



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Políticas e programas públicos relacionados aos determinantes sociais
da saúde desenvolvidos no Nordeste brasileiro¹

Relatório de Pesquisa

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza²

Monique Azevedo Esperidião³

Kleize Araújo de Oliveira Souza⁴

Erick Soares Lisboa⁵

Salvador, agosto de 2013.

¹ Estudo realizado por meio de contrato de serviço para a Organização Panamericana de Saúde.

² Professor Adjunto. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

³ Professora Adjunta. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

⁴ Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

⁵ Mestrando do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. Introdução

2. Objetivos

3. Marco teórico

4. Estratégia metodológica

5. Resultados

5.1. Programas do governo federal por área temática: recursos aplicados

5.2. Programas dos governos estaduais do Nordeste por área temática: recursos aplicados

5.3. Programas do governo federal, segundo as cinco dimensões da atuação sobre os determinantes sociais da saúde: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional e monitoramento e prestação de contas

5.4. Programas dos governos estaduais do Nordeste, segundo as cinco dimensões de atuação sobre os determinantes sociais da saúde: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional e monitoramento e prestação de contas

6. Discussão

7. Comentários finais/Recomendações

Referências

ANEXOS

POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS RELACIONADOS AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DESENVOLVIDOS NO NORDESTE BRASILEIRO

1. Introdução

A posição social de indivíduos e segmentos populacionais tem um papel central no processo de determinação do estado de saúde. Com efeito, as diferenças de posição socioeconômica determinam diferentes resultados de saúde, uma vez que a estratificação social produz exposições diferenciadas a condições danosas à saúde e provoca distintos níveis de vulnerabilidade entre os grupos sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem destacado, em diversas iniciativas e, em especial, nas recomendações aprovadas na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, a necessidade dos Estados nacionais desenvolverem políticas que promovam a saúde e reduzam as iniquidades, atuando sobre esses determinantes.

Não são simples, contudo, a formulação e a implantação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e a redução das iniquidades. Segundo a Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS/OMS), a abordagem dos determinantes sociais exige: um trabalho contínuo de longo prazo, a conscientização do público, a priorização política da busca da equidade e a coordenação entre as diversas ações e os diversos setores de governo.

O Brasil conseguiu, nos últimos vinte anos, avançar na redução das iniquidades sociais, embora continue sendo um dos países mais desiguais do mundo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) capta bem essa mudança. Em 2010, o IDH dos municípios brasileiros chegou a 0,727, quando era de 0,492 em 1991 (www.atlasbrasil.org.br/2013). É possível supor que esse avanço seja fruto, em primeiro lugar, da estabilidade democrática e, em segundo, dos progressos nas políticas sociais de transferência de renda, educação e saúde.

Nesse contexto, é digno de nota o interesse que a abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS) tem recebido da sociedade e do governo brasileiros. O Brasil, por decisão presidencial, constituiu sua própria Comissão Nacional sobre os DSS, que produziu um rico relatório, não apenas analisando a situação de saúde, mas também apresentando recomendações de políticas e programas (Brasil, 2008). Além disso,

sediou, em 2011, a já mencionada Conferência Mundial, assegurando o aprofundamento do debate internacional.

No sentido de continuar avançando, o Brasil precisa fortalecer suas políticas públicas voltadas para reduzir as iniquidades em saúde por meio da ação sobre os DSS. Aplicar internamente as recomendações dos diversos foros internacionais é, certamente, um bom caminho.

Para acompanhar, avaliar e apoiar a implantação de políticas e programas voltados para a redução das iniquidades em saúde no Brasil, foi organizado, por uma rede de colaboradores, coordenada pelo Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Portal e Observatório sobre os DSS.

O Portal promove, em Recife, entre os dias 02 e 04 de setembro de 2013, a 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde no Nordeste, com o objetivo de analisar a situação de saúde e as políticas e os programas setoriais e intersetoriais em curso na região, visando a contribuir para o desenho de intervenções adequadas a seu contexto.

Este trabalho pretende ser uma contribuição aos debates da Conferência Regional do Nordeste, apresentando um panorama das intervenções realizadas, nos últimos três anos, pelo governo federal e pelos governos dos nove estados da região que tiveram por objetivo o combate às iniquidades em saúde, por meio da ação sobre os DSS. Algumas dessas intervenções são selecionadas e analisadas, segundo as cinco áreas de abordagem das iniquidades em saúde, elencadas como fundamentais pelo documento de discussão da Conferência Mundial sobre os DSS.

