

Políticas Públicas Sociais Integradas: Avaliação dos Indicadores de Saúde e Assistência Social no Estado de São Paulo

Autoria

Lilian Ribeiro de Oliveira - lilianroliveira88@gmail.com

Prog de Pós-Grad em Admin de Organizações - PPGAO/FEA-RP/USP - Facul de Economia, Admin e Contab de Ribeirão Preto/Univ de São Paulo

João Luiz Passador - jlpassador@usp.br

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FEA-RP/USP

CLÁUDIA SOUZA PASSADOR - cspassador@gmail.com

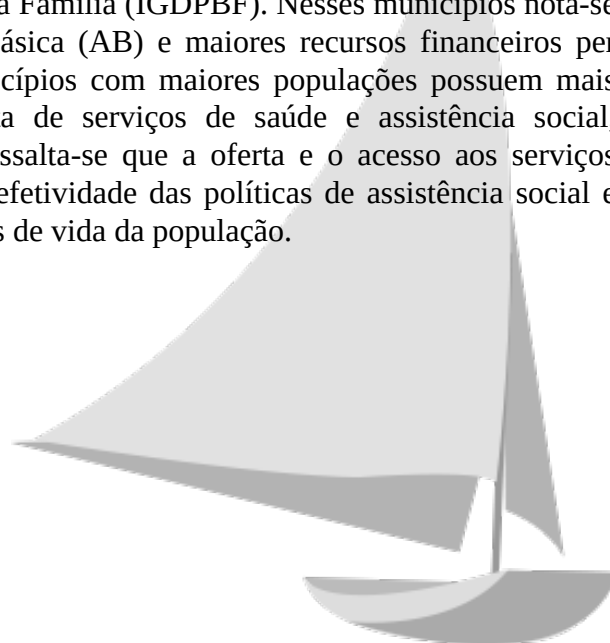
Prog de Pós-Grad em Admin de Organizações - PPGAO/FEA-RP/USP - Facul de Economia, Admin e Contab de Ribeirão Preto/Univ de São Paulo

Agradecimentos

Agradecimento ao apoio financeiro concedido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Centro Universitário Barão de Mauá (CBM).

Resumo

Objetiva-se avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios paulistas, relacionando-as sob o ponto de vista da integração e intersectorialidade, em estudo descritivo com viés quantitativo. Como resultado visualiza-se que os municípios com menor contingente populacional obtiveram maiores percentuais beneficiários do PBF, elevada cobertura do cumprimento de condicionalidade de saúde e melhores performances no Índice de Desempenho do Programa Bolsa Família (IGDPBF). Nesses municípios nota-se melhor cobertura de equipes de Atenção Básica (AB) e maiores recursos financeiros per capita para a AB. Acredita-se que os municípios com maiores populações possuem mais dificuldades relativas ao acesso e à oferta de serviços de saúde e assistência social, principalmente nos bolsões de pobreza. Ressalta-se que a oferta e o acesso aos serviços básicos de saúde são determinantes para a efetividade das políticas de assistência social e consequentemente da melhoria das condições de vida da população.





Políticas Públicas Sociais Integradas: Avaliação dos Indicadores de Saúde e Assistência Social no Estado de São Paulo

Resumo: Objetiva-se avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios paulistas, relacionando-as sob o ponto de vista da integração e intersectorialidade, em estudo descritivo com viés quantitativo. Como resultado visualiza-se que os municípios com menor contingente populacional obtiveram maiores percentuais beneficiários do PBF, elevada cobertura do cumprimento de condicionalidade de saúde e melhores performances no Índice de Desempenho do Programa Bolsa Família (IGDPBF). Nesses municípios nota-se melhor cobertura de equipes de Atenção Básica (AB) e maiores recursos financeiros per capita para a AB. Acredita-se que os municípios com maiores populações possuem mais dificuldades relativas ao acesso e à oferta de serviços de saúde e assistência social, principalmente nos bolsões de pobreza. Ressalta-se que a oferta e o acesso aos serviços básicos de saúde são determinantes para a efetividade das políticas de assistência social e consequentemente da melhoria das condições de vida da população.

Palavras-chave: Políticas Públicas Sociais; Integração; Intersectorialidade; Avaliação.

Introdução

A consolidação de um modelo intersectorial e integrado entre as políticas de saúde e assistência social é um dos desafios de operacionalização ainda enfrentados no cenário brasileiro, tais como: grandes desigualdades regionais, baixa estrutura compartilhada de recursos financeiros e humanos, além da reduzida intersecção de ações de formulação, implementação, execução e avaliação (MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016).

