



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Magalhães, Rosana; Bodstein, Regina  
Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, 2009, pp. 861-868  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados

Evaluation of initiatives and intersectorial programs in health: challenges and learning

Rosana Magalhães <sup>1</sup>  
Regina Bodstein <sup>1</sup>

**Abstract** *The objective of his article is to contribute to the evaluation of the initiatives aimed at the creation of intersectorial arrangements in the scope of public health policies and social protection. The focus is on the Integrated and Sustainable Local Development of Manginhos (DLIS-Manginhos) - a territory and community based proposal associated to bottom up cooperation and negotiation strategies - and the experience of establishing the conditioned cash transference federal program called Bolsa Família (Family Grant Program - PBF). In this perspective, the aspects related to social mobilization networks, profile of the players involved, types of incentive and levels of institutional integration are treated as crucial elements in the analysis of the programs and initiatives that articulate intersectorial proposals. It is concluded that the interface and dialog among research, evaluation and follow up of decision processes constitute the central axes for better social and institutional learning in the area.*

**Key words** *Intersectorial, Evaluation, Health promotion, Social disparity*

**Resumo** *O objetivo deste artigo é contribuir para a avaliação das iniciativas voltadas para a construção de arranjos intersetoriais no âmbito das políticas públicas de saúde e de proteção social. São tomados como focos analíticos a iniciativa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manginhos (DLIS-Manginhos) - uma proposta de base territorial e comunitária associada à estratégias de colaboração e negociação bottom up- e a experiência de implementação do programa federal de transferência condicionada de renda Bolsa Família (PBF). Nesta perspectiva, aspectos ligados às redes de mobilização social, perfil dos atores envolvidos, tipos de incentivos e níveis de integração institucional são tratados como elementos cruciais para a análise do alcance de programas e iniciativas que articulam propostas intersetoriais. Conclui-se que a interface e o diálogo entre pesquisa, avaliação e acompanhamento de processos decisórios constituem eixos centrais para o maior aprendizado social e institucional na área.*

**Palavras-chave** *Intersectorialidade, Avaliação, Promoção da Saúde, Iniquidades sociais*

<sup>1</sup>Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480/910, Manginhos. 21045-210 Rio de Janeiro RJ. rosana@ensp.fiocruz.br

## Introdução

A partir de 1990, a avaliação da baixa efetividade das políticas sociais e a crítica ao perfil paternalista e residual das ações de combate à pobreza na América Latina ganham repercussão através de importantes agências de fomento internacionais, dentre elas o Banco Mundial<sup>1</sup>. No Brasil, as políticas e programas voltam-se à proteção das famílias pobres contra alterações no rendimento e consumo através de transferências monetárias. Os ganhos em escolaridade e maior acesso à atenção integral à saúde, além da criação de oportunidades de geração de renda e trabalho, passam a ser cruciais à construção de marcadores (*benchmarks*) e recomendações para a superação do chamado ciclo de transmissão intergeracional da pobreza.

No âmbito da saúde, a discussão sobre os determinantes sociais e os mecanismos de produção das iniquidades<sup>2</sup> reorientam a agenda para além dos marcos do setor. Neste percurso, a literatura sobre avaliação de políticas e programas sociais, em especial aquela voltada para discutir processos de implementação e preocupada em gerar conhecimento aplicado às políticas públicas e de saúde - *evidence based policy* - contribui para a construção de novos enfoques analíticos e metodológicos<sup>3</sup>. No bojo da crítica ao planejamento *top down*, a avaliação emerge como diálogo permanente em que gestores, técnicos, usuários e as chamadas *policy communities* influenciam significativamente a dinâmica e os efeitos das intervenções<sup>4</sup>. Os programas passam a ser entendidos como sistemas de ação e construção de redes sociais e técnicas, envolvendo amplas coalizões e múltiplos interesses<sup>5</sup>. Com isso, a compreensão das ações bem-sucedidas incorpora a análise do envolvimento de tomadores de decisão, gestores, profissionais, técnicos e população.

Nesta perspectiva, o artigo busca contribuir para a análise das estratégias que ampliam a cooperação entre diferentes setores, níveis de governo e atores através da colaboração intersetorial e que incluem a mobilização e valorização de um conjunto de organizações sociais presentes e atuantes em contextos específicos<sup>6,7</sup>. Disputas políticas e interesses eleitorais atravessam o diálogo e as parcerias, comprometendo o desenvolvimento de uma agenda integrada para a implementação das ações. Assim, busca-se aqui reconhecer a natureza complexa e desafiadora destas intervenções através do exame, ainda que parcial, de duas experiências concretas - os programas Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável de Manguinhos (DLIS) e Bolsa Família (PBF) - na medida em que tensionam os mecanismos tradicionais de coordenação, resgatam aprendizados prévios e envolvem a busca de maior cooperação entre múltiplos agentes e gru-

pos sociais em diferentes espaços institucionais e comunitários.

