3. Recomendações

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Recomendações. In: *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 131-148. ISBN: 978-85-7541-591-7. Available from: doi: [10.7476/9788575415917.0005](https://doi.org/10.7476/9788575415917.0005). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/bwb4z/epub/comissao-9788575415917.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

3.RECOMENDAÇÕES

Esta seção inclui uma série de recomendações para intervenções sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), com vistas a contribuir para a superação dos problemas assinalados neste relatório, particularmente para o combate às iniquidades em saúde. Estas intervenções adotam como referência os princípios e estratégias de Promoção da Saúde, estabelecidos numa série de cinco Conferências Internacionais desde 1986 a 1997, com destaque para a primeira delas, onde se lançou a Carta de Ottawa. Reconhecendo que a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde dos povos, a Carta de Ottawa identifica como condições-chave para promover a saúde o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

131

3.1. AS POLÍTICAS E PROGRAMAS EM CURSO¹

Esta década vem assistindo à expansão de políticas e programas voltados para populações de maior vulnerabilidade social. No entanto, embora o alvo de várias dessas iniciativas seja muitas vezes um mesmo grupo populacional e ocorra em um mesmo espaço, os problemas sociais tematizados são abordados de forma setorializada, fragmentada, carentes de articulação entre si. O próprio modelo de organização do nível federal, excessivamente horizontalizado e com poucas instâncias de articulação interna produz uma forma de intervenção que tende à competição entre os agentes públicos, à redundância de ações, à ineficiência do gasto público e à baixa qualidade dos serviços prestados à população.

Há inúmeros fenômenos que concorrem para a produção das condições de saúde da população e que no Brasil são objeto de programas e ações de órgãos pertencentes a diferentes setores sociais. No entanto, estas intervenções não costumam ser categorizadas como sendo da saúde *stricto sensu*, tampouco costumam ser percebidas, pela população em geral, como determinantes para as condições de saúde. Dessa forma, programas e políticas sociais que embora freqüentemente tenham abrangência intersetorial, apresentam efetividade limitada, não conseguindo atuar adequadamente sobre os mecanismos determinantes das iniquidades em saúde.

¹ Esta seção é um extrato da revisão e análise das políticas e programas em andamento relacionadas com os determinantes sociais da saúde feita, por encomenda da CNDSS, por Rômulo Paes de Sousa e Jeni Vaitzman (coordenadores); Eliane Hollanda de Carvalho; Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira; Alex Molinaro; Maria Elizabeth Salerno Pinho e Gabriela Rievers Borges de Andrade

A seguir, é apresentado um mapeamento das ações de políticas sociais que têm relação com os determinantes sociais da saúde e que são executadas, principalmente, por outros ministérios que não o da Saúde. Nesse mapeamento, é verificada a execução orçamentária dessas ações no triênio 2004-2006, sendo identificadas as que são objeto da atuação desses vários órgãos e as que apresentam possibilidades ou potencialidades de articulação com o setor saúde.

Metodologia

O período de referência para a revisão foi o triênio 2004-2006. Neste período, mais de 390 programas e 4.000 ações governamentais foram executados, anualmente. Foram selecionadas aquelas relacionadas às condições de vida e saúde, que tradicionalmente consistem objeto de estudo e intervenção na área da saúde coletiva, ainda que não necessariamente em objeto de atuação do Ministério da Saúde e seus equivalentes nas esferas subnacionais. Também foram incorporadas aquelas ações relacionadas a temáticas que, nesta década, vêm sendo objeto de ação governamental para a redução de desigualdades sociais e em saúde, selecionando-se programas/ações dirigidas às populações em situações de vulnerabilidade.

As ações foram classificadas segundo as seguintes áreas temáticas: Agricultura, Alimentação, Ambiente/Habitação, Educação/Esporte e Cultura, Proteção Social Não Contributiva, Trabalho e Inclusão Produtiva, Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos.

Os órgãos responsáveis/executores das ações estudadas são os seguintes:

1. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa)
2. Ministério da Cultura (MinC)
3. Ministério das Cidades (MCID)
4. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)
5. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)
6. Ministério do Esporte (ME)
7. Ministério da Educação (MEC)
8. Ministério da Integração Nacional (MI)
9. Ministério da Justiça (MJ)
10. Ministério do Meio Ambiente (MMA)
11. Ministério da Saúde (MS)
12. Ministério do Trabalho e Emprego (MTRE)
13. Presidência Da República (PR)
14. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (PR/SEPM)
15. Secretaria Especial de Direitos Humanos (PR/SEDH)
16. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (PR/Seppir)