Salienta-se a importância do monitoramento e da avaliação das políticas públicas sociais atualmente desenvolvidas. Em um cenário de recursos escassos e crises econômicas recorrentes, a avaliação é desejável e necessária, o que contribui sobremaneira para a identificação e o desenvolvimento de mecanismos eficientes de manipulação de recursos financeiros, humanos e estruturais (ALA-HARJA; HELGASON, 2000). O cenário demanda a estruturação e orientação pautada pela cultura de avaliação, com desenvolvimento de capacidades profissionais dos governos; acréscimos nos contingentes humanos, sobretudo no nível municipal; aumento da atuação da sociedade civil no acompanhamento e controle; e recursos financeiros e tecnológicos adequados para produzir e manter informações confiáveis e acessíveis em todos os níveis governamentais para as políticas públicas analisadas.

São indispensáveis de fato a construção e a estruturação de sistemas de informação com confiabilidade de dados e uso dos resultados para o auxílio na tomada de decisão do gestor. A discussão e a utilização de índices sociais contribuem para o fortalecimento das políticas públicas e aumentam o poder popular, com a disponibilização dos dados e transparência das ações (ASSIS et al., 2012). No Brasil, é crescente o investimento em sistemas de informação e na construção de indicadores sociais, com o intuito de empregar os resultados na melhoria na tomada de decisão da gestão pública. Porém, a intersectorialidade e a integração das avaliações entre as áreas, principalmente de saúde e assistência social, são incipientes e constituem um gargalo para a busca pela eficiência e efetividade de políticas e programas (ASSIS et al., 2012).

Após a descrição do cenário abordado, buscou-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: Existem articulação e coordenação entre as avaliações das políticas públicas sociais de saúde e assistência social no estado de São Paulo? Assim sendo, o objetivo do estudo é avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, relacionando-as sob o ponto de vista das políticas públicas integradas e intersectoriais.

Políticas públicas sociais integradas



Em saúde, o conceito de integração de políticas remete à consideração das determinantes presentes na relação entre saúde e doença, tais como alimentação, saneamento e condições de habitação na tomada de decisão política para otimizar as condições globais de saúde da população (RUGER, 2005; HENDRIKS et al., 2014). Ruger (2005) argumenta que a integração pode ser pensada nas perspectivas horizontal (promoção da saúde e tratamento da doença) e vertical (melhorias nos níveis de educação, trabalho e desigualdade que, indiretamente, exercem influência nas condições gerais de saúde da população).

Sob o prisma da assistência social, a integração refere-se à articulação entre as ações de proteção social e as ações complementares (saúde, educação e trabalho) com vistas a permitir o desenvolvimento das famílias beneficiárias com enfrentamento das vulnerabilidades sociais (CUNHA, 2009). Deve-se pensar em integração de ações, pois a pobreza e a exclusão são fatores multidimensionais complexos e devem ser tratados de forma interligada, porém, o desafio da gestão reside principalmente na conexão entre ações integradas e interligadas e um modelo governamental verticalizado e fragmentado (VEIGA et al., 2014).

Para além da integração, a intersetorialidade surge de forma complementar, ou seja, é “[...] a procura da integralidade na abordagem de um determinado problema ou situação social que coloca como central a questão da relação entre diferentes setores do governo” (CUNILL-GRAU, 2016, p. 36). A partir desse entendimento, a intersetorialidade diz respeito à agregação de diversos setores que demandam soluções para problemas complexos, multicausais e relacionados entre si, como a saúde e a assistência social (MONNERAT; SOUZA, 2011; CUNILL-GRAU, 2016; LOFRANO et al., 2016). Desse modo, ações intersetoriais promovem a sinergia como estratégia indispensável para o enfrentamento da pobreza e o acesso aos serviços básicos, como educação e saúde (JACCOUD, 2016; LOFRANO et al., 2016).

De acordo com Monnerat e Souza (2011), o SUS incorporou, na Lei Orgânica de 1990, diretrizes que reforçam a ideia de intersetorialidade como propulsora para a melhoria da saúde global da população. Contudo, a descentralização no setor avança, e as ações intersetoriais continuam limitadas ao modelo fragmentado de produção de políticas públicas no país.

Lofrano et al. (2016) alegam que as ações integradas e intersetoriais têm evoluído e tomado corpo na assistência social, principalmente as que envolvem as condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), favorecendo as condições de vida, cidadania e acesso aos direitos básicos vigentes na CF. Vaitsman (2009) destaca o caráter intersetorial presente também nas ações de monitoramento e avaliação do PBF, que demandam convergência tanto de processos quanto de resultados e entre os níveis e setores do governo. Contudo, ações intersetoriais e intragovernamentais são um desafio aos sistemas vigentes de proteção social, já que planejamento, formulação, execução, monitoramento e avaliação ainda não são completamente compartilhados e articulados entre as áreas, que ainda enfrentam problemas relacionados à estrutura limitada de recursos humanos e financeiros (MONNERAT; SOUZA, 2011; CUNILL-GRAU, 2016; LOFRANO et al., 2016; JACCOUD, 2016).

