBF. No município de Criciúma uma das nutricionistas que fazem parte do quadro de funcionários públicos da Secretaria de Saúde é a responsável pelo levantamento desses dados. Os dados devem ser alimentados durante o período de vigência de acompanhamento, durante os dois semestres, começando o primeiro período no dia 1º de janeiro a 30 de junho e o segundo de 1º de julho a 31 de dezembro, no Sistema de Gestão do PBF, na plataforma e-Gestor AB (Brasil, 2022a).

O acompanhamento das condicionalidades tem os seguintes objetivos:

- Monitorar o cumprimento dos compromissos pelas famílias beneficiárias do PBF;
- Responsabilizar o poder público pela garantia de acesso aos serviços sociais básicos e pela busca ativa das famílias em situação de maior vulnerabilidade;
- Identificar as famílias em situação de não-cumprimento das condicionalidades e implementar políticas e programas públicos para melhor acompanhar as famílias que estejam nessa situação; e
- Incentivar as famílias a participarem, de forma mais efetiva, no processo educacional e nas ações de prevenção e promoção da saúde, de modo que as futuras gerações possam ter melhores oportunidades devido ao seu maior grau de conhecimento e desenvolvimento de capacidades.

Os indicadores gerados através dos dados das condicionalidades de saúde e educação, pelo PBF, possibilita o monitoramento das famílias em maior vulnerabilidade social, assegurando o acesso dos beneficiários às políticas sociais básicas de saúde, educação e assistência social e, dessa forma, promovendo a melhoria da situação de vida dessas pessoas (Brasil, 2022).

3.4 O PAPEL DA APS NO PBF

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no SUS, o método mais competente e eficaz quando se busca atuar nas complicações de saúde e agravos da população, que busca identificar, atenuar e solucionar os futuros problemas que ameaçam atingir a saúde e o bem-estar dos demais (OPAS, 2023).

Os sistemas de saúde espalhados pelo mundo são ferramentas essenciais para promover a proteção social, além de contribuir para o cumprimento do décimo objetivo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) “Reduzir a desigualdade dentro e entre os países”. Realizar o investimento adequado na APS, contribui para alcançar a maior cobertura possível de saúde a todos aqueles que são afligidos pelas desigualdades sociais (Hone *et al.*, 2017).

A APS se torna uma importante ferramenta para atenuar as iniquidades em saúde devido a sua vasta capilarização ao redor do Brasil, além de conseguir alcançar a população mais vulnerável (Sarti *et al.*, 2020).

No cenário do SUS é de extrema importância os acompanhamentos das condicionalidades de saúde pois é um mecanismo que visa afirmar a equidade no âmbito da saúde, tendo em vista que o programa procura aproximar os serviços de saúde aos beneficiários através de ações em saúde que deverão ser desenvolvidas pelas UBS (De Jesus Damião *et al.*, 2021b; Ministério da Saúde, 2010).

A saúde desempenha um papel tático na garantia da segurança alimentar e nutricional, que são regidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que engloba a atenção nutricional, bem como a vigilância alimentar e nutricional, sendo que essa última é um dos condicionantes para o acompanhamento dos beneficiários do PBF. A união da vigilância alimentar e nutricional aos menores de 7 anos e das gestantes viabiliza o reforço das obrigações dos beneficiários e dos profissionais de saúde, nos compromissos dos condicionantes de saúde, para além, possibilitando a maior disseminação da cobertura de acompanhamento de saúde no âmbito nutricional (De Jesus Damião *et al.*, 2021b).

Quadro 2 - Oferta de ações a todas as gestantes e crianças menores de 7 anos de idade contempladas com o benefício.

Gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer a inscrição do pré-natal e comparecer às consultas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; • Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto.
Mãe ou responsável pelas crianças menores de 7 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; • Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; • Cumprir o calendário de vacinação da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;

Fonte: Manual de orientações sobre o PBF, (2022).

Com o cenário de desigualdade e a maior dificuldade de acesso aos dispositivos e saúde pela população mais vulnerável, se faz necessário a oferta de ações no âmbito da saúde, educação e assistência social, de modo a melhorar as qualidades de vida e inserção dessa população no SUS, como reforça a MP Nº 1.164 de 2023 os objetivos do PBF serão atingidos através da união entre o Programa e ações de saúde, na área da educação, assistência social e demais áreas que prestam serviços aos beneficiários, todas elas devem serem executadas pelos Governos federal, estadual, municipal e distrital (Brasil, 2023; Ministério Da Saúde, 2010).

4 MÉTODOS

Esta seção detalha os procedimentos para estruturação do produto.

4.1 TIPO DE PRODUTO

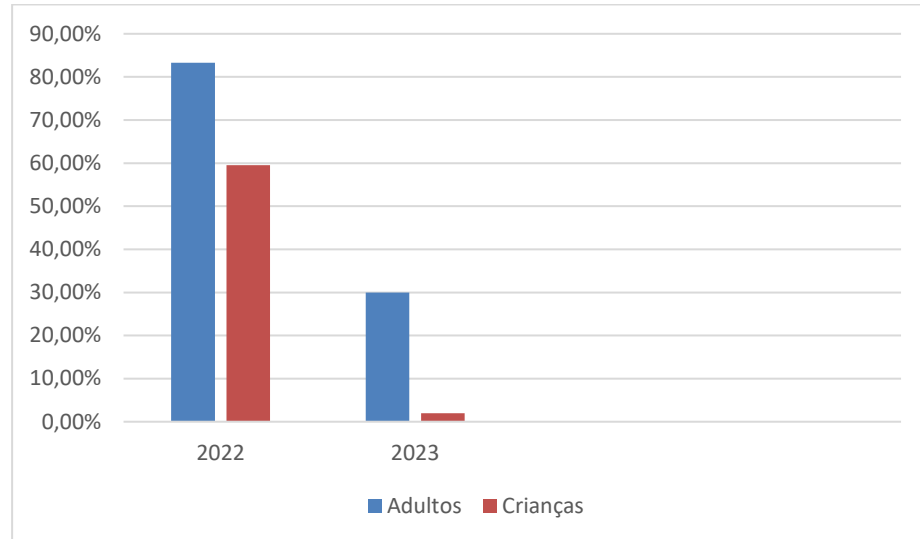
Trata-se de um fluxograma a fim de reestruturar o processo de trabalho na UBS Centro no município de Criciúma - Santa Catarina.

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi desenvolvido na UBS Centro, pertencendo ao município de Criciúma – SC. O município possui um território em média de 234,865 km². Criciúma apresenta uma população de cerca de 219.393 habitantes, com rendimento médio mensal de 2,5 salários-mínimos por pessoa e produto interno bruto (PIB) per capita de R \$40.518,91 (IBGE, 2010) De acordo com os dados da Prefeitura Municipal de Criciúma, 2022^a, existem 16.700 usuários cadastrados na UBS Centro (PMC, [s.d.]).