## Iniciativas sociais: flexibilidade, complexidade e novas redes de governança

Nas últimas décadas, materializaram-se no plano das políticas e programas sociais diferentes iniciativas públicas voltadas à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida de comunidades e populações vulneráveis. Em linhas gerais, tais programas tiveram, como principal orientação, a idéia de racionalizar e melhorar ações e intervenções sociais já existentes e ligadas prioritariamente às questões da saúde, educação, cultura, saneamento básico e segurança pública, seja através da coordenação destes serviços, seja a partir da inserção de novos, cobrindo lacunas existentes<sup>8,9</sup>.

No entanto, a avaliação dessas iniciativas impõe uma compreensão da dinâmica de construção de atores e interesses, na medida em que tal processo tende a conformar as atividades e os objetivos dos programas, além de efeitos e resultados não previstos<sup>10</sup>. Frequentemente, alguns setores atuam através de procedimentos formais, previstos em constituições e leis, e outros representam organizações de interesse e de poder mais flexíveis<sup>11</sup>. Ocorre, muitas vezes, um árduo processo de negociação e de maximização de ganhos e minimização de perdas, em um *trade off* permanente, visando acomodar interesses e compromissos que definem o curso dos eventos e o desempenho das atividades propostas.

Prioridades definidas localmente são negociadas com lideranças e organizações comunitárias na suposição de que tais grupos e espaços sociais têm representatividade e legitimidade<sup>12</sup>. Dessa forma, são iniciativas que conformam sistemas organizacionais complexos e abertos que atuam sobre recursos humanos e não humanos, disponibilizando serviços através da mobilização de saberes popular, técnico e científico, em um intrincado arranjo multisetorial responsável pela implementação das mudanças pretendidas. Segundo Barnes *et al.*<sup>13</sup>, tais iniciativas podem ser caracterizadas por diferentes níveis de parceria - verticais e horizontais - e por horizontes temporais de médio e longo prazo, ultrapassando assim o período tradicional dos mandatos políticos.

Outra dimensão importante é o chamado capital social *vis-à-vis* *empowerment* comunitário<sup>14</sup>. Como aponta Coleman<sup>15</sup>, capital social é um aspecto da estrutura social que facilita a obtenção de determinados fins e vantagens que, outra forma, não seriam obtidos. Imprescindível ao desenvolvimento das iniciativas, aparece também como di-

menção importante das abordagens avaliativas, já que sua análise permite avaliar o grau de aceitação e engajamento das comunidades e, portanto, as estratégias possíveis de fortalecimento das parcerias e circuitos positivos de sociabilidade, mesmo em contextos de profunda desigualdade social e extrema violência<sup>16</sup>. Para Jackson *et al.*<sup>17</sup>, na perspectiva do que denominam de “empowerment comunitário” e “*community capacity*”, há uma combinação de capacidades, talentos e condições socioambientais dentro e fora das comunidades, que potencializam ou não fluxos já existentes.

Muitas vezes, um programa ou iniciativa social com objetivos bem definidos fracassa em reconhecer a complexidade das carências e o problema das famílias em uma rede intrincada de necessidades. Isto porque nenhum programa setorial é capaz de enfrentar, isoladamente, as múltiplas dimensões dos problemas sociais. A partir destas considerações, compreender diferenças e pontos de contato de experiências intersetoriais recentes no cenário brasileiro contribui para a sistematização das múltiplas lógicas que atravessam as políticas sociais e de saúde e, ao mesmo tempo, consolidar aprendizados importantes em torno das oportunidades e dos dilemas que envolvem a construção de alternativas e o alcance de resultados.

### **Participação comunitária, intersetorialidade e gestão local: a experiência de Manguinhos**

No Brasil, programas de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) foram desenhados em meados dos anos noventa, a partir de um conceito de “desenvolvimento local como um processo social que reúne crescimento econômico com redistribuição e melhoria da qualidade de vida da comunidade”<sup>18</sup> trazendo a perspectiva da sustentabilidade ambiental. Tal processo envolveu políticas intersetoriais *vis-à-vis* organizações de redes de apoio social.