Para que as políticas públicas sociais funcionem de maneira integrada e o modelo consiga alcançar efetividade, são imprescindíveis instrumentos e mecanismos de coordenação, capacidade de construção de agendas e coalizações que ultrapassem as questões políticas, técnicas e de gestão (BICHIR; OLIVEIRA; CANATO, 2016). Ressalta-se também que, diante da complexidade apresentada por questões multidimensionais, a intersetorialidade requer práticas de planejamento e avaliação integradas que permitam o compartilhamento de informações e a abertura para o controle social (BARTHOLO; MOSTAFA; OSORIO, 2018). Especialmente nas políticas públicas sociais, os sistemas de informação devem apresentar interfaces comuns que permitam ao gestor potencializar as ações desenvolvidas, evitar a sobreposição de programas, gerenciar os recursos financeiros e avaliar os resultados obtidos de maneira integrada (CARMO; GUIZARDI, 2017; BARTHOLO; MOSTAFA; OSORIO, 2018).



Programa Bolsa Família

Criado em 2003, o PBF consolida, amplia e articula diversas práticas já existentes de proteção social, mas executadas de forma desarticulada e fragmentada, como bolsa escola, auxílio gás e cartão alimentação (CUNHA, 2009). Trata-se de uma Política de Transferência de Renda com Condicionalidades (PTRC) que surgiu nos países em desenvolvimento como uma prática inovadora para o alívio imediato da pobreza e que, conforme as finalidades, indica a interrupção da transmissão da pobreza entre as gerações (BOHN et al., 2014; SHEI et al., 2014). Para tanto, visam às populações que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza, ao ofertar uma transferência de dinheiro direta e solicitar, em contrapartida, uma série de exigências relacionadas aos direitos básicos do cidadão (saúde e educação, prioritariamente) (BOHN et al., 2014; SHEI et al., 2014).

Por se tratar de um programa de transferência de renda com condicionalidades, os beneficiários têm de cumprir exigências para continuar usufruindo do benefício. Elas são relacionadas com a saúde e a educação de crianças e mulheres, tais como: vacinação, consultas pré-natais, acompanhamento nutricional e frequência escolar (CUNHA, 2009; RASELLA et al., 2013; RASELLA et al., 2018). Na educação, o percentual de cumprimento de condicionalidades é considerado alto, uma vez que alcançou cerca de 90% em 2014 e se manteve relativamente constante ao longo do tempo. Por outro lado, as condicionalidades de saúde apresentam índices mais baixos de acompanhamento – em torno de 75% em 2014 (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

Esse programa envolve diversos níveis e setores governamentais; logo, torna-se imprescindível adotar as descentralizações vertical (articulação e coordenação entre Governo Federal, estados e municípios) e horizontal (articulação e coordenação entre assistência social, educação, saúde e trabalho) (ARAÚJO et al., 2015). Soma-se a isso a responsabilidade compartilhada entre os entes, necessária para a viabilidade do arranjo proposto na política, sendo que a articulação e a coordenação entre os setores são imprescindíveis para atingir o objetivo do programa em prover o acesso aos serviços básicos (ARAÚJO et al., 2015).

Considera-se, portanto, o PBF como um programa dependente de ações intersetoriais entre saúde e educação, além da necessidade de integração dos entes federativos que compartilham o planejamento, a execução e a avaliação da iniciativa (CUNHA, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; ARAÚJO et al., 2015; JACCOUD, 2016). Entre os principais objetivos dessa articulação estão: alívio imediato da pobreza com a transferência de renda; redução de pobreza entre as gerações por meio das condicionalidades impostas; e desenvolvimento das capacidades e da cidadania das famílias com a articulação entre diferentes políticas públicas (CUNHA, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016).

Para Couto (2009), quanto mais informações e maior a aproximação da realidade local em relação aos serviços e benefícios prestados, maior a chance de ações efetivas e assertividade nas medidas adotadas. Ademais, a evolução das ferramentas gerenciais e a qualidade dos dados disponibilizados torna o debate público mais qualificado e fortalece a participação e o controle social, com o escopo de aprimorar as ações de assistência social (FERRAREZI; SILVA, 2016).

Vale ressaltar que diversas pesquisas apresentam os êxitos alcançados pelo PBF e relacionados, sobretudo, com as ações intersetoriais decorrentes do cumprimento das condicionalidades, dentre as quais se destacam: minimização da mortalidade em crianças menores de cinco anos (RASELLA et al., 2013); diminuição da insegurança alimentar (BOHN et al., 2014); aumento das ações de prevenção, mesmo entre as crianças que não precisam cumprir condicionalidades de saúde (SHEI et al., 2014); redução da desigualdade social; e alteração no ciclo de pobreza intergeracional (BOHN et al., 2014).

