

5. Santos WG. O híbrido institucional brasileiro. In: Santos WG. *Razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 1993.
6. Fleury S. *Legitimidade política, Estado e cultura*. Bolívia: IDH/ PNUD; 2002.
7. Santos B de S. *A construção multicultural da igualdade e da diferença*. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Sociologia; 1995; Rio de Janeiro.
8. Fannon F. *Os condenados da terra*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1979.
9. Arendt H. *A condição humana*. 6ª ed. São Paulo: Editorial Forense Universitária; 1993.
10. Buci-Glucksmann C. *Gramsci e o Estado*. São Paulo: Paz e Terra; 1980.
11. Genro T. O novo espaço público - 21 teses para a criação de uma política democrática e socialista. *Folha de São Paulo* 1996 Jun 9.

Notas sobre cuidados no monitoramento de políticas e programas intersetoriais

Notes on careful monitoring of intersectoral policies and programs

*Eleonor Conill*²

Foi um prazer ler um texto que alia profundidade a um estilo claro, tornando mais fácil à aproximação de um tema tão complexo. Os programas de transferência condicionada de renda têm se expandido como uma estratégia de enfrentamento da pobreza no cenário da globalização. O pressuposto subjacente é de que seria mais efetivo prestar assistência condicionando-a ao uso de equipamentos sociais que potencializam o desenvolvimento humano de forma a facilitar a integração.

O estabelecimento de condições para a obtenção de benefícios assistenciais não é novidade e o que merece ser destacado é a importância que estas propostas vêm adquirindo juntamente com a ênfase em ações intersetoriais. Mas, conforme assinalam as autoras, os resultados são ainda controversos.

Duas possibilidades me ocorrem para contribuir neste debate; a primeira se refere a assinalar algumas perspectivas e os limites do campo da avaliação em saúde no monitoramento dessas políticas; a segunda, trazer algumas informações recentes acerca dos efeitos da estratégia da saúde da família/PSF para a equidade, no caso brasileiro.

Primeiramente, penso ser importante um

pequeno retrocesso histórico de forma a situar o contexto da difusão do relatório Lalonde no Canadá. Embora este relatório seguidamente seja referido como um marco para as políticas de promoção, vale a pena assinalar que, no momento de seu surgimento, o documento despertou duras críticas, pois enfatizava a importância das mudanças comportamentais individuais no estilo de vida (estratégia denominada de “*victim blaming*”). Sua difusão coincidia com o início do período de reformas neoliberais no qual, após um período de grande expansão do complexo médico-industrial sob financiamento estatal, o governo federal passou a reduzir drasticamente seu aporte monetário para as províncias. Mas serão os próprios canadenses nas Conferências que se sucederam que se encarregarão de ampliar o sentido restrito com que a promoção havia sido tratada, enfatizando a importância do ambiente. Vêm desse país alguns dos melhores modelos para avaliação de sistemas de saúde que mostram a inter-relação dos diversos subsistemas sociais na determinação da saúde/doença. Ao final, todo esse movimento colaborou para enfatizar a importância das ações intersetoriais e para que no campo da avaliação e da análise comparada fosse definida com maior precisão a diferença entre sistema de saúde e sistema de serviços. Isto determinou esforços no sentido de se obter indicadores que pudessem ser sensíveis a ações específicas dos serviços, bem como a construção de matrizes integradas de avaliação, tal como sugerido no texto.

Diferentemente da avaliação de atos médicos ou de tecnologias, a avaliação de políticas e programas sociais enfrenta de forma mais contundente pelo menos três desafios: a multifatorialidade do objeto de intervenção, a noção de julgamento de valor enquanto núcleo essencial da prática avaliativa e o fato de que as ações envolvem processos de trabalho que visam contribuir para mudanças sociais.

Na tarefa de avaliar, a noção de “juízo” mescla-se à aparente objetividade da noção de “medida”, tendo sido a preocupação com esta última a que tem predominado. A omissão em tratar a questão dos valores põe em plano secundário a avaliação *ex-ante*, minimizando a importância

² Universidade Federal de Santa Catarina.
eleonorconill@yahoo.com.br

de compreender a sociedade ou a organização onde se aplicará a intervenção. Além disso, a subjetividade da noção de valor leva a reconhecer a existência de diversos olhares sobre a mesma realidade e a necessidade de integrá-los.