As experiências de DLIS no período ocorreram em municípios pequenos do interior do país, priorizando mecanismos de geração de emprego e renda, através de parcerias entre o setor público e privado<sup>19</sup>. No final da década de noventa, tal perspectiva ainda era inédita em grandes regiões metropolitanas e, particularmente em grandes áreas periféricas e favelizadas, com um considerável contingente de população praticamente excluída dos direitos de cidadania. Com base nesse modelo *vis-à-vis* uma concepção abrangente das práticas de saúde, em 1999 foi criado o programa DLIS Manguinhos. O marco inicial se deu em torno da formação de um grupo de coordenação constituído de representantes de instituições acadêmicas, secretarias estaduais

e municipais e de empresas públicas e privadas, liderado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), visando uma ação integrada para a melhoria da qualidade de vida na região. O grupo responsável pela coordenação desde o início envolveu pesquisadores da ENSP para acompanhar o programa e desenvolver uma proposta de avaliação em torno da promoção da saúde e desenvolvimento comunitário. A participação do grupo de avaliação nas reuniões da coordenação do DLIS foi crucial para a análise do processo decisório, desde o planejamento das ações e conformação de uma agenda local até o entendimento das dificuldades na implantação do programa.

A perspectiva avaliativa do programa de Manguinhos procurou refletir sobre uma intervenção que tinha como inspiração não só a proposta de DLIS, mas que entendia promoção da saúde de um ponto de vista radical e sistêmico – a partir do enfoque dos determinantes sociais<sup>20,21</sup>. Ou seja, o enfoque avaliativo adotado envolvia o monitoramento e a sistematização das ações do programa a fim de colaborar para a construção da proposta, garantir a disseminação da metodologia de implantação do DLIS e, sobretudo, buscar o que poderia ser caracterizado como práticas inovadoras de promoção da saúde através do envolvimento da Unidade de Saúde da ENSP. A interface e o diálogo entre pesquisa, metodologia científica e processo decisório e, mais do que isso, a frágil convivência entre esses campos, como nos mostra Rütten<sup>22</sup>, estavam em questão.

A avaliação procurava abranger uma intervenção especialmente complexa, com inúmeros atores, conflitos e interesses em jogo, mas que reiterava o envolvimento e colaboração ativa de diversos setores do estado, da prefeitura e das empresas da região e, sobretudo, a mobilização e participação ativa dos moradores e organizações sociais presentes na área<sup>23</sup>. Frente a tal desafio, a compreensão da insuficiência da avaliação voltada unicamente para a busca de resultados e efeitos e a seleção de algumas dimensões-chave para o acompanhamento da dinâmica de implementação do programa foram fundamentais. Assim, a abordagem avaliativa focalizou o que parecia essencial: a dinâmica de construção de representatividade e legitimidade das ações através de mecanismos e estratégias de mobilização comunitária (fóruns locais), do diagnóstico local participativo e da pactuação de uma agenda de desenvolvimento multisetorial. Neste percurso, os níveis crescentes de violência e seu impacto não só na qualidade de vida, mas também no padrão de sociabilidade, colaboração e ação coletiva local foram identificados como elementos cruciais. Assim, o contexto foi entendido não só como espaço geográfico ou institucional, mas como campo social, inteligível a partir de um conjunto de regras,

normas, valores e relações e que definem o desenvolvimento dos programas<sup>24</sup>.

Nesse caso, a avaliação se concentrou em uma proposta que é introduzida em um contexto altamente desfavorável do ponto de vista da ausência de serviços e equipamentos públicos em geral e, principalmente, do ponto de vista da cidadania e da confiança no poder público. A abordagem avaliativa se beneficiou tanto do conhecimento sobre a concepção e as principais características do programa *vis-à-vis* ao conhecimento do contexto, o que dificultava o processo de tomada de decisão e o debate das propostas e ações junto à comunidade de Manguinhos. Desta forma, foram priorizadas as análises das dificuldades e desafios de uma proposta em um cenário organizacional e participativo altamente conflituoso e adverso a ações colaborativas. Registrar e entender os conflitos políticos que se acirravam e impediam a colaboração e a interlocução horizontal tornaram-se atividades importantes, assim como a análise do aporte de recursos para as intervenções propostas em habitação, melhoria na infraestrutura urbana e de geração de renda.