Aspectos metodológicos



No que tange à finalidade, a pesquisa se caracteriza como descritiva, no caso, a intersectorialidade e a integralidade das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo. Por se tratar de um estudo longitudinal, analisou-se os dados secundários referentes aos indicadores de saúde e assistência social no espaço de tempo de 2010 a 2015 para os 645 municípios do estado (COOPER; SCHINDLER, 2011). Diante da proposta de integração e intersectorialidade de políticas sociais como forma de avaliar o desempenho municipal, os indicadores selecionados de saúde estão alinhados com as condicionalidades do PBF. Por se tratar de dados secundários, os elementos coletados apresentam falhas de preenchimento com informações faltantes ou zeradas (a maioria dos indicadores são declarados pelos próprios municípios), o que pode distorcer ou limitar os resultados alcançados. Para diminuir o impacto dessa situação, optou-se pelo intervalo de tempo com maior quantidade de dados completos (2010 a 2015). Em referência aos recursos financeiros, optou-se em deflacioná-los segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). A primeira fase da análise de dados se refere à estatística descritiva, as variáveis selecionadas para este estudo são: Porte populacional; percentual relativo de beneficiários do PBF no município; percentual de cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF; cobertura da Atenção Básica; recursos financeiros disponíveis para a Atenção Básica e desempenho municipal no IGDPBF. Optou-se pela divisão dos municípios em classes de tamanho de população, de acordo com o IBGE (2015). Têm-se, então, sete grupos de municípios: (1) até 5.000 habitantes; (2) de 5.001 até 10.000 habitantes; (3) de 10.001 até 20.000 habitantes; (4) de 20.001 até 50.000 habitantes; (5) de 50.001 até 100.000 habitantes; (6) de 100.001 até 500.000 habitantes; e (7) acima de 500.000 habitantes.

Resultados e Discussões

Inicialmente, salienta-se que a divisão dos municípios paulistas de acordo com o porte populacional é necessária devido à heterogeneidade apresentada e relevante também para comparações mais realistas sobre o uso da avaliação na tomada de decisão, já que municípios de pequeno e médio porte possuem estruturas, recursos financeiros e humanos diferentes, de acordo com os níveis de regionalização e hierarquização das ações de saúde e assistência social.

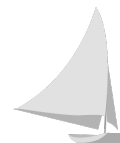
Ainda que os municípios tenham sido divididos em grupos homogêneos conforme o porte populacional, nota-se que o desvio-padrão é alto em todos os anos e faixas analisadas. Percebe-se também que os anos de 2010 e 2014 apresentam os maiores volumes de recursos em todas as faixas populacionais (Tabela 1). Para 2011, verifica-se a inexistência de dados, o que enfraquece as análises longitudinais.

Tabela 1: Valor repassado *per capita* por ano PBF (SUAS) – INPC corrigido

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	574,68	100,84	-	-	469,47	49,03	499,01	68,20	528,18	80,09	406,85	101,50
2	647,29	84,94	-	-	473,97	47,33	506,23	78,09	529,19	85,81	455,93	85,68
3	677,11	69,50	-	-	479,32	41,38	500,96	64,31	529,96	72,89	478,80	67,08
4	680,18	70,08	-	-	487,11	39,19	501,88	63,62	519,73	81,76	478,47	72,05
5	668,53	61,62	-	-	486,56	31,75	499,19	54,28	516,77	76,40	479,09	61,73
6	675,32	66,73	-	-	495,61	35,49	500,99	57,89	510,46	69,89	478,45	67,59
7	663,40	74,65	-	-	501,55	37,44	501,40	49,37	511,27	59,11	469,11	74,65

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em complemento, têm-se as porcentagens médias de beneficiários do PBF nos municípios, em se tratando da população total (Tabela 2). Para transformar a quantidade de



famílias em número de pessoas beneficiárias, multiplicou-se o primeiro fator pelo cálculo médio de indivíduos por domicílio.