Num extenso trabalho feito no âmbito do projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro/PROADESS, foram revisadas as propostas existentes na Organização Mundial da Saúde, na *Organization for Economic Co-Operation and Development/OECD*, no Reino Unido, no Canadá, na Austrália e nos Estados Unidos. As dimensões incluídas na matriz sugerida estão organizadas em quatro grupos de indicadores: determinantes (ambientais, socioeconômicos, comportamentais e biológicos), condições de saúde (morbidade, estado funcional, bem-estar, mortalidade), estrutura do sistema (condução, financiamento, recursos) e desempenho (efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança). Essas dimensões devem ser levadas em conta em seu conjunto, sendo a equidade considerada como um eixo cuja medida perpassaria todas elas¹.

Um dos méritos dessa proposta é oferecer um guia abrangente que pode ser explorado na reflexão acerca do monitoramento de políticas públicas intersetoriais. No entanto, além dos cuidados anteriormente referidos, outros aspectos precisam ser considerados na sua operacionalização, sendo um deles a questão da obtenção de informações.

É inegável o avanço que vem ocorrendo na disponibilidade de sistemas de informações nas últimas décadas. Assim, por exemplo, o conjunto representado pelos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde/IDB mantido pela Rede Intergencial de Informações para a Saúde/RIPSA oferece um grande banco constituído por seis blocos de indicadores (demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de riscos, recursos e cobertura), os quais fornecem uma base com grande potencial para estudos de avaliação de tipo quantitativo.

Utilizamos essa base aplicando o instrumental da análise multivariada para investigar a correlação entre indicadores demográficos, socioeconômicos e de oferta de recursos e serviços em saúde com os de morbidade e mortalidade em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, no ano base 1998. O acesso à água tratada, a renda e a escolaridade foram as variáveis que ti-

veram maior correlação com o padrão epidemiológico encontrado, constatando-se uma enorme desigualdade entre as Unidades Federadas². Seria interessante monitorar mudanças nessa tendência a partir da implementação dos atuais programas de transferência de renda.

No entanto, apesar da inclusão de novas variáveis e níveis de agregação nessa base (fatores de risco, municípios das capitais), nem sempre é possível utilizá-la. Além disso, concordamos com o texto quanto à importância de que as avaliações incluam também informações qualitativas. Esta abordagem começa a ser cada vez mais valorizada por permitir o conhecimento das narrativas das experiências daqueles que de fato participam das ações e podem, por isso, apontar problemas e sugerir soluções. A metodologia de avaliação participativa (*“Participatory rural appraisal/PRA”*) merece ser mais explorada no Brasil, pois introduz mudanças interessantes na medida em que o modo de análise passa de individual a grupal e de verbal para visual³.

Gostaria de encerrar com algumas informações complementares acerca dos resultados do PSF na equidade. O estudo da evolução de alguns indicadores selecionados para o Brasil de 1998 a 2003/2004 por estratos de cobertura do programa e faixas de IDH aponta para diminuição da brecha entre essas faixas, sugerindo efeitos positivos para a equidade na cobertura vacinal, consulta pré-natal, queda de internações por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva. No entanto, para o indicador gravidez na adolescência esta tendência não se confirmou, havendo um discreto aumento nas faixas de IDH baixo, onde a cobertura do PSF é maior⁴. Outro trabalho comparou a atenção básica oferecida pelas equipes do PSF com aquela das Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo segundo estratos de exclusão. A opinião dos usuários foi comparativamente mais favorável ao PSF em todos os estratos de exclusão, mas, quanto maior a exclusão, pior era a avaliação⁵.

As análises acerca do PSF em grandes centros têm enfatizado a necessidade de ações intersetoriais sinérgicas face às situações de extrema precariedade, abrindo-se assim um campo importante de estudos avaliativos que possam investigar as possibilidades ou mesmo os resultados dessas sinergias. Enfim, são algumas das contribuições possíveis para lidarmos com as conseqüências de um modelo de desenvolvimento marcado por tão profunda heterogeneidade estrutural.