No caso de Manguinhos, as dificuldades para o fortalecimento da interstorialidade estiveram centradas tanto no plano da esfera intergovernamental como também no contexto local a partir das divergências e clivagens no interior das comunidades. Ambos espaços estiveram igualmente atravessados por conflitos e contradições. Ainda assim, o processo avaliativo e o diálogo em torno do programa em Manguinhos foram realizados tendo como base o apoio e participação ativa de um grupo de moradores, identificados como “mediadores culturais”, isto é, tradutores capazes de expressar a lógica e demanda dos moradores e o contexto maior em que estão inseridas as comunidades locais. O trabalho de colaboração com esses atores teve início na fase de realização do diagnóstico participativo da região, em que os moradores puderam vocalizar suas principais preocupações e demandas. A identificação dos mediadores, moradores e lideranças locais vinculados a ONGs e ao Centro de Saúde da ENSP viabilizaram o trabalho em uma região de acesso difícil, dado os altos níveis de violência. Desta forma, o processo avaliativo pôde não só reconhecer a importância dessas lideranças na mobilização de um circuito local de sociabilidade – tão necessário para a qualidade de vida e para a diminuição da violência local –, como sistematizar e dar visibilidade ao “capital sociocultural” presente na comunidade. A experiência revelou a importância da compreensão dos atores locais como agentes capazes de entender o que fazem enquanto fazem. Perceber tais grupos e indivíduos como agentes reflexivos envolvidos cotidianamente na região de Manguinhos ajudou a ultrapassar interpretações

normativas tradicionais sobre a gestão local e o alcance das intervenções sociais. Como aponta Giddens, tal enfoque significa que os conhecimentos que os agentes têm da sua própria história é uma influência poderosa para sua mudança<sup>25</sup>.

### **Integração institucional e cooperação local para a redução da pobreza: o caso do programa Bolsa Família**

O Bolsa Família foi criado em outubro de 2003, a partir da unificação dos programas federais Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás e, portanto, traz em seu bojo mudanças ligadas à governabilidade e manejo de recursos no âmbito das políticas de transferência de renda existentes em diferentes agências governamentais. Frente à crítica acerca da superposição e fragmentação das ações públicas em torno das questões sociais e da pobreza, o Bolsa Família, cuja cobertura atingiu cerca de 11 milhões de famílias em 2008, conjugou objetivos, metas e contrapartidas exigidas aos usuários dos programas anteriores a fim de maximizar esforços e evitar paralelismo, descontinuidades e ineficiência. Além disso, a concepção do Bolsa Família como “porta de entrada” para o conjunto de políticas sociais, articulando por exemplo ações de acompanhamento da frequência escolar de crianças e adolescentes, calendário vacinal e pré-natal e não apenas transferência de renda aos mais pobres, garantiu maior sustentação política e apoio social.

Como analisou Draibe<sup>26</sup>, após duas décadas de reconstrução institucional dos programas assistenciais no país, a oposição e incompatibilidade entre intervenções universalizantes e focalizadas no campo da proteção social é revista e ações voltadas a grupos mais vulneráveis deixam de ser encaradas como residuais ou estritamente compensatórias. A ideia de que a pobreza é um problema complexo e multidimensional que exige a combinação de recursos monetários e não monetários voltados a ganhos em capital cultural, condições de saúde e inserção ocupacional através de ações intersetoriais é tomada como importante eixo da “teoria do programa”<sup>27</sup>.

No entanto, as consequências institucionais de tal arranjo revelaram as dificuldades de integração e cooperação entre diferentes agências e níveis de governo. De um lado, a unificação dos programas anteriores vinculados ao Ministério da Educação, Saúde e Assistência Social representou a perda de recursos e governabilidade setoriais, repercutindo em níveis de adesão distintos. No caso da área da saúde, tal deslocamento de poder foi combinado ao esvaziamento do critério de risco nutricional para

a seleção e acompanhamento dos beneficiários. Por outro lado, no bojo da indefinição em torno dos papéis e regras de cooperação financeira entre estados e municípios que marcam o sistema federativo brasileiro, permaneceu limitada a articulação intergovernamental no âmbito do programa<sup>28</sup>. Embora tenha sido prevista a complementação dos benefícios destinados às famílias pelos governos estaduais e municipais através dos termos de cooperação na prática, a ausência de estímulos políticos e financeiros mais robustos para a consolidação destas parcerias provocaram, muitas vezes, a simples substituição das iniciativas locais de transferência de renda pelo programa federal.

Se existem dificuldades para a cooperação intergovernamental, a integração intersetorial no plano local também tende a permanecer frágil antes que sejam amadurecidos dispositivos e formas de incentivo nesta direção. No caso do Bolsa Família, na medida em que além da transferência direta do benefício monetário às famílias através da Caixa Econômica Federal são exigidas contrapartidas na área da educação e atenção básica de saúde, as experiências anteriores de trabalho conjunto, a troca de informações e o estímulo a maiores níveis de envolvimento de gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde, assistência e educação mostram-se cruciais. Neste aspecto, é importante lembrar que a ampliação da cobertura do Cadastro Único das Políticas Sociais (CADÚNICO), criado em 2001 e incorporado ao programa como principal ferramenta de mapeamento e seleção dos beneficiários e garantia de informação compartilhada, enfrentou dificuldades frente à limitação de recursos e treinamento. No âmbito local, esta tem sido uma queixa recorrente dos gestores, revelando um descompasso entre a velocidade de expansão do cadastramento e os investimentos necessários para a maior capacitação gerencial, fornecimento de equipamentos e demais estruturas de apoio<sup>29</sup>.