Tabela 2: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município (SUAS)

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	20,59	7,29			19,14	8,46	18,79	8,08	17,51	7,92	20,25	7,26
2	17,60	7,58			18,23	8,08	17,70	7,91	16,51	7,77	17,16	7,52
3	16,56	7,63			17,50	8,08	16,96	7,98	16,12	8,05	16,06	7,65
4	14,27	6,95			15,06	7,37	14,65	7,18	14,00	7,26	13,92	7,10
5	12,71	6,10			13,26	5,33	12,88	5,11	12,23	5,16	12,12	5,49
6	10,80	4,57			11,16	4,25	10,93	4,16	10,42	4,16	10,19	4,27
7	10,90	3,18			9,55	2,95	9,87	2,80	9,48	2,77	10,46	3,14

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Diante dos dados supracitados, é possível verificar que os municípios de menor porte populacional apresentam, em média, maiores porcentagens da população dependente do PBF, o que pode ser explicado por maiores dificuldades na geração de renda para seus habitantes, enquanto os de grande porte enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso e à gestão dos programas sociais. O esforço empreendido neste estudo pode contribuir para a gestão adequada e eficiente dos recursos e da distribuição dos benefícios para a população, pois existem informações consolidadas que permitem priorizar ações e estabelecer metas, conforme preconizado pelo Pacto de Aprimoramento do SUAS (MDS, 2015).

Em continuidade, a Tabela 3 demonstra a evolução da porcentagem das famílias com o cumprimento de condicionalidades no período analisado (2010 a 2015). Assim como em outras análises, existe grande variação entre os municípios, apesar da divisão em faixas populacionais adotadas. Não obstante, constata-se em todas as faixas populacionais um aumento das porcentagens de famílias, com cumprimento adequado das condicionalidades de saúde, ao comparar 2010 com 2015 – tal fato pode ser explicado pela inserção de mecanismos de informatização, acompanhamento e avaliação adotados após 2011, tais como: Censo SUAS, IGDSUAS, IGDPBF e Pacto de Aprimoramento de Gestão do SUAS.

Sublinha-se a importância do IGDPBF para a melhoria gradativa dos indicadores demonstrados na Tabela 3: por se tratar de um indicador institucionalizado, permite a avaliação das práticas municipais e a remuneração por desempenho (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012). Outro ponto central do programa é o cumprimento das condicionalidades que envolvem a articulação entre os setores de saúde e assistência social, em que objetiva ao abrandamento imediato da pobreza e à diminuição da pobreza geracional, por meio das condicionalidades (CUNHA, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016). Assim, a Tabela 4 mostra a evolução no período estudado. Nesse caso, m representa a média dos municípios da faixa populacional e DP, o desvio-padrão de cada uma das faixas ao longo do tempo.

Tabela 3: Porcentagem de famílias com cumprimento de condicionalidades de saúde do SUAS

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	77,80	14,88	78,18	19,03	81,64	20,00	79,83	17,70	79,64	18,27	83,12	14,59
2	75,53	17,30	77,51	20,15	80,44	19,32	78,53	17,67	78,92	17,23	79,98	16,71
3	68,96	21,80	71,75	18,97	75,57	20,29	71,56	19,53	71,33	20,09	72,52	15,79
4	68,47	20,04	68,23	20,45	72,52	20,06	69,63	19,14	72,71	19,15	71,81	20,02



5	57,99	20,92	62,57	19,51	67,09	20,21	62,01	17,43	65,51	17,27	67,00	16,91
6	60,89	18,66	63,53	18,75	71,34	20,58	62,89	19,29	64,59	15,83	63,51	17,03
7	45,94	14,08	51,46	16,25	62,49	20,47	54,35	18,57	61,07	17,81	61,12	18,37

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No tocante à comparação do cumprimento das condicionalidades de saúde entre as faixas populacionais, constata-se uma diminuição gradativa do cumprimento, de acordo com o porte populacional – os municípios dispostos nas faixas com menor quantidade de habitantes apresentam resultados melhores que os municípios com os de maior número. Como apontado na literatura, observa-se, com a análise dos dados coletados, que os desafios para a gestão eficiente dos programas passam pela melhoria na qualidade e na cobertura dos serviços e benefícios prestados e pela melhoria na oferta, no acesso e na qualidade dos serviços relacionados às condicionalidades dos Programas de Transferência de Renda: saúde, educação e trabalho (JACCOUD, 2009; BOHN et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015). Senna, Brandão e Dalt (2016) destacam que, em municípios maiores, a dinâmica do acompanhamento das condicionalidades se torna mais complexa, pois exige oferta e estruturas de serviços consideráveis para atender a um grande contingente de pessoas. Os pesquisadores relatam ainda que, nos municípios selecionados no estudo, a intensa mobilidade territorial das populações mais pobres e a violência urbana, especialmente nas metrópoles, dificultam o acompanhamento das condicionalidades de saúde (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

Na sequência, optou-se por demonstrar a cobertura das equipes de atenção básica nos municípios e os recursos financeiros destinados à AB. Na Tabela 4, tem-se a evolução da cobertura ao longo do período analisado (2010-2015), em que os municípios pertencentes às faixas populacionais 1 e 2 apresentam as melhores coberturas das referidas equipes, e as faixas 6 e 7, as piores coberturas. Apesar de pequenas variações entre os anos, em média, a cobertura das equipes de atenção básica em saúde aumentou em todas as faixas populacionais analisadas.