Conforme dados da Vigilância Sanitária do município, referentes ao último semestre do ano de 2022, a cobertura dos condicionantes de saúde analisados na UBS Centro ficou abaixo do preconizado pelo MS. O percentual de cobertura de beneficiários acompanhados no final do ano de 2022 (gráfico 2), nesta UBS, foi de 83,3% (referente a 254 beneficiários) e de crianças até sete anos foi 59,5% (referente a 47 crianças beneficiárias). Na segunda quinzena de junho de 2023 foi gerado um novo relatório preliminar pela vigilância sanitária, sobre o acompanhamento dos beneficiários na UBS do Centro, do público adulto apenas 30% de cobertura, e das crianças até sete anos 2% tiveram seus dados coletados e enviados ao sistema, o que se configura um grande problema, pois dia 30 de junho se encerra a primeira vigência de acompanhamento do PBF.

Gráfico 2 - Cobertura dos condicionantes



Fonte: Dados da secretaria de vigilância alimentar e nutricional (2023)

O projeto foi realizado de forma colaborativa com os Programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Saúde Coletiva, UBS Centro. Nesse panorama o distrito do centro hoje é formado pelas seguintes UBS: UBS Centro, UBS Operária Nova, UBS Milanese, UBS Mina do Mato, UBS Maria Céu, UBS Mina do Toco, UBS Santa Bárbara, UBS São Luiz, UBS São Simão.

Dentre elas, destaca-se a UBS Centro, que hoje está sob gerência da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), estruturada com 2 equipes de saúde, sendo 73 profissionais, 18 profissionais residentes dos programas de Saúde Coletiva e Atenção Básica e Saúde da Família. Atendendo uma média de 18 mil usuários cadastrados na UBS, ofertando os mais variados serviços a fim de atender a todas as faixas etárias e necessidades específicas de atenção. Cujas gestões até o presente momento é realizada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). A UBS é composta por 2 equipes, sendo no total 73 profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitárias, assistente social, farmacêutico, para além dos 18 profissionais do Programa de Residência Multiprofissional da UNESC, que conta com psicólogos, nutricionistas, enfermeiras, farmacêutica, profissionais de educação física e fisioterapeutas.

4.3 PÚBLICO-ALVO

O público-alvo do produto foram os profissionais de saúde da UBS-Centro que trabalham diretamente com o PBF.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

Nesta seção, foram detalhadas todas as etapas de construção do produto.

A reestruturação do fluxograma foi elaborada através de reuniões pré-agendadas com a equipe de saúde da UBS-Centro, que ocorreram contabilizando 4 reuniões prévias.

4.4.1 Etapa 1: Levantamento das necessidades da UBS-Centro

a) Primeiro Momento: Reunião com a nutricionista da Secretaria de Saúde, Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Criciúma, para compreender a necessidade da elaboração do produto de acordo com os indicadores avaliados.

b) Segundo Momento: Avaliação da cobertura dos condicionantes de saúde do PBF realizados no último semestre.

c) Terceiro Momento: Discussão com a equipe da UBS-Centro para compreensão das dificuldades relativas à coleta de dados e preenchimento do sistema e-Gestor pelos profissionais da equipe.

4.4.2 Etapa 2: Recursos necessários para estruturação/elaboração do produto

O produto não requer estrutura física ou demais recursos físicos, além daqueles descritos no item do orçamento, para sua realização. Além dos pesquisadores e professores envolvidos, houve apoio logístico dos profissionais de saúde da UBS-Centro para a estruturação do produto e validação do mesmo em horário de trabalho, acordado com a gerente da UBS-Centro, Programa de Residência Multiprofissional e PPGSCol.

4.4.3 Etapa 3: Desenvolvimento das atividades / Elaboração da proposta de produto

Primeiro Momento: Foi realizado a revisão da literatura para compreender sobre o PBF e suas mudanças ao longo do tempo, bem como, o cenário dos condicionantes de saúde a nível nacional e municipal, visando trazer outros assuntos que perpassam o tema referido.

Segundo Momento: Na sequência foi organizado uma reunião com a enfermeira responsável pelo PBF na UBS Centro, profissional da Vigilância Alimentar e Nutricional da Prefeitura de Criciúma que é responsável por e acompanha os indicadores dos PBF, residentes e professores da UNESCO, a fim de buscar maior pluralidade de ideias importantes para levantamento das necessidades da UBS-Centro em relação a coleta e monitoramento dos condicionantes de saúde das famílias do PBF.

Terceiro Momento: Ocorreu a composição uma equipe para discussão da reestruturação do fluxo. A equipe foi composta através de convite dos autores: nutricionista, profissional responsável pelo PBF na UBS, agente comunitário, professores da UNESCO. Estando presentes presente técnicos de enfermagem responsáveis pelas triagens.

Quarto Momento: Sucedeu-se o diálogo com as Agentes Comunitárias de Saúde de uma das Unidades Básicas de Saúde de Criciúma que atingiram 100% dos dados coletados dos beneficiários do PBF.

Quinto Momento: Realizou-se a conversa com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre a importância de haver a coleta dos condicionantes de saúde e acolher as dúvidas e sugestões referentes ao fluxo de coleta dos condicionantes.

Sexto Momento: Desenvolvimento da primeira versão do fluxograma reestruturado para a coleta dos condicionantes do PBF a partir do cenário da UBS-Centro e demandas dos profissionais

Sétimo Momento: Validação da primeira versão do fluxo com a equipe da UBS-Centro.

Oitavo momento: Após a construção da versão final, foi construído uma estratégia de educação permanente voltado às equipes da demais UBS do município

a fim de tornar o fluxograma de conhecimento de todos os profissionais da saúde e facilitar o processo de trabalho. Por fim, o produto foi entregue à gestão do município em estudo.

4.4.4 Etapa 4: Monitoramento ou Avaliação das ações

O monitoramento das ações a partir da implementação do produto acontecerá, principalmente, através do acompanhamento da cobertura dos condicionantes de saúde, que são avaliados uma vez por semestre, no período de cada vigência do programa. Além disso, será realizado acompanhamento junto à gestão da UBS Centro para avaliar a efetividade do produto implementado.

4.5 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO À SAÚDE COLETIVA

4.5.1 Aderência do produto a linha de pesquisa

Visto que a linha de pesquisa “Promoção da saúde e integralidade do cuidado” tem como um dos objetivos a pesquisa de indicadores e alternativas para firmar a Promoção da Saúde e a Integralidade do Cuidado, com vista as diferentes etapas da vida, o produto se conecta a um programa do governo que auxilia no combate às desigualdades através da transferência de renda direta, vinculado a promoção e proteção da saúde dos beneficiários, por meio do controle dos condicionantes.