As fontes de informações básicas foram o Plano Plurianual (PPA), que possui os dados para o período estudado, e o Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal (Siafi), considerando os dados para o período em estudo. O PPA é o instrumento que expressa as diretrizes da ação governamental e as informações programáticas e orçamentárias, em

relação aos seus vários setores de atuação. Dele foram extraídas as informações referentes à justificativa, aos objetivos e à finalidade, às instituições responsáveis e às articulações interinstitucionais. No tocante aos dados orçamentários, não foram utilizados os valores apresentados no relatório do PPA, já que estes sofrem revisões ao longo de cada ano. Como consequência, os dados orçamentários, tal como constam dos relatórios do PPA, muitas vezes não correspondem ao que foi efetivamente executado pelos ministérios. Então, optou-se pelo uso do Siafi como fonte de dados primária e do SIGA Brasil-Senado Federal. Ambas mostraram-se fontes mais robustas para analisar o que foi efetivamente executado. A consistência da fonte e dos dados orçamentários utilizados na tabulação foi verificada junto a técnicos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A identificação das ações relevantes quanto aos sete temas definidos foi feita com base na revisão de todos os programas e todas as ações contidas no Cadastro de Ações do PPA, durante o triênio 2004-2006, disponível nas páginas eletrônicas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Com vistas à uniformização da descrição das ações, optou-se por extrair do texto da “justificativa” os “objetivos” dos programas, e procedeu-se da mesma maneira com o item “finalidade” das ações orçamentárias selecionadas para cada programa. Selecionaram-se 55 programas e 86 ações consideradas como as mais relevantes em sua relação com os determinantes sociais da saúde, sendo classificadas nas sete áreas temáticas. Apenas as ações cujos resultados finais visavam aos indivíduos, às famílias ou às comunidades foram selecionadas. Ainda que o objetivo principal do trabalho tenha sido o levantamento de ações extra-Ministério da Saúde, algumas ações deste órgão em áreas “extra-saúde” foram selecionadas (Tabela 29 e Gráficos 36 e 37).

Tabela 29 – Distribuição das ações segundo tema e órgão executor: 2004-2006

Temas																
Órgão executor	Agricultura		Alimentação		Ambiente / Habitação		Educação esporte e cultura		Preven. combate à violência promoção de direitos		Proteção social não contributiva		Trabalho e inclusão produtiva		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Mapa	1	12,5		0,0		0,0	1	6,3		0,0		0,0		0,0	2	2,3
2 MCID		0,0		0,0	3	18,8		0,0	1	12,5		0,0		0,0	4	4,7
3 MinC		0,0		0,0		0,0	1	6,3		0,0		0,0		0,0	1	1,2
4 MDA	4	50,0		0,0		0,0	1	6,3		0,0		0,0		0,0	6	7,0
5 MDS	2	25,0		0,0		0,0		0,0	1	12,5	15	71,4	1	7,1	19	22,1
6 ME		0,0		0,0		0,0	2	12,5		0,0		0,0		0,0	2	2,3
7 MEC		0,0	1	33,3		0,0	8	50,0	1	12,5		0,0		0,0	10	11,6
8 MI		0,0		0,0	2	12,5		0,0		0,0		0,0	3	21,4	5	5,8
9 MJ		0,0		0,0	1	6,3		0,0	1	12,5	3	14,3	2	14,3	7	8,1
10 MMA		0,0	1	33,3	3	18,8		0,0		0,0		0,0		0,0	4	4,7
11 MS	1	12,5	1	33,3	7	43,8		0,0		0,0	1	4,8		0,0	10	11,6
12 MTRE		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	4	28,6	4	4,7
13 PR		0,0		0,0		0,0	3	18,8		0,0		0,0		0,0	3	3,5
14 PR/SEDH		0,0		0,0		0,0		0,0	4	50,0	1	4,8		0,0	5	5,8
15 PR/SEPM		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	1	4,8	2	14,3	3	3,5
16 PR/Seppir		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	1	7,1	1	1,2
TOTAL	8	100,0	3	100,0	16	100,0	16	100,0	8	100,0	21	100,0	14	100,0	86	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2007.

Gráfico 36 – Participação relativa dos órgãos no total das ações selecionadas: 2004-2006

Fonte: Elaboração própria, 2007.

Gráfico 37 – Participação relativa das ações estudadas por tema: 2007

Fonte: Elaboração própria, 2007.

As 86 ações selecionadas foram executadas por 16 órgãos federais. Na maioria dos casos, um mesmo órgão costuma executar ações transversalmente, em diferentes temáticas. A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial desenvolveu ações em apenas um tema, Trabalho e Inclusão Produtiva, relacionado ao desenvolvimento de comunidades quilombolas; o mesmo se deu com o Ministério da Cultura, que desenvolveu um único projeto, relativo ao fomento a grupos e redes da diversidade cultural brasileira.