Em algumas experiências locais, sistemas de informação sobre o número de famílias cadastradas, acompanhadas ou desligadas permanecem superpostos, desatualizados ou incompletos<sup>30</sup>. Os gestores e agentes implementadores do programa em diferentes municípios do país, muitas vezes, desconhecem ou têm informação desigual sobre os motivos que levam as famílias a esperarem longos prazos para o recebimento dos benefícios após o cadastramento ou mesmo terem o auxílio cancelado. Este fato corrobora para a existência de um sentimento de “perda” de capacidade de interagir, propor mudanças e participar de maneira mais substantiva nos rumos do programa no nível local.

É importante ressaltar que as informações sobre famílias atendidas em cada região, critérios de desligamento, regularidade do pagamento e valor

do benefício são aspectos absolutamente estratégicos na elaboração do programa como um direito social e também para o fortalecimento de parcerias intersetoriais e comunitárias envolvendo gestores e demais *stakeholders*. Na verdade, o Bolsa Família, sem contar com uma linha monetária de pobreza “oficial”<sup>31</sup>, adotou valores de renda *per capita* familiar arbitrários para a definição de pobres e extremamente pobres, tanto do ponto de vista do consumo observado quanto no que se refere às profundas diferenças regionais nos perfis de destituição. Pesquisas avaliativas sobre a focalização do programa têm apontado divergências significativas em relação aos resultados encontrados<sup>32-34</sup>. Assim, o alcance dos mais pobres dentre os pobres no âmbito do programa permanece sendo um desafio. Muitas vezes, os critérios de elegibilidade, como apontam Lindert *et al.*<sup>35</sup>, podem não ser traduzidos em definições precisas da população-alvo. As estratégias de cadastramento adotadas e a reinterpretação dos critérios de seleção dos beneficiários pela chamada “*street-level bureaucracy*” podem afetar os resultados da focalização de maneira distinta da que foi originalmente formulada no desenho operacional do programa.

Neste processo, a obediência aos critérios de seleção dos beneficiários também envolve a avaliação da legitimidade e da coerência dos princípios normativos utilizados. Embora o Bolsa Família reafirme a idéia de que transferir renda sem promover capital humano não reduz a pobreza, ao limitar o acompanhamento dos ganhos educacionais apenas à análise da frequência escolar, deixa de levar em conta a questão do desempenho, problema fundamental para a maior efetividade das ações na área<sup>36</sup>. No que se refere à dimensão da saúde, Estrella e Ribeiro<sup>37</sup> sugerem que a qualidade da prestação de serviços públicos de saúde, para além da oferta, tende a ser um aspecto negligenciado na maioria dos municípios. Igualmente, a baixa *performance* no que se refere à implementação dos chamados programas complementares voltados à geração de renda e “autonomização” das famílias compromete o caráter mais amplo dos objetivos e metas. A preocupação com interdependência das ações para o alcance de maior efetividade do programa também pode ser percebida em relação à questão dos ganhos nutricionais com o aumento do acesso aos alimentos a partir dos benefícios monetários. Como revelou recente pesquisa realizada pelo IBA-SE<sup>29</sup>, as famílias tendem a ampliar o consumo de alimentos, mas isto nem sempre pode ser traduzido como práticas alimentares mais saudáveis. O aumento do consumo de açúcares e enlatados em várias regiões do país, por exemplo, revela a importância da combinação de ações educativas e de promoção da saúde voltadas à população-alvo em

serviços de atenção básica e cantinas escolares.

Para favorecer o diálogo intersetorial em torno de metas e resultados do programa, foi criado pelo governo federal em 2006<sup>37</sup> o Índice de Gestão Descentralizada (IGD). Embora tal incentivo tenha sido implementado tardiamente, sem dúvida, indica a intenção governamental de corrigir pontos frágeis do programa. Para Mazmanian e Sabatier<sup>4</sup>, marcos legais claros e consistentes podem ser capazes de equacionar conflitos em torno de metas e objetivos e garantir maior efetividade na implementação das ações públicas. Neste aspecto, o IGD, ao transferir recursos para as diferentes secretarias municipais a partir da avaliação da qualidade do cadastramento, do acompanhamento da frequência escolar e da agenda de saúde, pode melhorar a qualidade da gestão local intersetorial. Ainda que, segundo o MDS<sup>38</sup>, o repasse de recursos seja centralizado nas secretarias municipais de assistência social em quase 80% dos municípios cobertos pelo programa, a perspectiva é envolver as áreas da Saúde e Educação e favorecer a decisão compartilhada sobre prioridades e demandas.