Tabela 4: Cobertura das equipes de atenção básica (SUS)

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	95,06	13,47	95,53	13,25	94,91	17,12	98,08	9,42	97,98	9,21	97,36	11,96
2	86,66	24,36	89,13	19,99	89,33	19,94	92,60	15,54	95,69	12,02	96,07	13,02
3	80,20	23,55	80,13	22,06	81,29	22,43	81,86	22,78	88,83	16,87	88,24	18,66
4	66,93	24,15	66,14	25,57	66,74	23,94	68,59	23,47	77,27	22,59	77,20	21,27
5	56,56	21,40	55,22	20,24	57,43	21,62	60,93	21,05	65,48	22,67	67,98	22,39
6	52,82	18,46	51,53	17,18	51,85	19,11	53,29	18,44	57,94	18,45	59,81	17,28
7	50,07	17,04	49,55	12,42	50,19	13,90	50,24	13,46	57,02	19,89	60,99	14,19

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Ainda que a cobertura da AB apresente baixos indicadores, principalmente nos municípios com maior população, observa-se o crescimento da cobertura, conforme indicado pela literatura, com média nacional de 63% na AB e de 59,9% na Estratégia de Saúde da Família (ESF) – a expansão do acesso beneficiou principalmente os cidadãos com menores níveis de renda e escolaridade (VIACAVA et al., 2018). Esses avanços se relacionam, sobretudo, com uma oferta maior de recursos humanos na Atenção Básica (AB) e de ações específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Mais Médicos (PMM) (idem). Lofrano et al. (2016) postulam que as ações integradas e intersetoriais têm evoluído na assistência social; por conseguinte, as condicionalidades de saúde podem ser cumpridas se



houver, no território, acesso e qualidade na AB. Quando isso ocorre, tais condicionalidades favorecem as condições de vida, cidadania e acesso aos direitos garantidos na CF. Senna, Brandão e Dalt (2016) afirmam que altos indicadores de cumprimento de condicionalidades estão fortemente relacionados ao modelo de organização de saúde – trata-se de municípios com ampla cobertura da ESF e de AB. No entanto, devido às novas emendas constitucionais aprovadas e ao contexto de forte crise econômica, as perspectivas são negativas em relação ao acréscimo de recursos financeiros para as ações de saúde (VIEIRA, 2016), o que também pode impactar diretamente no alcance de metas estipuladas pelos ODS no que diz respeito, por exemplo, à diminuição da mortalidade materna e infantil, à melhoria das condições de vida da população e à redução de desigualdade (RASELLA et al., 2018).

No quesito recursos financeiros *per capita* destinados aos municípios para a AB, a Tabela 5 aborda a evolução do montante investido ao longo do período analisado – observam-se médias mais elevadas de investimentos nas faixas 1 e 2 e mais baixas nas faixas 6 e 7. Ainda que os municípios estejam divididos em faixas populacionais, há grande variação dentro dos grupos, pois, de acordo com o desvio-padrão apresentado, a variação e a média *per capita* de recursos financeiros diminuem. No tocante à variação entre os anos, na maioria das faixas, o montante de recursos financeiros da atenção básica aumentou, com pequenas quedas entre os anos. Porém, as faixas 6 e 7 tiveram queda de recursos em 2015, em comparação a 2010.

Tabela 5: Recursos financeiros da Atenção Básica (SUS) *per capita* – INPC corrigido

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	817,19	264,85	885,68	298,40	1.026,63	380,01	1.082,11	357,05	1.195,57	446,37	1.035,22	356,49
2	552,09	166,49	567,31	197,51	633,38	236,97	681,58	244,33	772,47	261,13	692,54	207,10
3	396,45	162,34	447,34	183,80	494,89	214,96	519,05	222,28	553,48	252,39	538,76	202,59
4	367,95	134,26	403,49	159,10	433,00	163,37	476,44	193,41	477,51	203,04	468,71	201,45
5	281,11	145,24	290,53	156,64	290,98	156,70	305,61	186,75	332,32	201,25	318,08	194,85
6	265,45	128,94	270,64	142,84	278,46	171,71	288,76	183,66	265,51	167,30	250,29	167,51
7	260,02	143,43	283,12	166,11	291,92	185,55	306,63	208,45	195,58	144,17	199,44	128,81

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Vieira e Benevides (2016) alegam que os principais problemas do SUS se referem a financiamento e gestão. Assim, os municípios que estão nas faixas com maior contingente populacional possuem menores recursos financeiros e menores coberturas de AB, quando comparados aos de menor população (faixas 1 e 2). Pode-se dizer que a estrutura vigente de financiamento se consolida como um entrave para concretizar um sistema público universal e integral (VIEIRA, 2016). Sobre o segundo problema (gestão do sistema), há ineficiência operacional e recorrentes notícias de mau uso ou corrupção envolvendo os recursos financeiros destinados à saúde e a outras áreas prioritárias. Os dados acima descritos reforçam as constatações feitas pelo BM no relatório emitido em 2017 sobre o novo regime fiscal (EC n. 95/2016), em que a fragmentação de programas, as diversas fontes de recursos, a sobreposição de programas e a falta de coordenação da gestão dificultam a efetividade das ações, implicando em problemas para gerir, monitorar e avaliar o sistema.