O maior número de ações foi executado na área da Proteção Social Não Contributiva (24,4% do total), sendo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome o executor da maioria delas. Trata-se de todo um conjunto de ações de proteção social básica e especial, voltadas para famílias, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, que, como parte da construção do Sistema Único de Assistência Social, experimentou uma grande expansão no triênio. Ainda que os diferentes tipos de vulnerabilidade venham sendo enfrentados por ações majoritariamente do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, outros órgãos executaram ações voltadas para grupos com situações específicas de vulnerabilidade e/ou risco. O Ministério da Justiça executou ações de proteção aos indígenas (que, tradicionalmente, estão sob a sua responsabilidade), às mulheres, e às crianças e adolescentes em situação de risco. O Ministério da Saúde contribuiu com o tema por meio de ações de reabilitação de egressos de internações psiquiátricas.

O tema Ambiente/Habitação contribui com 18,6% do total das ações estudadas. As ações de saneamento, em áreas rurais e indígenas e em municípios de pequeno porte, são executadas, em sua maioria, pelo Ministério da Saúde, ainda que o Ministério do Meio Ambiente e o Ministério das Cidades também estejam envolvidos, em articulação com o Ministério da Saúde, como responsáveis pelos diferentes programas de saneamento rural e urbano, aos quais pertencem as ações selecionadas. As ações voltadas para a melhoria das condições de habitação e prevenção de riscos em assentamentos precários, autoconstrução e mutirão aparecem como de responsabilidade e execução do Ministério das Cidades. O Ministério da Justiça executa ação relativa à conservação e recuperação da biodiversidade em terras indígenas.

A área temática Alimentação corresponde a 3,5% do total. Deve-se observar que há programas e ações relacionados à aquisição, produção ou melhoria da alimentação que foram classificados em outras áreas temáticas. Os programas de transferência de renda voltados para grupos vulneráveis constituem apoio à melhoria da alimentação dos beneficiários, sendo, portanto, vinculados à área temática Alimentação. Outro exemplo refere-se às ações voltadas para a promoção da agricultura familiar, que visa a ampliar o padrão de renda de famílias de trabalhadores rurais e o acesso à alimentação por grupos em situação de insegurança alimentar.

A área temática Agricultura agrupa três programas, sendo a maior parte executada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário. As ações dirigem-se prioritariamente à capacitação de agricultores familiares, à aquisição de alimentos da agricultura familiar e à disponibilidade de insumos para a atividade agrícola.

A área temática Trabalho e Inclusão Produtiva agrega programas e ações centradas em capacitação de segmentos específicos em situação de vulnerabilidade (jovens, indígenas, quilombolas e mulheres). As ações voltam-se para capacitação e qualificação dos grupos-alvo, fomento ao desenvolvimento sustentável e concessão de auxílio financeiro. O Ministério do Trabalho e Emprego executa quatro destes programas.

A área temática de Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos concentra-se no apoio, proteção e capacitação de jovens em situação vulnerável. Secundariamente, esta área dirige-se à proteção de idosos e à educação no trânsito.

Execução Orçamentária de Programas e Ações

Em relação aos temas abordados, os dados mostram pouca alteração na distribuição de recursos ao longo do triênio (Tabela 30). Proteção Social aos Grupos Vulneráveis foi responsável pela execução de mais de 80% dos recursos gastos com os programas e ações selecionados. Em 2004, este percentual foi de 86,80%, em 2005 de 86,70% e, em 2006, de 88,75%. De certa forma, este resultado era esperado na medida em que o maior número de ações executadas encontra-se neste tema. A proteção social a grupos vulneráveis é efetivamente um componente decisivo para a diminuição de desigualdades sociais, e em saúde e indica uma prioridade política no triênio.

Em seguida, encontra-se o tema Alimentação, que executou em média 8,5% dos recursos. Apesar de o tema ter tido apenas três ações executadas, entre estas encontra-se a merenda escolar com grande volume de recursos executados, o que explica este percentual.

A Tabela 31 traça um paralelo entre a execução orçamentária total dos órgãos responsáveis pelas ações selecionadas e o valor despendido, especificamente, nessas ações. Da execução dos órgãos listados, foram deduzidos os valores referentes às despesas com previdência de inativos e de apoio administrativo, uma vez que o objetivo do levantamento foi identificar as ações-fim. Uma primeira observação derivada da leitura destes dados é de que, no triênio 2004-2006, houve um aumento no aporte total de recursos executados pelos ministérios e nas ações pesquisadas.