4.5.2 Capacidade de aplicabilidade do produto

O produto apresenta alta aplicabilidade, uma vez que já existe um modelo pré-estabelecido que pode ser facilmente adaptado às diversas realidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A partir da entrega de uma proposta de capacitações e rodas de conversa com os profissionais de saúde sobre a temática abordada, é possível ajustar o modelo às particularidades de cada UBS, estruturando

um fluxograma que atenda às demandas e especificidades locais, garantindo assim a adequação e efetividade do produto em diferentes contextos.

4.5.3 Característica de inovação do produto

Apesar de existir um fluxograma de acompanhamento de condicionantes de saúde nacional, preconizado pelo MS, destaca-se a importância da descentralização, um dos princípios que rege o nosso SUS. Ou seja, cada município tem autonomia para reestruturar o processo de trabalho/fluxo de acordo com as necessidades locais e realidade das equipes de saúde e características territoriais.

Ao estabelecermos atores e realizamos capacitações a fim de que toda a equipe conheça e compreenda o fluxograma, tornamos o processo de trabalho mais fácil e de fácil replicação. Logo reduzimos os riscos de algum beneficiário ficar desassistido, para além tornamos mais forte os vínculos dos beneficiários com a APS, e aumentamos a cobertura dos condicionantes de saúde, os quais são tão importantes para a redução das desigualdades.

4.5.4 Potencial de impacto do produto

Com o fluxograma implementado, os profissionais de saúde adquiriram melhor compreensão de seus papéis no acompanhamento das condicionalidades de saúde e na coleta dos dados dos beneficiários. Como resultado, espera-se aumento significativo na cobertura desses indicadores, o que é essencial para a promoção dos direitos sociais básicos das famílias beneficiárias. O impacto real dessa mudança será observado por meio da ampliação da cobertura dos condicionantes de saúde do PBF na UBS-Centro, refletindo melhoria direta na qualidade do serviço prestado e no cumprimento das metas de saúde pública.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 510 de 07 de abril de 2016, o presente projeto dispensa a submissão/aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos, pois enquadra-se como um 1) pesquisa que utiliza informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 e 2) pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica. Trata-se de um estudo de gestão e melhoria de processos já existentes num setor, logo, o objeto de avaliação não é – diretamente – o ser humano. A construção do produto foi realizada a partir da observação das demandas do município e revisão da literatura existente, portanto, dispensa avaliação CEP/CONEP.

8 RESULTADOS

8.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

Este produto foi desenvolvido com base no fluxo padrão dos condicionantes de saúde do PBF já existente no município (Anexo 1), adaptado pela Vigilância Sanitária e distribuído em todas as Unidades Básicas de Saúde da cidade. No entanto, cada UBS tem a possibilidade de adaptar o fluxo conforme a realidade local, levando em consideração o número de agentes comunitários e de beneficiários cadastrados.

Seguindo o que foi proposto no projeto, realizamos a identificação prática, junto às ACS da UBS do Centro, sobre a eficácia do fluxo proposto pelo programa. Observou-se algumas dificuldades como a baixa cobertura da maioria dos condicionantes coletados como já mostrado no gráfico 2, a falta de profissionais entre outros pontos que serão debatidos mais a frente. Diante de dificuldades levantadas acima, organizamos uma reunião com a enfermeira responsável pelo PBF na UBS para discutir os pontos que poderiam ser melhorados com a implementação do novo fluxo. Nessa reunião foram levantadas sugestões que incluíam: a proposta de novos meios de acesso ao sistema informatizado de gestão de saúde pública do município (CELK: o software que gerencia a rede de saúde do município).

A proposta de inclusão de um novo “campo” no sistema utilizado pelo município, CELK, é essencial para aprimorar a identificação dos beneficiários do PBF. Entre as propostas está:

- **A criação de um campo específico para que os ACS responsáveis possam registrar a família ou indivíduo de sua microárea, seja no momento do cadastro inicial ou para atualizações em cadastros já ativos no CELK.**

Isso facilitará o atendimento subsequente na UBS, onde o profissional, ao acessar o item do PBF, poderá fazer perguntas direcionadas sobre a atualização dos condicionantes de saúde, como: “Se ele já realizou a atualização dos condicionantes de saúde”, como o peso, altura, vacinação, pré-natal e acompanhamento odontológico devido ao pré-natal.

Essa abordagem não apenas agiliza o processo como também enfatiza a importância da coleta dos dados, independentemente da área de conhecimento do profissional envolvido. No entanto, enfrentamos obstáculos relacionados ao sistema, que exige meses para implementar novas funcionalidades. Dessa forma, os autores buscaram focar nos processos mais tangíveis e viáveis, considerando a mão de obra disponível e os serviços oferecidos na UBS e no município estudado.

Para aprimorar nosso produto, também foi essencial conhecer a realidade de outra UBS com melhores indicadores de cobertura dos condicionantes. Seguindo a recomendação da nutricionista responsável pelo PBF na Vigilância Sanitária, visitamos a UBS do Laranjinha. Esta UBS atende mais de 40 usuários beneficiários do PBF e conta com 4 ACS. A visita nos permitiu identificar e entender os processos de trabalho que contribuem para o sucesso de seus indicadores:

- **Durante nossa visita, notamos que a busca ativa pelos beneficiários é feita pelo aplicativo “WhatsApp”.**
- **Três meses antes de encerrar o prazo para atualização dos condicionantes, cada ACS envia mensagens individuais aos responsáveis, alertando sobre a necessidade de ir à UBS para coletar os dados. Caso exista incompatibilidade de horários devido ao trabalho, os responsáveis podem enviar as informações atualizadas (como peso, altura e foto da carteira de vacinação) pelo aplicativo.**
- **As ACS, por sua vez, repassam esses dados para a enfermeira responsável, que atualiza o cadastro. Caso o beneficiário não responda à primeira tentativa de contato pelo WhatsApp, uma nova tentativa é feita por este meio e via ligação telefônica, reforçando a necessidade de atualização dos dados e alertando sobre a possibilidade de desligamento do benefício em caso de não cumprimento das exigências. Se o beneficiário comparecer à unidade, os dados são coletados e inseridos no sistema CELK.**
- **Para atualizações de vacinas e cumprimento do calendário vacinal, as agentes comunitárias acessam uma pasta na**

“nuvem” com informações sobre as crianças atendidas na UBS e o status das vacinações. Se necessário, as agentes contatam os responsáveis para que levem as crianças à UBS para atualização das vacinas.