Como política de transferência condicionada de renda que busca articular o conjunto de políticas sociais, com ênfase especial nas políticas de saúde e educação, o Bolsa Família reafirma uma concepção horizontalizada de intervenção pública de combate à pobreza. Tal orientação implica dizer que os atores sociais envolvidos na implementação das ações devem ser capazes de construir metas de maneira cooperativa, integrando diagnósticos, procedimentos e resultados. No entanto, na medida em que a implementação local do programa perde a capacidade de garantir maior integração hierárquica e de estabelecer conexões fortes com o conjunto de políticas sociais de saneamento básico, alfabetização de adultos, geração de trabalho e renda, capacitação profissional, dentre outras, pode ocorrer a tendência a uma maior “verticalização” do programa. Além disso, a fragilidade das arenas participativas e das instâncias de controle social em torno do Bolsa Família tende a dificultar o aprendizado maior com a chamada “dinâmica de engajamento cívico”<sup>39</sup> presente na trajetória recente das políticas sociais no país. A maior participação dos beneficiários nas decisões ligadas à implementação do programa pode ter impacto significativo na efetividade e legitimidade das ações. Como apontam Burris *et al.*<sup>40</sup>, “even the imposition of ‘good solutions’ in a top down manner without real decision-making participation by those most affected, is paternalistic and illegitimate from a democratic perspective”.

Como mostrou estudo realizado pelo Banco Mundial em 2005<sup>41</sup>, dentre os 245 municípios pes-

quisados, 26% não apresentavam instâncias de controle social ligadas ao programa. Ao mesmo tempo, dentre os conselhos em funcionamento, a baixa frequência das reuniões, o déficit de informações sobre o processo de implementação local e frágil participação da sociedade civil revelaram os limites destes espaços de avaliação e acompanhamento públicos.

### Desafios da implementação e avaliação das estratégias intersetoriais

As principais dificuldades para a implementação de ações e atividades intersetoriais ocorrem na medida em que a maioria dos representantes setoriais traz para as distintas arenas de negociação uma agenda previamente definida. De um lado, a negociação em torno de questões e prioridades tende a ser complexa e difícil, o que se reflete na pactuação e implementação de ações intersetoriais. Por outro lado, a intersetorialidade no plano da macro-negociação e da formulação da proposta costuma ser um sucesso, já que nenhum setor se coloca desfavorável a iniciativas de desenvolvimento social. Porém, tais iniciativas não têm sustentabilidade, prevalecendo baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda, disputas políticas e interesses eleitorais. A manutenção das parcerias torna-se um desafio para a construção de uma agenda integrada, tanto para questões mais pontuais e de curto prazo como para questões mais estruturais.

Ao mesmo tempo, as fronteiras entre as intervenções concebidas de cima para baixo - *top down* - ou de baixo para cima - *bottom up* - precisam ser, em alguns casos, refeitas e flexibilizadas. Como apontam Silva Barros *et al.*<sup>42</sup>, a centralização e descentralização decisória podem emergir como alternativas articuladas e combinadas para o alcance de maior efetividade das intervenções. No caso do Bolsa Família, a ampliação das estratégias de *governance* com maior participação de agentes não governamentais, iniciativa privada e grupos sociais tende a potencializar esforços voltados à geração de trabalho e renda locais, garantindo as chamadas “portas de saída” do programa.

No caso do DLIS - Manguinhos, a iniciativa opera desde o início a partir do pressuposto de que políticas e ações em contextos de pobreza e iniquidades dependem da mobilização de todos os setores sociais e da participação da sociedade civil. O envolvimento da população e a formação de redes adquirem enorme importância não só para a efetividade e o êxito da intervenção, mas também para gerar mudanças mais abrangentes e sustentáveis em seus contextos sociais, ambientais e políticos.



## Considerações finais

Apesar dos avanços na construção de uma abordagem mais ampla sobre saúde e bem-estar, permanece o desafio cotidiano de lidar com problemas estruturais e complexos e que, na maioria das vezes, envolvem diferentes esferas de governo, instituições e agências públicas, além de múltiplas habilidades, recursos e níveis de informação. Neste cenário, a implementação e avaliação de políticas e programas sociais ganham maior complexidade e já não podem ser encaradas de maneira instrumental ou como “kits aplicáveis em qualquer contexto”<sup>43</sup>.