Tabela 30 – Valores totais executados por tema: 2004-2006

Temas	2004		2005		2006	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Agricultura	172.967.730,22	1,41	240.090.593,40	1,63	156.579.394,67	0,86
Alimentação	1.014.501.926,55	8,29	1.289.058.405,87	8,74	1.541.900.867,00	8,47
Ambiente/Habitação	94.585.931,35	0,77	36.550.480,82	0,25	174.755.312,50	0,96
Educação, Esporte e Cultura	236.828.320,13	1,93	286.031.130,26	1,94	85.731.536,34	0,47
Prev. e Combate à Violência e Prom. Direitos	38.857.704,58	0,32	14.510.734,89	0,10	59.955.190,28	0,33
Proteção Social para Grupos Vulneráveis	10.628.378.279,72	86,80	12.781.128.104,17	86,70	16.163.312.990,91	88,75
Trabalho e Inclusão Produtiva	58.011.358,85	0,47	93.606.657,95	0,64	30.734.058,21	0,17
TOTAL	12.244.131.251,40	100,00	14.740.976.107,36	100,00	18.212.969.349,91	100,00

Fonte: MPOG, Siga, Siaf, 2007.

Tabela 31 – Execução orçamentária total do universo pesquisado: 2004-2006 *

Orgão executor	Execução total dos órgãos (a)				Execução das ações selecionadas (b)				% b/a		
	2004	2005	2006		2004	2005	2006		2004	2005	2006
1 Mapa	1.240.090.034	1.830.156.139	1.721.600.671		860.409	51.750	1.155.385		0,07	0,00	0,07
2 MCID	1.377.697.816	1.102.064.532	1.213.387.682		44.058.157	2.772.130	68.219.147		3,20	0,25	5,62
3 MinC	146.352.399	235.157.859	225.933.196		0	0	0		0,00	0,00	0,00
4 MDA	1.386.262.491	2.005.537.632	2.121.436.972		3.125.545	14.058.446	94.021.369		0,23	0,70	4,43
5 MDS		15.464.625.365	21.216.493.342		10.816.780.261	13.021.223.501	16.270.910.663		-	84,20	76,69
6 ME	124.549.896	86.838.413	240.057.848		28.441.745	51.112.216	56.617.446		22,84	58,86	23,58
7 MEC	12.928.424.088	13.384.412.092	16.388.993.701		1.224.270.111	1.293.837.709	1.497.823.176		9,47	9,67	9,14
8 MI	4.264.332.946	4.782.434.057	4.921.621.674		13.323.512	9.152.364	4.532.890		0,31	0,19	0,09
9 MJ	2.532.063.410	1.488.309.236	630.907.460		13.442.398	13.769.059	11.987.362		0,53	0,93	1,90
10 MMA	274.193.253	315.751.940	307.592.242		1.112.233	66.836.629	63.833.356		0,41	21,17	20,75
11 MS	26.908.410.633	30.103.332.853	31.753.589.204		51.133.709	35.523.140	112.445.081		0,19	0,12	0,35
12 MTRE	17.868.339.556	21.646.818.672	25.645.635.732		30.134.466	60.764.878	13.302.882		0,17	0,28	0,05
13 PR	1.721.208.222	1.701.022.222	2.276.465.248		2.657.170	154.800.783	2.582.203		0,15	9,10	0,11
14 PR/SEDH**	1.721.208.222	1.701.022.222	2.276.465.248		12.616.530	13.741.686	9.811.037		0,73	0,81	0,43
15 PR/SEPM**	1.721.208.222	1.701.022.222	2.276.465.248		0	0	350.000		0,00	0,00	0,02
16 PR/Seppir**	1.721.208.222	1.701.022.222	2.276.465.248		2.175.005	3.331.817	5.377.354		0,13	0,20	0,24
TOTAL	75.935.549.410	99.249.527.680	115.493.110.717		12.244.131.251	14.740.976.107	18.212.969.350		16,12	14,85	15,77

Fonte: MPOG, Siga, Siafi, 2007.

*Foram deduzidos os valores referentes às despesas com previdência de inativos e pensionistas e de apoio administrativo.

**Foi considerada a execução global do orçamento da Presidência da República.

As ações selecionadas, com execução a cargo do Ministério de Desenvolvimento Social, foram as que apresentaram, ao longo do triênio 2004-2006, o maior dispêndio de recursos em valores absolutos e relativos, correspondendo a 84,2% do valor total executado em 2005 e 76,7% em 2006. Cabe destacar que não havia execução orçamentária prevista para o Ministério de Desenvolvimento Social no ano de 2004.

O Ministério da Educação aparece como o segundo órgão na execução de valores com as ações que compõem o universo desta revisão. Nos anos 2004-2005, mais de 1 bilhão e 200 milhões de reais foram executados, subindo estes valores para cerca de 1 bilhão e 500 milhões de reais em 2006. Apesar deste dispêndio, em valores relativos o peso destas ações no orçamento total executado pelo ministério foi de 9,47% em 2004, 9,67% em 2005 e 9,14% em 2006.

Comportamento semelhante apresentou o Ministério da Saúde. Apesar de ter investido mais de 51 milhões de reais no ano de 2004 nas ações selecionadas, mais de 35 milhões em 2005 e mais de 112 milhões em 2006, estas ações responderam por apenas 1% do valor total do orçamento deste ministério.