A experiência de conhecer uma UBS que integra e monitora com eficácia o processo de promoção, proteção e recuperação de saúde, além de programas de transferência de renda, é enriquecedora e traz esperanças de melhorias em todas as UBS's do município.

Com esses novos olhares, adicionamos novas funcionalidades ao fluxo proposto, incluindo a busca ativa antes do término do período de coleta de dados e o contato com os beneficiários por meio de aplicativos de comunicação. Dessa forma, desenvolvemos um novo fluxo de coleta dos dados e organizamos uma reunião para apresentar a proposta às ACS da UBS Centro. No dia marcado, 8 das 11 ACS's compareceram à reunião, que também contou com a presença da nutricionista, Prof.^a, Rita Suselaine, mestre e docente da UNESC, e da Prof.^a orientadora desta dissertação, Dr^a Vanessa Iribarrem Avena Miranda (figuras 2, 3 e 4).

Figura 2 - Reunião com as agentes comunitárias



Fonte: Elaborado pelo autor, (2024).

Figura 3 - Reunião com as agentes comunitárias



Fonte: Elaborado pelo autor, (2024).

Figura 4 - Reunião com as agentes comunitárias



Fonte: Elaborado pelo autor, (2024).

Durante a reunião, as ACS's apontaram diversas necessidades emergentes, destacando-se as seguintes demandas:

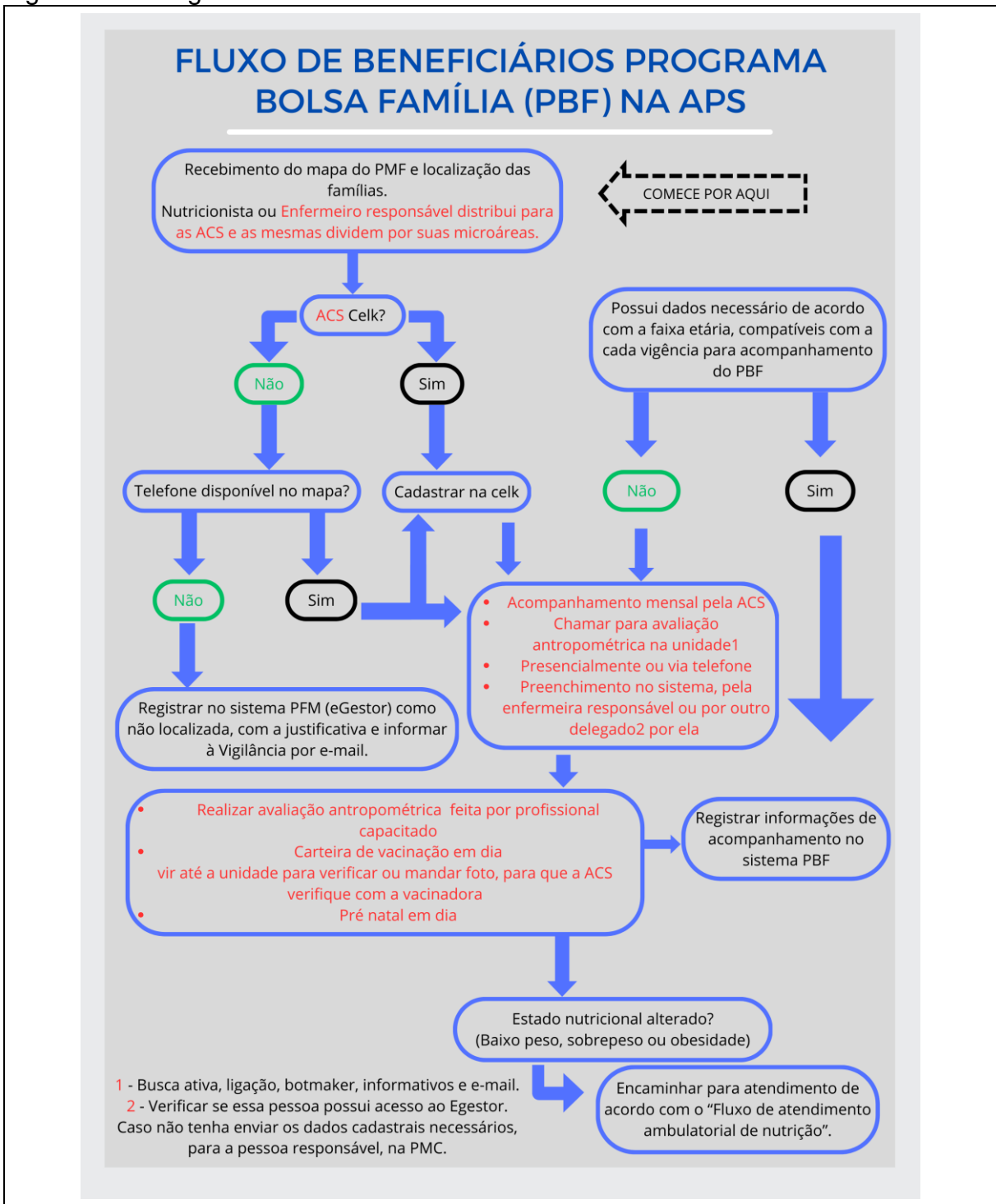
- **Cobertura Incompleta:** Há áreas descobertas na região central devido ao processo de territorialização que o município vem implementando desde o ano passado. Apesar dos esforços recentes para alcançar 100% de cobertura territorial, ainda existem lacunas significativas.

- **Escassez de Profissionais:** O número de ACS's é insuficiente para atender à demanda das áreas que elas cobrem.

- **Alta Rotatividade de Beneficiários:** A região central, com sua grande concentração de lojas comerciais e oportunidades de emprego, atrai muitas pessoas de outros municípios, estados e até países. A disponibilidade de apartamentos e quitinetes a preços acessíveis contribui para essa dinâmica.

- **Dificuldades de Acesso e Comunicação:** Apesar da UBS do Centro operar em horários diferenciados em comparação às outras unidades de saúde do município, persistem problemas de comunicação e acesso aos beneficiários, agravados pela incompatibilidade de horários.

Figura 5 - Fluxograma PBF



Fonte: Releitura do autor (2024).

Após a reunião, levamos em consideração as demandas apontadas pelas ACS para elaborar o fluxo do PBF. Em diálogo com a enfermeira responsável pelo

Programa na UBS, estruturamos e definimos o fluxo que seria implementado, conforme figura 5.

As recentes atualizações no fluxograma são indicadas em vermelho, designando as responsabilidades específicas de cada profissional envolvido.