O desenho de novas propostas de avaliação deve, assim, partir do entendimento dos programas sociais enquanto sistemas reflexivos, e portanto de sua complexidade *vis-à-vis* o contexto em que se insere e suas respectivas estratégias abrangentes e intersetoriais de enfrentamento das desigualdades sociais. Essa abordagem problematiza os objetivos e a finalidade das intervenções, sua dependência e estreita vinculação com decisões políticas que influenciam e reorientam estratégias *frente à* multiplicidade de pontos de vista, efeitos e resultados<sup>44</sup>. O entendimento sobre a natureza dos programas requer um olhar voltado à dinâmica dos atores, interesses e atividades que conformam e dão sentido aos programas sociais. Isto porque a avaliação das ações é em si uma intervenção complexa, já que, analisando conflitos e controvérsias, tem o efeito de remodelar ou redefinir os rumos dos programas e estratégias.

Como práticas e ações políticas as quais operam a partir de novas idéias, recursos, atividades e mecanismos em cada contexto, os programas intersetoriais apresentam objetivos múltiplos, variá-

veis ao longo de tempo nos espaços sociais em que se inserem. Frequentemente, efeitos e resultados têm pouco ou nada a ver com os objetivos presentes oficialmente e acordados no início da concepção do programa. Novas arenas de concertação e significados são criados e recriados a partir das interações entre atores atuando em rede direta ou indiretamente nas intervenções. As ações intersetoriais precisam ser entendidas como sistemas organizacionais que mobilizam recursos humanos e não humanos e que disponibilizam ações e serviços através de saber técnico-científico e popular, estando permanentemente em questão a efetividade das atividades *vis-à-vis* sua finalidade. Organizações têm como matéria-prima posições hierárquicas, papéis e regras, e por isso mesmo interesses distintos e conflitantes envolvendo atores e estratégias voltadas à maximização de ganhos e minimização de perdas em um processo de *trade off*. Importa, portanto, equacionar a controvérsia sobre o caráter *outcome or summative evaluation*<sup>45</sup>. Tal distinção enfatiza a importância da escolha do foco a ser avaliado, isto é, a escolha das dimensões a serem problematizadas deixando claro os limites das alternativas priorizadas. Torna-se assim imperativa uma visão original sobre metas, alcances e resultados dos programas e iniciativas a partir do estudo das conexões e interdependências entre os espaços sociais onde são implementadas as ações e também dos aspectos que favorecem ou dificultam as mudanças. Assim, é possível compreender os processos de implementação como resultados em si, os objetivos como expressão de relações conflituosas em contextos concretos de interação onde mudanças tendem a ser negociadas e o horizonte temporal da intervenção como algo mais flexível e menos determinado.

## Referências

1. World Bank. *Social Protection Strategy Paper*. Washington, D.C.: World Bank; 1999.
2. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2007; 17(1):78-93.
3. Shadish WR, Cook TD, Leviton LC. *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Thousands Oaks, California: Sage; 1991.
4. Mazmanian DA, Sabatier P. *Implementation and Public Policy, with a New Postscript*. New York: University Press of America; 1989.
5. Potvin L, Haddad S, Frohlich KL. Beyond Process & Outcome Evaluation: a Comprehensive Approach for Evaluating Health Promotion Programmes. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E, editors. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspective*. Copenhagen: WHO Regional Publications; 2001.
6. Barnes M, Matka E, Sullivan H. Evidence, Understanding & Complexity – Evaluation in non-linear Systems. *Evaluation* 2003; 9(3):265-284.
7. Bodstein R, Zancan L. *Monitoramento e Avaliação do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - The Integrated Local Development Project* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Abrasco/Cida-Cpha/Finep/Fiocruz; 2003.
8. Connell JP, Kubish AC. Applying a Theory of Change Approach to the Evaluation of Comprehensive Community Initiatives: Progress, Prospect & Problems. In: Connell JP, Kubish AC, Schorr LB, Weiss CH, editors. *New Approaches to Community Initiative: Theory, Measurements & Analysis*. Washington, D.C.: Aspen Institute; 1998.
9. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 7ª ed. São Paulo: Papirus; 2005.



10. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. *Promotion & Education* 2007; 1:16-20.
11. Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emerging Strategies for Healthy Urban Governance. *Journal of Urban Health* 2007; 84(1):154-163.
12. Weiss C. *Evaluation*. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
13. Barnes M, Matka E, Sullivan H. Evidence, Understanding & Complexity – Evaluation in non-linear Systems. *Evaluation* 2003; 9(3):265-284.
14. Putnan R. *Comunidade e democracia - a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV Editora; 1996.
15. Coleman JS. *Foundation of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
16. Peres F, Bodstein R, Marcondes W, Ramos C. Lazer, Esporte e Cultura na Agenda Local: a experiência de Promoção da Saúde em Manguinhos. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):757-769.
17. Jackson SF, Cleverly S, Poland B, Burman D, Edwards R, Robertson A. Working with Toronto Neighborhoods toward Developing Indicators of Community Capacity. *Health Promotion International* 2003; 18(4):339-350.
18. Buss PM, Ramos CL. Desenvolvimento Local e Agenda 21. Desafios da Cidadania. *Cadernos da Oficina Social* 2000; 3:13-65.
19. Krutman HM. *Fatores críticos no êxito da gestão de projetos de desenvolvimento local integrado e sustentável* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): COPPE, UFRJ; 2004.
20. Carvalho AI, Bodstein R, Hartz Z, Matida AH. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):521-530.
21. Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz; 2002. p. 15-37.
22. Rütten A. The implementation of health promotion: a new structural perspective. *Source* 1995; 41(12):1627-1637.
23. Bodstein R, Zancan L, Estrada D. *Guia de equipamentos e iniciativas sociais em Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
24. Pawson R. *Evidence-based policy: the promise of realist synthesis*. London: Sage; 2002.
25. Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
26. Draibe S. Bolsa Escola Y Bolsa Família. *Cadernos NEPP* 2006; 76:1-14.
27. Chen H. *Theory-Driven Evaluations*. London: Sage; 1990.
28. Fonseca A, D'ávila ALV. "Tensões e avanços na descentralização das Políticas Sociais" o caso do Bolsa Família" In: Fleury S, organizador. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*, Rio de Janeiro: FGV Editora; 2008.
29. IBASE. *Repercussões do programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*. Rio de Janeiro: IBASE; 2008.
30. Magalhães R, Burlandy L, Senna M, Schotz V, Scalercio G.O. Programa Bolsa Família no estado do RJ: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1513-1524.
31. Rocha S. *A pobreza no Brasil, afinal do que se trata?* Rio de Janeiro: FGV Editora; 2003.
32. Carvalho M. *Direitos universais- gastos focalizados: a focalização como instrumento para universalizar direitos sociais* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): IUPERJ; 2006.
33. Schwartzman S. Programas sociais voltados à educação no Brasil. *Sinais Sociais* 2006; 1(1):114-144.
34. Rocha S. Transferências de renda federais: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. *Rev. Econ Contemporânea* 2008; 12(1):67-96.
35. Lindert K, Skoufias E, Shapiro J. *Redistributing Income to the Poor and the Rich: Public Transfers in Latin America and the Caribbean* [texto para discussão n. 605]. Washington, D.C.: World Bank; 2006.
36. Estrella J, Ribeiro LM. Qualidade da gestão das condicionalidades do programa Bolsa Família: uma discussão sobre o Índice de Gestão Descentralizada. *Rev Adm. Pública FGV* 2008; 42(3):625-641.
37. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 148 de 27 de abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. *Diário Oficial da União* 2006; 28 abr.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde*. [documento da Internet] [acessado 2008 dez 14] [cerca de 52 p.] Disponível em: [http://nutricao.saude.gov.br/documentos/manual\\_acs.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/manual_acs.pdf)
39. Putnan R. *Comunidade e democracia- a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV Editora; 1996.
40. Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emerging Strategies for Healthy Urban Governance. *Journal of Urban Health* 2007; 84(1):154-163.
41. Lindert K, Linder A, Hobbs J, Brière B. *The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context* [texto para discussão n. 6209]. Washington, D.C.: Social Protection/World Bank; 2007.
42. Silva PLB. *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários* [relatório final]. Campinas: NEPP; 1999.
43. Potvin L, Richard L. Evaluating Community Health Promotion Programmes. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E, editors. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspective*. Washington, D.C.: WHO Regional Publications; 2001. European Series 92.
44. Weiss C. Nothing as Practical as Good Theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and family. In: Connell JP, Kubisch AC, Schorr LB, Weiss CH, editors. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*. Washington, D.C.: Aspen Institute; 1995. p. 65-93.
45. Patton M. Development Evaluation. *Evaluation Practice* 1994; 15(3):311-319.

Artigo apresentado em 31/10/2008

Aprovado em 09/01/2009

Versão final apresentada em 08/02/2009