A despeito da sua inclusão no Planejamento Plurianual os dados levantados mostram que cerca de 10% das ações selecionadas não tiveram orçamento executado em nenhum dos anos analisados.

Avaliação dos Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Como mostra o levantamento da execução orçamentária de programas e ações, no triênio 2004-2006, relacionados aos DSS, a área da proteção social não-contributiva responde por mais de 85% dos recursos executados, os quais se concentram no Ministério do Desenvolvimento Social. A seguir, são apresentados, de forma resumida, os resultados de alguns estudos de avaliação sobre esses programas, contratados em sua maioria pelo Ministério do Desenvolvimento Social junto a várias instituições de pesquisa. Cabe ressaltar que o pouco tempo de existência dos programas é apontado na literatura como uma dificuldade para uma avaliação mais substantiva de políticas ou programas. Logo, os trabalhos devem ser vistos com cautela na análise de seus resultados e eventuais projeções/especulações.

O principal programa da área de proteção social é o Programa Bolsa Família, criado em 2003 pelo Governo Federal e que alcançou, em 2006, uma cobertura de 11,2 milhões de famílias. Seus objetivos são: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial crianças e gestantes, de saúde, educação e serviço social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do poder público.

Diferentes estudos foram feitos para avaliar os resultados do Programa Bolsa Família. De modo geral, no que se refere à utilização dos recursos recebidos, todos eles apontam para a alimentação como item principal, seguido de material escolar, roupas/calçados e medicamentos (Oliveira *et al.*, 2007; Instituto Polis, 2007; Silva *et al.*, 2007).

A pesquisa domiciliar, com desenho quasi-experimental e longitudinal, baseou-se em amostra representativa para três macrorregiões: 1) Nordeste, Sudeste e Sul, 2) Norte e 3) Centro-Oeste. Os questionários foram coletados em 14.022 domicílios, comparando-se dados de três grupos, pareados entre si: beneficiários do Programa Bolsa Família, beneficiários de outros programas sociais, não-beneficiários de qualquer programa.

O desempenho positivo do programa foi verificado em indicadores educacionais (frequência, evasão e progressão), que mostram os beneficiários do Programa Bolsa Família com menor taxa de evasão do que os de outros programas sociais e entre aqueles que não são beneficiários de programas sociais (Oliveira *et al.*, 2007). No entanto, constatou-se menor índice de aprovação entre os beneficiários do Programa Bolsa Família, sobretudo em relação ao grupo beneficiário de outros programas. Esse último resultado sugere que há redução da evasão e conseqüente aumento da permanência no sistema escolar de um ano para outro, implicando que os alunos de menor desempenho escolar e com maior probabilidade de evasão estão permanecendo na escola, mas isso não é suficiente para que aumentem o seu desempenho. Logo, a escola necessita adaptar-se a esta nova realidade: enfrentar as dificuldades apresentadas pelos alunos que possuem maior dificuldade de aprendizado e ou sociabilidade. Dessa forma, o aumento de demanda escolar do Programa atingiria, inclusive, os que possuem maior dificuldade de permanecer na escola.

O estudo do Instituto Polis (2007) reitera a dificuldade de acesso aos serviços básicos, sobretudo os de saúde, como um dos obstáculos para o cumprimento das condicionalidades. Com base em mais de 400 entrevistas, realizadas em cada região do país, mais de 80,9% dos entrevistados consideraram fácil ou muito fácil conseguir vaga em escola pública, mas no caso dos serviços de saúde este percentual caiu para 40,9%, o que explicaria o fato de apenas 51% das gestantes entrevistadas nesta pesquisa terem feito mais de cinco consultas durante o pré-natal.

O acesso à renda assegurada pelo Programa Bolsa Família possibilitou a transferência de parcela da população brasileira para a condição de segurança alimentar. Estudo realizado com 3.000 famílias que recebiam o benefício há mais 12 meses e 1.000 famílias com menos de 12 meses, em 53 municípios do país, concluiu que o Programa Bolsa Família modificou o padrão alimentar das famílias, possibilitando a melhora na qualidade e na variedade dos alimentos consumidos. Mais de 90% das crianças, jovens e adultos pesquisados fazem três refeições ao dia, sendo a quantidade dos alimentos ingeridos considerados satisfatórios por 54% do total de entrevistados. A pesquisa mostra, ainda, que 48,7% dos beneficiários gastam os recursos provenientes do benefício com alimentação, seguido por material escolar, com 18,%, e 10,1% com remédios (Silva *et al.*, 2007).