Entre as modificações e denominações realizadas, destacam-se:

- A enfermeira responsável pelo PBF na UBS Centro será encarregada de fornecer às ACS's o mapa de localização das famílias beneficiárias. As ACS, por sua vez, organizarão essas famílias de acordo com as microáreas sob sua responsabilidade. Em seguida, as ACS deverão verificar a presença das famílias na CELK.

- Após a verificação dos dados cadastrais no CELK ou no mapa das famílias, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) manterão contato mensal com as famílias beneficiárias. Este procedimento é crucial, considerando que o público beneficiário se encontra em estado de vulnerabilidade e, portanto, requer acompanhamento constante.

- Com objetivo de garantir um acompanhamento eficaz, as ACS aumentarão a frequência de contato com os beneficiários, iniciando a comunicação alguns meses antes do término da vigência semestral. Elas convocarão os beneficiários a visitarem a UBS (preferencialmente) para a aferição dos dados antropométricos (peso, altura...) por um profissional capacitado para a função, como técnico de enfermagem, enfeiro, nutricionista ou médico. Em casos de incompatibilidade de horários ou outros impedimentos, solicitarão que os beneficiários enviem os dados antropométricos (mulheres adultas e crianças) e uma foto da carteira de vacinação (crianças).

- Quando os dados não forem colocados na CELK, deverão ser coletados e devem ser registrados no sistema e-Gestor (é uma plataforma on-line que dá possibilidade conectar vários sistemas de informação da APS, a nível federal) pela enfermeira responsável pelo programa ou por outra pessoa designada por ela. Caso outra pessoa assuma esta função, é necessário entrar em contato com a prefeitura de Criciúma para efetuar o cadastro dela no site do e-Gestor. É importante lembrar que o acesso ao sistema é temporário e será desativado se não houver atividade por mais

de dois meses. Nesse caso, será necessário solicitar à prefeitura a reativação do acesso.

- A avaliação antropométrica deverá ser realizada por um profissional capacitado, sendo que a capacitação será providenciada pela própria UBS.

- A carteira de vacinação das crianças deve estar completa. Caso o responsável não possa comparecer à UBS, deve enviar uma foto da carteira de vacinação para que a enfermeira/vacinadora possa estar aprovando e dando sequência no processo de coleta de dados. Em situações em que o calendário vacinal não estiver sendo cumprido, será necessário que a criança beneficiária e um responsável compareçam à unidade para regularizar a situação vacinal.

- Para as gestantes, é fundamental que todos os procedimentos de pré-natal sejam realizados na UBS. Em casos em que a pessoa gestante opte por não seguir o acompanhamento pré-natal recomendado, essa recusa deve ser devidamente registrada no sistema e-Gestor, indicando a negação por parte da beneficiária.

Para avançar com o último objetivo do projeto, coordenamos com a gerência da UBS as seguintes etapas:

1. Definição de dias específicos para realizar as capacitações dos profissionais que trabalham diretamente ou indiretamente com o Fluxograma do PBF.
2. Optamos por escolher dias de menor fluxo de usuários na UBS e horários que minimizem interferências nas rotinas de trabalho dos profissionais envolvidos.
3. Com as escalas definidas e os funcionários devidamente orientados, iniciamos as sessões de capacitação.

As interações durante as apresentações das capacitações foram bastante focadas, o que possibilitou que os funcionários conseguissem esclarecer dúvidas comuns sobre as responsabilidades de cada profissional, a fim de fornecer um trabalho de excelência desde a captação do beneficiário até o atendimento prestado pela UBS e demais setores da assistência social e educação.

Realizamos duas sessões de capacitação, distribuídas em dois dias. Ambas as sessões ocorreram no período da manhã, com uma adicional à tarde.

Dentre os participantes incluíram médicos clínicos gerais, as agentes comunitárias de saúde, enfermeiras(os), técnicas de enfermagem e a assistente social da UBS com o total de 26 profissionais. Cada sessão teve uma duração variável entre 30 e 45 minutos, ajustada conforme a interação e os diálogos estabelecidos com a equipe. Esse formato flexível facilitou o esclarecimento de dúvidas e permitiu atender melhor às necessidades dos participantes.

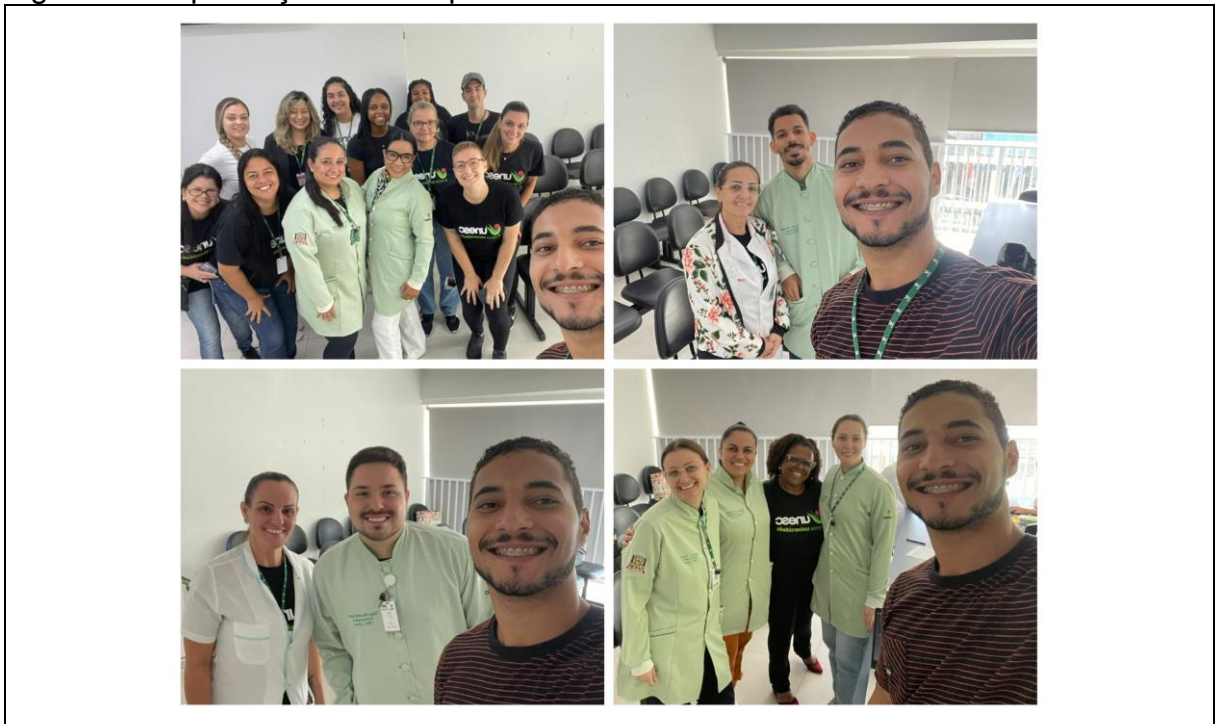
Figura 6 - Capacitação com os profissionais



Fonte: Compilação do autor¹, (2024).