Com o intuito de conjugar as informações do desempenho de saúde e assistência social nos municípios, a tabela 6 concerne à evolução temporal do indicador de performance do PBF (IGDPBF) – tal indicador é utilizado para medir o desempenho dos municípios em ações que envolvem a articulação com outros setores (saúde e educação), a descentralização dos serviços, o cumprimento do controle social e a gestão do sistema. Resgata-se que o índice atua como ferramenta de monitoramento e avaliação, além de ser utilizado para a gratificação por



desempenho, por meio do incentivo financeiro às boas práticas de gestão do programa. Ao considerar a evolução do IGDPBF ao longo do período analisado, novamente se destaca a falta de dados em relação a 2010 – assim como apontado anteriormente, essa lacuna enfraquece a análise temporal proposta. No que tange ao desempenho dos municípios nas faixas populacionais, constata-se na Tabela 6 que houve pouca variação de 2011 a 2014, porém existe uma queda acentuada em todas as faixas populacionais em 2015.

Tabela 6: Nota no IGDPBF (Municipal)

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1			0,79	0,12	0,74	0,27	0,80	0,22	0,80	0,11	0,57	0,33
2			0,78	0,12	0,72	0,27	0,80	0,21	0,81	0,06	0,60	0,30
3			0,77	0,08	0,74	0,22	0,77	0,24	0,79	0,09	0,61	0,28
4			0,75	0,09	0,74	0,20	0,82	0,12	0,79	0,06	0,62	0,27
5			0,73	0,06	0,66	0,27	0,77	0,20	0,77	0,05	0,63	0,23
6			0,71	0,08	0,72	0,15	0,76	0,18	0,75	0,07	0,60	0,26
7			0,65	0,07	0,71	0,05	0,77	0,05	0,72	0,05	0,64	0,25

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Para 2011, 11 municípios no estado apresentaram indicadores abaixo do mínimo estipulado pelo programa para o recebimento de incentivos financeiros. Em relação às faixas populacionais, nove deles têm até 50 mil habitantes. No tocante a 2012 e 2013, a quantidade de municípios abaixo do mínimo estipulado aumentou no primeiro ano e se recuperou parcialmente no segundo. No que concerne a 2014 e 2015, pode-se verificar uma melhora acentuada do desempenho dos municípios no IGDPBF, com apenas quatro deles abaixo da média estipulada. Já 2015 foi o pior ano da série histórica, com diminuição média do desempenho dos municípios no IGDPBF em todas as faixas populacionais. Em uma análise mais global, pode-se relacionar o melhor desempenho no IGDPBF dos municípios com até 50 mil habitantes a maiores recursos financeiros per capita para a atenção básica em saúde e porcentagens de cobertura da atenção básica e de cobertura de cumprimento das condicionalidades de saúde. Segundo Silva, Ferreira e Monteiro (2012), o cumprimento das condicionalidades de saúde representa 50% dos incentivos pagos por desempenho pelo IGDPBF; assim sendo, sublinha-se a importância das ações articuladas e coordenadas entre as áreas de saúde e assistência social, no que diz respeito ao acesso e à qualidade do serviço prestado. De fato, as boas práticas de gestão contribuem para maiores volumes de recursos financeiros recebidos e que podem ser reinvestidos no sistema. Além do cumprimento das condicionalidades de saúde e educação, o IGDPBF premia os municípios que aderiram ao SUAS para atualização cadastral dos beneficiários (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012; ARAÚJO et al., 2015). Dessa forma são fortalecidas as ações de monitoramento e avaliação, além de o órgão de controle social (conselhos municipais) fiscalizá-las e aumentar a informatização e disponibilização de dados que contribuem para a transparência do programa.