Outro aspecto importante dos programas de transferência de renda diz respeito ao seu potencial para a redução da pobreza e da desigualdade no país, uma das mais altas do mundo. Com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2004, Soares *et al.* (2006) concluíram que, em conjunto, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família foram responsáveis por 28% da redução da queda do Índice de Gini no período de 1995-2004, sendo que o Programa Bolsa Família apresentou maior potencial

de redução (21%) do que o Benefício de Prestação Continuada (7%). No entanto, no que diz respeito à diminuição da pobreza, a situação se inverte, uma vez que o valor mais alto do Benefício de Prestação Continuada é capaz de retirar as famílias beneficiadas da pobreza, enquanto o Programa Bolsa Família é capaz apenas de aliviá-la.

Estudos realizados, em 2005 e 2006, com o objetivo de monitorar a situação nutricional de crianças de populações com maior vulnerabilidade nutricional, aferiram a boa focalização do Programa Bolsa Família e sua contribuição para a redução da desnutrição, isto é, que o Programa está atingindo as populações mais carentes. Nos estudos, foram coletados dados de antropometria (peso e altura) e padrão alimentar de crianças menores de 5 anos do Norte e do semi-árido brasileiro e moradoras em assentamentos rurais do Nordeste e de crianças e adultos indígenas e quilombolas. O estudo da população quilombola (MDS, 2007) em 60 comunidades dispersas em 22 estados brasileiros, com 2.941 crianças, mostrou que do total de crianças pesquisadas 11,6% apresentavam formas crônicas de desnutrição e 2% apresentaram desnutrição aguda, o que é comparável aos padrões encontrados na região urbana do Nordeste, no ano de 1996. São crianças oriundas da classe E, em 57,5% dos casos, com 51,7% das famílias sendo atendidas pelo Programa Bolsa Família; baixa escolaridade, com 47,3% de chefes de família e 43,8% de mães possuindo até quatro anos de estudo; rede precária de esgotamento sanitário, com valas a céu aberto em 45,9% das moradias; e acesso à água proveniente de nascentes ou poços em 43,8% dos casos.

No semi-árido brasileiro, com base em amostra de 17.587 crianças, distribuídas em 307 municípios da região, verificou-se uma associação positiva entre melhoria das condições de nutrição e participação no Programa Bolsa Família. Concluiu-se que a desnutrição é 30% mais freqüente entre as crianças não inscritas no Programa Bolsa Família. Os maiores beneficiados são as crianças entre 6 e 11 meses de idade e, neste caso, a participação no programa de transferência de renda reduz o risco de desnutrição crônica em 62,1% (Monteiro, Conde & Konno, 2006).

Outra avaliação de impacto foi realizada sobre o Programa Um Milhão de Cisternas. Este programa busca melhorar as condições de sobrevivência das famílias beneficiárias, garantindo o abastecimento de água apropriada para o consumo humano no período da seca. Em dezembro de 2007, o Programa registrava 200 mil cisternas construídas, beneficiando 1 milhão de pessoas. Estudo realizado pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) para avaliar os impactos em relação ao uso de água proveniente da cisterna e de fontes alternativas à cisterna (Lima *et al.*, 2007) apresenta dados que reforçam a importância do Programa. O estudo foi feito com base em uma amostra estratificada de 4.189 domicílios em um conjunto de 11 regiões com características geoambientais distintas, a partir de zoneamento agroecológico do semi-árido brasileiro.

A partir da introdução da tecnologia da construção de cisternas na região, observou-se impacto positivo na vida dos beneficiários, levando à melhoria da sua condição de vida (redução das despesas das famílias, maior facilidade no preparo de alimentos, redução no tempo dispendido na busca da água e queda na incidência de enfermidades investigadas,

tais como: diarreia, desidratação, doenças de pele, doenças renais, sensação de cansaço e também na perda de dias de trabalho e visitas ao médico).

Com relação à focalização dos programas de transferência de renda, dados da Pnad 2004, publicados pelo IBGE em 2008, revelam que 15,6% dos domicílios no país tinham pelo menos um morador recebendo dinheiro de programa social do governo, sendo que, na Região Nordeste, este percentual chegou a 32%. Nesses domicílios beneficiados, 91% tinham rendimento domiciliar *per capita* de até um salário mínimo e 1,1% de mais de dois salários mínimos. O rendimento mediano mensal dos domicílios que tinham algum morador recebendo dinheiro de programa social do governo (R\$ 458) estava em patamar inferior ao dos que não tinham (R\$ 880).

Quanto às condições habitacionais dos domicílios, o percentual com instalações sanitárias adequadas (instalação sanitária ligada à rede coletora de esgoto ou à fossa séptica) foi de 42,4% no grupo dos beneficiados e de 73,9% no dos que não tiveram ajuda monetária de programa social do governo. Em relação ao atendimento por rede geral de abastecimento de água, esses percentuais foram, respectivamente, 69% e 84,7%.