¹ Montagem realizada a partir da finalização de cada treinamento

Figura 7 - Capacitação com os profissionais



Fonte: Compilação do autor², (2024).

² Montagem realizada a partir da finalização de cada treinamento

8.2 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO

A capacitação realizada na UBS Centro envolveu 26 profissionais e ofereceu a oportunidade para todos se familiarizarem com o fluxograma dos condicionantes de saúde do PBF, uma ferramenta ainda nova para muitos do grupo.

Esse esclarecimento de responsabilidades é vital para melhorar a cobertura das condicionantes de saúde e, conseqüentemente, garantir que os beneficiários do programa possam utilizar os recursos recebidos para melhorar sua qualidade de vida e alcançar a soberania alimentar.

O desenvolvimento do fluxograma é um processo dinâmico, sujeito a alterações com o objetivo de otimizar continuamente a produtividade e a cobertura dos condicionantes de saúde. A implementação do novo fluxograma é um avanço importante, pois permite que a equipe identifique os setores e profissionais que necessitam de atualizações e melhorias. A especificação clara dos setores envolvidos facilita a avaliação e a implementação de mudanças necessárias. Este processo não

só melhora a eficiência interna, mas também serve de modelo para outras UBSs, inspirando-as a desenvolver e adaptar seus próprios fluxogramas para aprimorar a cobertura de serviços de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do PBF representou um marco importante na promoção da qualidade de vida, da alimentação e da garantia dos direitos das crianças em todo o território brasileiro. Dada a sua ampla disseminação, surge a responsabilidade das unidades de saúde em coletar condicionantes de saúde essenciais para a efetivação do benefício. A reestruturação do fluxograma na UBS Centro tornou-se fundamental após falhas observadas nos anos anteriores em atingir as metas estabelecidas pela vigilância alimentar do município. Essa reestruturação considerou a atual realidade territorial, a equipe disponível e o grande número de beneficiários.

A necessidade de reformulação foi amplamente discutida com agentes comunitários de saúde, profissionais-chave devido ao seu contato direto com a comunidade e beneficiários do PBF. A participação ativa desses profissionais foi fundamental para garantir que o novo fluxograma fosse prático e eficaz, permitindo que continuassem a atender as famílias mensalmente e a encaminhar casos aos profissionais responsáveis dentro do fluxo do PBF. Essa interação contribuiu para a identificação de desafios e limitações do sistema de informação CELK, culminando em ajustes focados nas necessidades e na realidade da UBS.

A descentralização do fluxograma, seguindo diretrizes do Ministério da Saúde, permitiu adaptar o processo de trabalho às necessidades locais e às características específicas das equipes e do território. Com a colaboração da gerência da UBS e da enfermeira responsável pelo PBF, e através de reuniões produtivas, conseguimos identificar pontos fortes e vulnerabilidades, melhorando significativamente a proposta inicial.

Ressalta-se que a capacitação de toda a equipe facilitou o processo e aumentou a capacidade de replicação do modelo, minimizando o risco de desassistência aos beneficiários e fortalecendo o vínculo destes com a APS. A aceitação do novo fluxograma mostrou-se promissora, especialmente após os profissionais expressarem um entendimento mais claro sobre o funcionamento interno da UBS após as capacitações.

O projeto está alinhado à linha de pesquisa "Promoção da Saúde e Integralidade do Cuidado", que busca fortalecer a saúde pública por meio do estudo

de indicadores e soluções para melhorar a promoção da saúde e a integralidade do cuidado ao longo do ciclo de vida. Além disso, integra-se ao programa governamental que visa combater desigualdades sociais através da transferência direta de renda, reforçando a proteção e promoção da saúde dos beneficiários.

Este trabalho encerra-se com a certeza de que o novo fluxograma é fruto de um esforço comunitário e democrático, desenvolvido por profissionais dedicados a aprimorar diariamente o Sistema Único de Saúde. Espera-se que essa reestruturação não apenas melhore o cumprimento dos condicionantes do PBF, mas também contribua para a redução das desigualdades sociais, apoiando a igualdade de acesso à educação, saúde, trabalho e renda, reafirmando os princípios estabelecidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.

REFERÊNCIAS

ALENCAR DE FIGUEIREDO, Erik. **Expansão do programa auxílio brasil: uma reflexão preliminar**. Brasília. DOI: 10.38116/np12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/np12>. Acesso em: 12 abr. 2023.

ARRUDA, B. K. G. DE; ARRUDA, I. K. G. DE. **Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 7, n. 3, p. 319–326, jul. 2007.

BIRD, K. **The Intergenerational Transmission of Poverty: An Overview**. SSRN Electronic Journal, 1 out. 2007.

BOTELHO, V.; VELOSO, F.; MENDES, M. **Auxílio Brasil: avaliação do desenho e possíveis impactos - JOTA**. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/auxilio-brasil-avaliacao-do-desenho-e-possiveis-impactos-15122021>. Acesso em: 11 maio. 2023.

BRASIL. **Bolsa Família de julho chega a 20,8 milhões de famílias a partir desta quinta (18) — Secretaria de Comunicação Social**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/07/bolsa-familia-de-julho-chega-a-20-8-milhoes-de-familias-a-partir-desta-quinta-18>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. **Decreto Lei nº 399, de 30 de abril de 1938**. 1938. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-399-30-abril-1938-348733-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.478 de 05 de agosto de 1940**. 1940. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2478-5-agosto-1940-412428-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021 - decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021**. 8 nov. 2021b.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 90, de 15 de Setembro de 2015**. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc90.htm. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. Executivo. Decreto n. 3.887, de 15 de agosto de 2001. **Regulamenta o art. 22 da Lei nº 8.460, de 17 de setembro de 1992, que dispõe sobre o auxílio-alimentação destinado aos servidores civis ativos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional**. Diário Oficial da União: Seção 01, Brasília, 17 de agosto de 2001, p. 3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3887.htm#:~:text=DECRETA%3A,exerc%C3%ADcio%20nas%20atividades%20do%20cargo. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. Executivo. Decreto n. 5.209, de 16 de setembro de 2004. **Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Seção 01, Brasília, 20 de setembro de 2004, p. 3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004/2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. Executivo. Lei n. 10.219, de 10 de abril de 2001. **Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - "Bolsa Escola", e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Seção 01, 12 de abril de 2001, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10219.htm#:~:text=LEI%20No%2010.219%2C%20DE%2011%20DE%20ABRIL%20DE%202001.&text=Cria%20o%20Programa%20Nacional%20de,%22%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. **Guia para Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família.** 2023. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Guias_Manuais/Acompanhamento_condicionalidades.pdf. Acesso em: 17 maio. 2023.