Referências

1. Viacava *et al.* Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Rio de Janeiro: CICT/Fiocruz; 2003. [Relatório Final] [acessado 2006 Mar 04]. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br>
2. Conill EM, Marasciulo AC. Health services and health results: the case of Brazil in the mid 90's. *International Journal of Health Services* 2001. No prelo.
3. Chambers R, Blackburn J. The power of participation: PRA and policy. IDS Policy Briefing 7, Brighton: IDS. [acessado 2007 Abr 25]. Disponível em: <http://www.uk.ids/bookshop/briefs/PB&.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil. *Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Júnior Escrivão A *et al.* Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Rev C S Col* 2006; 11:633-641.

O autor responde

The author replies

A oportunidade de debater uma temática tão complexa com autoras que vêm contribuindo para o amadurecimento do campo da Saúde Coletiva é ao mesmo tempo enriquecedora e instigante. Na verdade, este é um esforço permanente e desafiador que contempla diferentes perspectivas. No entanto, parece claro que avançar na reflexão sobre a pobreza no cenário contemporâneo impõe ultrapassar a ênfase na dimensão econômica da privação: não é só a privação material que marca grupos sociais em desvantagem, os indivíduos não vivem apenas um “estado de pobreza”, mas um circuito de não integração ou de desvinculação com o trabalho e com as redes de sociabilidade. Portanto, além da falta de renda, pode existir também perda de vínculos sociais e isolamento.

A compreensão das desigualdades sociais atuais desdobra-se, assim, na busca de uma nova terminologia capaz de expressar processos e dinâmicas de destituição em suas múltiplas dimensões, em vez de situações estanques. Diante disto, consideramos que algumas questões ressaltadas pelas autoras são fundamentais para a constru-

ção de novos aportes analíticos sobre este tema, sobretudo em sua interface com o campo da proteção social.

O aspecto da intersectorialidade tão ressaltado por Eleonor Connill de fato merece especial destaque na discussão sobre programas de transferência condicionada de renda. O impacto destes programas na saúde tanto pode ser potencializado quanto amortecido, dependendo do acesso das famílias a outros bens e serviços públicos. Além disto, a própria capacidade de utilização da renda transferida depende da inserção dos beneficiários em múltiplas formas de proteção social que impactam os gastos familiares.

O diálogo necessário para o fortalecimento da intersectorialidade pode encontrar ressonância em diferentes espaços institucionais existentes no âmbito das políticas públicas, tais como: os Conselhos de Assistência Social, de Segurança Alimentar e Nutricional e de Saúde, integrados por representantes de governo e sociedade civil, nos diferentes níveis decisórios. Estes espaços podem também desempenhar um papel político que deve ser valorizado no que tange à questão da exclusão social.

Como ressalta Sonia Fleury, “interessa-nos tratar determinadas questões a partir da sua emergência como “questão social”, ou seja, como reconhecimento de novos problemas que emergem na arena política a partir da transformação de necessidades em demandas”. Este processo, como afirma a autora, “só pode ser realizado concomitantemente à própria construção dos novos sujeitos políticos”, porque a “concentração da riqueza é um fenômeno político”. Neste sentido, é importante ressaltar que a institucionalidade recente das políticas sociais vem trazendo para a arena pública novos atores sociais, espaços e processos de intermediação de interesses os quais tendem a reconfigurar relações de poder. Diferentes organizações e representações de segmentos socialmente vulneráveis, tais como quilombolas, indígenas, mulheres, pessoas com deficiências físicas e necessidades especiais, vêm participando da construção das políticas públicas, pluralizando as demandas no âmbito do processo de formulação e implementação. Estes atores também demandam o desenho de uma agenda social comum, que, como sinaliza Sonia Fleury, representa uma estratégia-chave para a efetivação de ações integradas e “políticas transversais”. Apesar dos limites deste processo, é importante sinalizar também suas potencialidades em termos de inserção de novas demandas, questionamento dos modelos econômicos e produtivos