A proporção de pessoas com pelo menos o equivalente ao ensino médio concluído (11 anos ou mais de estudo) foi de 6,7% no grupo dos moradores em domicílios que receberam benefício; e atingiu 31% no dos residentes em moradias que não receberam dinheiro de programa social do governo. Já as proporções de pessoas com 15 anos ou mais de estudo (ou seja, que concluíram pelo menos quatro séries de curso superior) foram, respectivamente, 0,3% e 6,8%. Na população de 10 anos ou mais de idade, a taxa de analfabetismo foi de 18,2% para o grupo dos moradores em domicílios em que houve recebimento monetário de programa social do governo e 8,6% no dos residentes em moradias em que não houve.

As pessoas com emprego registrado (com carteira de trabalho assinada, militares ou funcionários públicos estatutários) representavam 38,3% dos moradores em domicílios que receberam transferência em dinheiro de programa social do governo e 66,2% na dos residentes em moradias que não receberam.

Conclusões

Os valores e o volume de ações indicam que o conjunto temático estudado ocupa lugar de destaque na agenda política do governo federal. O crescimento dos valores envolvidos indica que não houve, de maneira geral, depreciação nos níveis de investimento no setor. Uma proporção razoável desses programas e ações (45%) manteve-se ao longo do triênio estudado. As ações de maior participação orçamentária no universo estudado apresentaram constância em sua execução.

No que se refere aos programas considerados relevantes para os DSS, pode-se identificar várias situações, entre as quais: a) programas intersetoriais, que pressupõem em seu desenho e desde sua formulação ações transversais em vários setores de intervenção governamental; b) programas setoriais, formulados em diferentes ministérios, mas que se articulam no

contexto local, para alcançar um público-alvo específico e atingir um ou mais problemas; c) programas setoriais formulados em um único ministério, mas abrangendo vários problemas e grupos-alvo.

A ação intersetorial implica não apenas uma agregação formal de órgãos responsáveis, mas a definição de objetivos claros da ação e atribuições de atividades e responsabilidades. Pressupõe, ainda, a efetiva articulação de atores e organizações envolvidas nas várias etapas dos processos de implementação. Isso é particularmente verdadeiro para um tipo de intervenção na qual ações oriundas de diferentes setores se articulam para enfrentar, de forma integrada, um problema que se manifesta em determinada população-alvo. Além disso, do ponto de vista institucional, a ação intersetorial diz respeito a relações horizontais (entre setores) e verticais (entre níveis federativos). Ou seja, ocorre tanto no nível federal quanto no local, e ainda que um programa tenha sido formulado com desenho intersetorial, como forma de enfrentar as vulnerabilidades de maneira integrada, a implementação de suas ações ocorre no nível local, dependendo de um conjunto de outras condições, entre as quais, as políticas, as organizacionais e as de gestão.

O desenho federativo brasileiro dá poder de decisão às administrações locais em um conjunto de atividades e ações necessárias à implementação de programas e ações do governo federal. Em contrapartida, o modo setorial como se organizam e operam os órgãos governamentais, nos três níveis federativos, limita uma efetiva integração entre ações. Isso ocorre mesmo que o alvo seja um único grupo ou problema social e mesmo que as ações aconteçam em um só espaço ou território, embora existam experiências inovadoras, sobretudo no nível local (Junqueira, Inojosa & Komatsu, 1997; Andrade, 2006).

As dificuldades de articulação intersetorial das ações governamentais são reproduzidas pelo formato da participação da sociedade civil nos conselhos locais de gestão das políticas sociais, como mostra Andrade (2007) para o município de Piraí, Estado do Rio de Janeiro. Com cerca de 24 mil habitantes e bons indicadores de desempenho e de participação social, o município possui 14 conselhos de políticas sociais criados por lei municipal, sendo que o mesmo grupo de pessoas associadas a entidades sem fins lucrativos de diversos perfis tende a participar dos vários conselhos.

A maior parte dos representantes da sociedade civil nos conselhos tem uma visão mais integrada, menos fragmentada, dos problemas do território onde atuam, do que a visão dos profissionais e gestores, que costuma ser setorial. Embora líderes comunitários identifiquem vários problemas que ultrapassam os limites de um único setor de atuação governamental, os encaminhamentos para a resolução de problemas são endereçados ao setor ao qual o conselho está vinculado, o que limita a efetividade das respostas. O formato setorial dos conselhos também induz à fragmentação setorial das políticas, retirando a possibilidade de eles funcionarem como instâncias integradoras e intersetoriais.