BRASIL. Lei n. 10.836, de 08 de janeiro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Seção 01, Brasília, 12 de janeiro de 2004, p. 01. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004/2006/2004/lei/l10.836.htm#:~:text=Cria%20o%20Programa%20Bolsa%20Fam%C3%ADlia,transfer%C3%AAs%20de%20renda%20com%20condicionalidades.. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.164, DE 2 DE MARÇO DE 2023 .** 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.164-de-2-de-marco-de-%202023-467449434>. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. **Programa alimentação saudável: bolsa-alimentação.** Brasília, 2002. 72 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimenta_saudavel.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Poder Executivo. Decreto n. 4.102, de 23 de janeiro de 2002. **Regulamenta a Medida Provisória nº 18, de 28 de dezembro de 2001, relativamente ao "Auxílio-Gás".** Diário Oficial da União: Seção 01, Brasília, 25 de janeiro de 2002, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4102-24-janeiro-2002-438029-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 5 abr. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021 - Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021.** 10 ago. 2021a, p. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para acompanhamento das condições de saúde: Programa Auxílio Brasil.** 2022. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acompanhamento_condicionalidades_auxilio_brasil.pdf. Acesso em: 23 nov. 2022a.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Evolução dos Recursos dos Programas de Transferência de Renda**. Cad SUAS eds. [s.l.: s.n.]. v. 3, 2008.

BRASIL. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006**. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL; SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DOS DIREITOS HUMANOS. **PBF e CADÚNICO**. 2024. Disponível em: <https://www.sead.ms.gov.br/pbf-e-cadunico/>. Acesso em: 18 set. 2024.

CALIL, G. G. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. Serviço Social & Sociedade, n. 140, p. 30–47, 22 abr. 2021.

CAMELO, R. DE S.; TAVARES, P. A.; SAIANI, C. C. S. **Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família**. Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia, p. 685–713, dez. 2009.

CASTRO, J. DE. **Geografia da Fome**. 10. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

CASTRO, Jorge Abrahão De; MODESTO, Lúcia. **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2010. v. 2 Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3246>. Acesso em: 29 mar. 2023.

COUTINHO, J. G. et al. **A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 12, n. 4, p. 688–699, 2009.

DAMÉ, P. K. V. et al. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados**. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 11, p. 2155–2165, 2011.

DE ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande; DE ARRUDA, Ilma Kruse Grande. **Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 319–326, 2007. DOI: 10.1590/S1519-38292007000300011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/BKSyxMzDBqRP5WgkRC66j9c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

DE JESUS DAMIÃO, Jorginete; LOBATO, Evelyne; SILVA, Juliana Pauloe; DA SILVA, Cláudia Valéria Cardim; CASTRO, Luciana Maria Cerqueira; MALDONADO, Luciana

Azevedo; RIBEIRO, Alexandre Alves. **Condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família e a vigilância alimentar e nutricional: narrativas de profissionais da atenção primária à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, [S. l.], v. 37, n. 10, p. e00249120, 2021. b. DOI: 10.1590/0102-311X00249120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bGSF6Rp3kN6cn3srnFR4xDJ/>. Acesso em: 13 ago. 2023.

DE VASCONCELOS, Francisco De Assis Guedes. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula.** Revista de Nutrição, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 439–457, 2005. a. DOI: 10.1590/S1415-52732005000400001. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rn/a/dBtStfvTzwqWjvqQgSL5zqd/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

DE SOUZA, P. H. G. F. et al. **Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Pobreza e a Desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos.** 2019.

DIAS, Luiz Antonio; SEGURADO, Rosemary. **O golpe de 2016: razões, atores e consequências,** f. 118. 2017. 235 p.

ESTANISLAU, Julia. **Qual a diferença entre fome e insegurança alimentar? – Jornal da USP.** 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/qual-a-diferenca-entre-fome-e-inseguranca-alimentar/>. Acesso em: 19 set. 2024.

FERREIRA DE SOUZA, Pedro H. G.; GUERREIRO, Rafael; LUIS, Osorio; PAIVA, Henrique; SOARES, Sergei. **Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Pobreza e a Desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos.** [S. l.], 2019. . Acesso em: 1 mar. 2023.

FREITAS, Gabriele Carvalho de; ARAÚJO NETO, Luiz Alves; D’AVILA, Cristiane. **Fome no Brasil: a comida na mesa continua incerta em um país assolado pela Covid-19.** 2024. Disponível em: https://ohs.coc.fiocruz.br/posts_ohs/fome-no-brasil-a-comida-na-mesa-continua-incerta/. Acesso em: 20 ago. 2024.

FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; VIANA, Cássio Vinícius Afonso. **Quem inventou a fome são os que comem: da invisibilidade à enunciação – uma discussão necessária em tempos de pandemia.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 25, p. e200256, 2021. DOI: 10.1590/INTERFACE.200256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LPHP93S94TgNtKbGtRZtDcs/>. Acesso em: 19 set. 2024.

GUERRA, C. M. F.; CHAIA, V. L. M. **Governo temer: a ponte entre os governos petistas e a ascensão de Bolsonaro.** E-Legis – Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados, Brasília, DF, Brasil, v. 14, n. 36, p. 298–314, 2021. DOI: 10.51206/elegis.v14i36.698. Disponível em: <https://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/698>. Acesso em: 15 maio. 2023.

HAACK, Adriana; FORTES, Renata; ALI, Beatriz Abu; PAULA DE ALVARENGA, Ana. **Políticas e programas de nutrição no Brasil da década de 30 até 2018: uma revisão da literatura** *Nutrition policies and programs in Brazil from the 1930s to 2018: a review of the literature*. Com. Ciências Saúde, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 126–138, 2018. . Acesso em: 23 mar. 2023.

HONE, Thomas; RASELLA, Davide; BARRETO, Mauricio L.; MAJEED, Azeem; MILLETT, Christopher. **Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis**. PLOS Medicine, [S. l.], v. 14, n. 5, p. e1002306, 2017. DOI: 10.1371/JOURNAL.PMED.1002306. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 13 ago. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>. Acesso em: 17 maio. 2023.

LEME, A. S. **Josué de Castro e as metamorfoses da fome no Brasil, 1932-1946**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 28, n. 4, p. 1115–1135, 13 dez. 2021.