Considerações Finais

Após a análise do banco de dados construído com informações de saúde e assistência social, sobretudo dos indicadores da interseção entre as áreas, é possível verificar que os municípios de menor porte conseguiram, em média, maiores porcentagens da população dependente do PBF, enquanto os maiores apresentam mais dificuldades na gestão do sistema. Além disso, a maioria dos municípios que possuem elevadas porcentagens de famílias



beneficiárias do PBF estão no extremo sul de São Paulo, na divisa com o Paraná. Sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, há evolução nos indicadores analisados ao longo do período e maior porcentagem de cumprimento das condicionalidades dos municípios situados nas faixas com menor densidade populacional. Observam-se menores coberturas de saúde e recursos financeiros para a AB nos municípios com maior densidade populacional. No tocante ao desempenho no IGDPBF, tem-se melhor desempenho os municípios com menores contingentes populacionais.

Destaca-se neste artigo a importância das avaliações que contemplem duas ou mais políticas públicas sociais. A partir dos resultados e das discussões, nota-se a relevância das ações avaliativas para garantir a efetividade das ações além da apresentação das fragilidades encontradas na construção dos bancos de dados, já que existem muitas informações faltantes ou zeradas. A busca por um modelo articulado e compartilhado é apontada no trabalho como primordial para coordenar as áreas complementares, alocar os recursos humanos e financeiros de maneira eficiente e efetiva, e ofertar serviços públicos amplos que contemplem as necessidades dos cidadãos com ações relacionadas e não fragmentadas. Acredita-se que as análises e os indicativos proporcionam, aos gestores municipais e estaduais, *insights* importantes sobre a construção de agendas propositivas que contemplem soluções para os problemas de gestão e financiamento enfrentados pelas duas áreas analisadas. Ainda que não sejam dados conclusivos, a análise das informações resumidas e das tendências encontradas pode auxiliar os tomadores de decisão na condução de ações que busquem o aprimoramento e, com base na análise dos municípios por faixas populacionais, comparações mais realistas podem ser feitas, e a elaboração de um banco de boas práticas entre os municípios é encorajada.

Referências

- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 4, p. 5-60, 2000.
- ARAÚJO, Fábio Resende de et al. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 367-393, 2015.
- ASSIS, M. P. de et al. Avaliação de políticas ambientais: desafios e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. supl. 3, p. 7-20, 2012.
- BARTHOLO, L.; MOSTAFA, J.; OSORIO, R. G. **Integração de registros administrativos para políticas de proteção social**: contribuições a partir da experiência brasileira. Brasília: IPEA, 2018. (Textos para discussão n. 2.376).
- BICHIR, R. M.; OLIVEIRA, M. C.; CANATO, P. C. Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersetorial de políticas sociais. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 81-102, 2016.
- BOHN, S. et al. Can conditional cash transfer programs generate equality of opportunity in highly unequal societies? Evidence from Brazil. **Rev. Soc. e Pol.**, v. 22, n. 51, p. 111-133, 2014.
- CARMO, M. E; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 10. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.
- COUTO, B. R. O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da Assistência Social. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 205-217.
- CUNHA, R. Transferência de renda com condicionalidade: a experiência do programa Bolsa Família. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);



Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 331-361.

CUNILL-GRAU, N. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 35-66, 2016.

FERRAREZI, E.; SILVA, M. A. A. SAGI: doze anos de gestão da informação e do conhecimento para políticas e programas de desenvolvimento social. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 27, p. 68-107, 2016.

HENDRIKS, A. et al. 'Are we there yet?' – Operationalizing the concept of integrated public health policies. **Health Policy**, v. 114, n. 2, p. 174-182, 2014.

JACCOUD, L. Pobreza, direitos e intersectorialidade na evolução recente da proteção social brasileira. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 15-34, 2016.

LOFRANO, R. et al. A intersectorialidade do programa bolsa família na perspectiva do rompimento intergeracional da pobreza – aproximações a partir de uma pesquisa nacional. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 151-176, 2016.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria n. 81, de 27 de agosto de 2015**.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katálisis**, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil. **PLoS Medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018.

RASELLA, D. et al. Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a mortalidade em crianças: uma análise nos municípios brasileiros. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: MDS; IPEA, 2013, p. 247-262.

RUGER, J. P. Global tobacco control: an integrated approach to global health policy. **Development (Society for International Development)**, v. 48, n. 2, p. 65, 2005.

SENNA, M. C. M.; BRANDÃO, A. A.; DALT, S. da. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serviço Social & Sociedade**, n. 125, p. 148-166, 2016.

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. 1-10, 2014.

SILVA, A. A. P.; FERREIRA, M. A. M.; MONTEIRO, D. A. Desempenho na gestão pública do Programa Bolsa Família sob a perspectiva de análise do Índice de Gestão Descentralizada (IGD). **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 21, p. 211-241, 2012.

VAITSMAN, J. Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 157-169.

VEIGA, L. et al. Estratégias intersectoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. **Rev. de Adm. Pública**, v. 48, n. 3, p. 595-620, 2014.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à Saúde no Brasil**. Nota Técnica n. 28 do IPEA, 2016.