As dificuldades de operar um programa intersetorial podem ser vistas no caso do Programa Bolsa Família. Ainda que um de seus objetivos seja “promover a intersectorialidade, a

complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público” (MDS, 2004), isso não quer dizer que haja uma articulação efetiva e pró-ativa de ações de saúde e educação dirigidas aos beneficiários da transferência de renda. Em muitos municípios, as secretarias setoriais não se articulam para a oferta comum de serviços, e a intersetorialidade do programa ocorre apenas no nível da informação, quando os registros de frequência escolar e acompanhamento em saúde são enviados pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Contudo, há exemplos de sinergia e articulação entre programas setoriais. Em Belo Horizonte, encontrou-se a articulação entre ações de diferentes programas sobre um mesmo público-alvo, o dos beneficiários do Programa Bolsa Família. Um exemplo é o encaminhamento de jovens ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (que é de responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome), de mulheres e jovens a iniciativas de geração de emprego e renda da própria prefeitura e ao Programa de Educação de Jovens e Adultos, do Ministério da Educação. Em Aracaju, profissionais da Secretaria de Assistência Social (Centros de Referência de Assistência Social) faziam visitas domiciliares para encaminhar os membros das famílias à rede de proteção social municipal, com ações promovidas por organizações não-governamentais, como cursos profissionalizantes para jovens e beneficiários, ações de combate à violência contra mulheres e programas para crianças. Programas de alfabetização para idosos e de geração de renda destinavam-se, prioritariamente, ao público do Programa Bolsa Família.

Em conclusão, os dados desta revisão sugerem que, no tocante à articulação das políticas, programas e ações, existe uma baixa articulação entre os temas escolhidos, baixa articulação entre os órgãos executores e baixa articulação do Ministério da Saúde nas ações estudadas. Sugere também fragmentação e provável redundância de ações, concorrência entre órgãos públicos federais e baixa coordenação entre eles. Contudo, para uma análise adequada das relações e da articulação entre órgãos de vários setores e níveis federativos e para uma análise dos desafios para a intervenção intersetorial seria necessário outro desenho de investigação. O objetivo dessa revisão foi identificar, tanto em termos das diretrizes político-programáticas quanto orçamentárias, programas e ações cujo objetivo é a intervenção sobre questões relacionadas aos DSS. Dentro do escopo da metodologia utilizada, baseada nas descrições dos programas e ações do PPA e de sua execução, tal como consta no Siafi, foi possível identificar as relações formais entre os órgãos responsáveis e executores de programas e ações nas áreas temáticas definidas, bem como a relevância orçamentária das ações selecionadas.

A despeito do caráter predominantemente descritivo desta revisão, é possível adiantar algumas implicações em termos de políticas públicas: 1) ampliar o patamar de investimento das ações estudadas; 2) promover a racionalização dos investimentos, concentrando-os nas ações que apresentaram maior consistência ao longo do tempo; 3) promover a articulação dessas ações; 4) integrar os vários órgãos federais envolvidos na execução de programas e ações, inclusive o Ministério da Saúde, em uma agenda comum, pautada pelos DSS.

3.2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PROCESSOS

As intervenções sobre os DSS, com o objetivo de promover a equidade, devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgren e Whitehead, ou seja, devem incidir sobre os determinantes *proximais*, vinculados aos comportamentos individuais; *intermediários*, relacionados às condições de vida e trabalho; e *distais*, referentes à macroestrutura econômica, social e cultural.

São exemplos dessas políticas:

- políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade;
- políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública;
- políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;
- políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida, mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

Para que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a *intersectorialidade*; a *participação social* e as *evidências científicas*. Esquemáticamente:

Recomenda-se que, em um primeiro momento, seja dada prioridade às ações intersetoriais relacionadas à *promoção da saúde na infância e adolescência* e ao fortalecimento das *redes de municípios saudáveis* já existentes no país, por meio de um programa continuado de disseminação seletiva de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências relacionadas aos DSS. Ademais, propõe-se o fortalecimento de duas outras estratégias da promoção da saúde, experimentadas com sucesso em diferentes contextos: as *escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis*.

Para a produção regular de *evidências científicas* sobre os DSS sugere-se a criação de um *programa conjunto MCT/MS* para apoio, através de editais periódicos, a projetos de pesquisa sobre DSS e para estabelecimento de redes de intercâmbio e colaboração entre pesquisadores e gestores, visando ao seguimento dos projetos e à utilização dos resultados. Sugere-se, também, estabelecer um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e de avaliação de impacto das ações intersetoriais sobre a saúde.

Para a promoção da *participação social*, sugere-se fortalecer os mecanismos de gestão participativa, principalmente os Conselhos Municipais de Saúde. Isso pode se dar por meio de ações de disseminação seletiva de informações e capacitação de lideranças comunitárias com relação aos DSS, além de fortalecimento das ações de comunicação social referentes aos DSS. O objetivo final é conferir a necessária base de apoio político às ações sobre os DSS e ‘empoderar’ os grupos populacionais vulneráveis, de maneira que possam participar das decisões relativas à sua saúde e bem-estar.