Finalmente, com base nessa análise, propõem-se algumas recomendações para o fortalecimento das políticas e dos programas voltados para a redução das iniquidades em saúde.

2. Objetivos

- Identificar e descrever as intervenções dos governos federal e estaduais, em curso na região Nordeste, que tenham por objetivo o combate às iniquidades em saúde, por meio da ação sobre os DSS;
- Analisar as intervenções identificadas, segundo as cinco áreas de abordagem das iniquidades em saúde;
- Propor recomendações para o fortalecimento das capacidades para desenvolver as cinco áreas de abordagem.

3. Marco teórico

Para orientar a descrição e a análise das intervenções governamentais sobre os DSS, adota-se, nesse trabalho, o modelo teórico proposto por Sollar e Irwin (2010), também adotado pela Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde.

De acordo com esse modelo, mecanismos estruturais de distribuição de poder e riqueza na sociedade, relacionados à governança, às políticas macroeconômicas e macrossociais, à cultura e aos valores morais, determinam - e são, ao mesmo tempo, condicionados por - a estratificação social e a posição socioeconômica dos diferentes sujeitos, em termos de renda, educação, ocupação, gênero e raça. A posição social, por sua vez, configura os determinantes intermediários da saúde, quais sejam: as condições materiais de vida (moradia, alimentação, etc.), as condições psicossociais (níveis de estresse cotidiano, redes sociais de apoio, etc.) e os fatores comportamentais e biológicos (nutrição, atividade física, etc.), incluindo o patrimônio genético. O acesso aos serviços de saúde é também um determinante intermediário, influenciando tanto na exposição e na vulnerabilidade, quanto nas consequências das doenças para as vidas das pessoas. Por fim, a relação entre os determinantes estruturais e intermediários da equidade em saúde produz as condições para a reprodução e a coesão sociais.

Nesse sentido, as intervenções dirigidas aos DSS abrangem um amplo escopo, incluindo desde aquelas que miram a melhoria de algum aspecto específico das condições de vida, que constituem os determinantes intermediários da saúde, até outras que visam a tornar mais equitativa a distribuição do poder e da riqueza, por meio de políticas macroeconômicas e macrossociais.

Todas essas intervenções, mesmo as de menor escopo, são de difícil execução. Na verdade, o maior desafio para a implantação de políticas e programas de redução das

iniquidades em saúde é político: uma distribuição mais equitativa de poder e riqueza sofre a forte oposição dos grupos sociais que perderiam privilégios, justamente aqueles com maior capacidade de influenciar as políticas públicas.

As iniquidades em saúde, no entanto, representam uma fonte de permanente tensão social e obrigam os governos a agir, particularmente, em sociedades com algum grau de participação popular na escolha de seus dirigentes.

Além do desafio de uma distribuição igualitária de poder, a formulação e a implantação de políticas e programas de combate às iniquidades em saúde enfrentam também desafios de ordem político-institucional, relativos a cinco dimensões, como salientado pela OMS (2011): a governança, a participação social, o papel do setor da saúde, a cooperação internacional e o monitoramento do progresso.

A governança se refere à definição das responsabilidades dos setores envolvidos em uma determinada intervenção. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento propõe uma pequena, mas interessante relação de princípios ou estratégias de uma boa governança: (1) assegurar que todas as partes envolvidas tenham direito à voz, de modo a promover a legitimidade das políticas sobre os determinantes sociais; (2) desenvolver uma visão estratégica que dê sustentação às ações; (3) garantir o bom desempenho do programa, em termos tanto de eficiência, quanto de efetividade; (4) definir claramente a responsabilidade de cada um em relação às metas da intervenção; e (5) assegurar que a participação de todos no processo decisório seja igualitária.

A participação social é, simultaneamente, um fim em si mesmo, pois contribui para promover a autonomia e a capacidade das pessoas de decidirem sobre suas próprias vidas, mas é também um elemento-chave para fazer com que as políticas e as ações atendam, objetivamente, às necessidades das pessoas e das comunidades. Os governos devem, portanto, comprometer-se com a institucionalização dos mecanismos de participação, disponibilizando recursos e contribuindo para o fortalecimento da capacidade de participação dos cidadãos.