LEMOS, J. DE O. M.; MOREIRA, P. V. L. **Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição: Um Passeio pela História**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 4, p. 377–386, 2013.

MACHADO DE OLIVEIRA, Ariane Maria; KUDLAWICZ, Claudineia; ALISON, June; CRUZ, Westarb; CRISTIANE, Ângela; POVOA, Santos. **Indicadores sociais brasileiros: uma análise dos efeitos do programa bolsa família**. ORG & DEMO, [S. l.], v. 17, n. 01, p. 63–84, 2016. DOI: 10.36311/1519-0110.2016.v17n1.05.p63. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/view/6113>. Acesso em: 14 mar. 2023.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto; CANELLA, Daniela Silva; BARALDI, Larissa Galastri; MONTEIRO, Carlos Augusto. **Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática**. Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 47, n. 6, p. 1159–1171, 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004557. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vQMctkdQGj38VN9CNmBZQJJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2024.

MELO, Ricardo Henrique Vieira de *et al.* **Proposta de um instrumento de autoavaliação para melhoria do acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família na estratégia saúde da família**. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, v. 8, n. 2. 68 p, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/6328/10795>. Acesso em: 7 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 3. ed. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.** [S. l.], 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.

MOURA, Bruno de Freitas. **Um em cada cinco lares recebia benefício do Bolsa Família em 2023 | Agência Brasil.** 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-04/um-em-cada-cinco-lares-recebia-beneficio-do-bolsa-familia-em-2023>. Acesso em: 19 set. 2024.

MELO, Ricardo Henrique Vieira de *et al.* **Proposta de um instrumento de autoavaliação para melhoria do acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família na estratégia saúde da família.** Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, v. 8, n. 2. 68 p, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/6328/10795>. Acesso em: 7 abr. 2023.

MONNERAT, G. L. “**Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do Programa Bolsa Família**”. p. 1–283, jan. 2009.

MOTTA, A. M. **Análise da produção do ciclo intergeracional de pobreza nas favelas do Rio de Janeiro.** 25 jul. 2018.

NERI, Marcelo. **Mapa da Nova Pobreza.** FGV Social., Rio de Janeiro, 2022. 40 p. Disponível em: <https://cps.fgv.br/pesquisas/mapa-da-nova-pobreza>. Acesso em: 18 abr. 2023.

NEVES, José Anael; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes De; MACHADO, Mick Lennon; RECINE, Elisabetta; GARCIA, Giselle Silva; MEDEIROS, Maria Angélica Tavares De. **The Brazilian cash transfer program (Bolsa Família): A tool for reducing inequalities and achieving social rights in Brazil.** <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1850828>, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 26–42, 2020. DOI: 10.1080/17441692.2020.1850828. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2020.1850828>. Acesso em: 15 mar. 2023.

OLIVEIRA, A. M. M. et al. **Indicadores Sociais Brasileiros: Uma Análise Dos Efeitos Do Programa Bolsa Família.** Org & Demo, v. 17, n. 01, p. 63–84, 12 jul. 2016.

OPAS. **Atenção primária à saúde** . 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 21 abr. 2023.

PEIXINHO, Albaneide Maria Lima. **A trajetória do Programa Nacional de Alimentação Escolar no período de 2003-2010: relato do gestor nacional.** Ciência

& Saúde Coletiva, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 909–916, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000400002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/386B5JLGr4qtcmc8FZytzQL/>. Acesso em: 15 set. 2024.

PMC. **Prefeitura Municipal de Criciúma**. Disponível em: <https://www.criciuma.sc.gov.br/site/>. Acesso em: 17 maio. 2023.

PREFEITURA DE JAHU. **Condicionalidades Do Programa Bolsa Família**. 1994. Disponível em: <https://www.jau.sp.gov.br/noticia/12775/condicionalidades-do-programa-bolsa-familia>. Acesso em: 17 maio. 2023.

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. **MPV 1164/2023**. 2023. Acesso em: 2 mar. 2023.

SANTOS, L. M. P.; PASQUIM, E. M.; DOS SANTOS, S. M. C. **Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1821–1834, 2011.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, p. e2020166, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w#:~:text=Apostar%20naquilo%20que%20%C3%A9%20a,tanto%20para%20a%20conten%C3%A7%C3%A3o%20da>. Acesso em: 17 maio. 2023.

SCHMIDT, K. H. et al. **Foco e cobertura do Programa Bolsa Família na coorte de nascimentos de Pelotas, 2004**. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 30 mar. 2017.

SENADO NOTÍCIAS. **Lula é eleito presidente da república pela terceira vez -**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/10/30/lula-e-eleito-presidente-da-republica-pela-terceira-vez>. Acesso em: 17 maio. 2023.

SERGIO, N. et al. **A emenda constitucional 95 e seus efeitos**. *Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ*, v. 22, n. 2, p. 54–75, 2017.

SHEI, A. et al. **The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes**. *BMC International Health and Human Rights*, v. 14, n. 1, p. 1–9, 1 abr. 2014.

SILVA, M. O. DA S. E. **Contemporaneidade dos Programas de Transferência Monetária no Brasil: proteger ou mitigar a pobreza?** *Serviço Social & Sociedade*, v. 145, n. 145, p. 53–71, 29 ago. 2022a.

SILVA, M. O. DA S. E. **Contemporaneidade dos Programas de Transferência Monetária no Brasil: proteger ou mitigar a pobreza?** *Serviço Social & Sociedade*, v. 145, n. 145, p. 53–71, 29 ago. 2022b.

SOARES, Nicolau. **Extrema pobreza cresce quase 50% e atinge 17,9 milhões de brasileiros em 2021, diz IBGE**: Marca recorde significa que miséria já atinge 8,4% da população do país. Brasil de Fato. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/12/02/extrema-pobreza-cresce-quase-50-e-atinge-17-9-milhoes-de-brasileiros-em-2021-diz-ibge>. Acesso em: 11 mai. 2023.

UNDIME . **Bolsa-Escola e o benefício social único**. 2003. Disponível em: <https://undime.org.br/noticia/bolsaescola-e-o-beneficio-social-unico#:~:text=O%20programa%20paga%20R%24%2015,todos%20seus%20filhos%20na%20escola..> Acesso em: 26 abr. 2023.

VELOSO, Iracema Santos; SANTANA, Vilma Sousa; OLIVEIRA, Nelson Fernandes. **Programas de alimentação para o trabalhador e seu impacto sobre ganho de peso e sobrepeso**. Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 41, n. 5, p. 769–776, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000500011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/zXZxLRK6gFzLTDGqzVbRTp/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2023

WEISSHEIMER, M. A. **Bolsa família: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, v.1, 2006.

ANEXO A – FLUXOGRAMA DA REDE DA PMC