O setor saúde, por si mesmo, pode contribuir para redução das iniquidades em saúde, oferecendo serviços de maneira universal e equitativa. Para tanto, deve ser adequadamente financiado e gerido de modo a garantir o acesso e a cobertura para todos os grupos, em todos os níveis - primário, secundário e terciário - da atenção à saúde e em todo os momentos do processo saúde-doença-cuidado - promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde -, por um custo suportável pela sociedade.

A cooperação internacional é fundamental para o sucesso das políticas de redução das iniquidades em saúde, mesmo dentro das fronteiras nacionais. Para que sejam efetivas, as ações em setores como finanças, comércio, agricultura, segurança, transporte e meio-ambiente, com impactos significativos nos DSS, exigem um grau elevado de concertação entre países. É preciso, portanto, alinhar interesses e princípios entre os países de modo que a promoção da saúde e do bem-estar social seja o propósito das ações no plano internacional.

O monitoramento e a prestação de contas são também essenciais para o sucesso das intervenções sobre os DSS. Concretamente, é importante que se acordem metas de redução das iniquidades em saúde, com indicadores bem definidos, em todos os setores. É ainda necessário que os sistemas de monitoramento tenham sensibilidade para registrar iniquidades em todo o gradiente social, não registrando apenas valores médios e gerais. Nesse sentido, os dados devem ser desagregados, de acordo com os principais fatores associados às iniquidades em saúde. Por fim, tão importante quanto produzir dados é disseminá-los e colocá-los à disposição dos formuladores e dos participantes das políticas que visam à redução das iniquidades em saúde.

Enfim, essas cinco dimensões das intervenções sobre os DSS orientam a análise apresentada no presente trabalho dos programas governamentais em curso no Nordeste brasileiro.

4. Estratégia metodológica

As informações sobre os programas voltados para a redução das iniquidades em saúde no Nordeste, por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde, foram buscadas em sítios oficiais, acessíveis pela internet. As fontes de informação foram o Portal da Transparência do governo federal (www.portaltransparencia.gov.br) e os Portais da Transparências e sítios oficiais dos governos dos nove estados da Região Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Adicionalmente, foram consultados os Planos Plurianuais (PPA) do governo federal e de todos estados da Região Nordeste, dos períodos 2008-2011 e 2012-2015. O período de referência para o estudo abrangeu os anos de 2010 a 2012.

Desde já, deve-se salientar os limites dessas fontes. Os Portais da Transparência são ricos em dados e informações. Os graus de precisão, contudo, não são explicitados e é difícil cruzar informações das diferentes páginas dos sítios eletrônicos. Os PPA, por

sua vez, longos, setorizados e de visão economicista (Garcia, 2000). Em geral, não permitem visualizar a existência ou não de uma coordenação entre as ações governamentais.

Tomando como referência o método adotado por Vaistman e cols. (2008) para análise de intervenções relacionadas às condições de vida e saúde do governo federal no período 2004-2006 e ainda as discussões do relatório final da Comissão Nacional sobre DSS (2008), foram buscados nos Portais da Transparência e nos PPA, as ações e os programas relativos a sete áreas temáticas, a saber: (1) agricultura, (2) alimentação, (3) ambiente e habitação, (4) educação, esporte e cultura, (5) proteção social não contributiva, (6) trabalho e inclusão produtiva, (7) prevenção e combate à violência e promoção de direitos. No decorrer da coleta de informações, considerou-se pertinente acrescentar duas outras áreas, chegando-se ao total de nove: (8) infraestrutura e desenvolvimento urbano e (9) saúde.

Os programas e ações foram classificados a partir do trabalho de Paes e cols. (2008), realizado para o relatório final da Comissão Nacional sobre DSS (2008). Utilizou-se as 7 áreas temáticas do referido documento (Agricultura, Alimentação, Ambiente/Habitação, Educação/Esporte e Cultura, Proteção Social Não Contributiva, Trabalho e Inclusão Produtiva, Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos), acrescidas de mais duas (Infraestrutura e Desenvolvimento Urbano e Saúde).

Foram encontrados, assim, um total de 416 programas e 1.381 ações do governo federal na Região Nordeste nos anos de 2010 a 2012. No que concerne aos programas dos governos estaduais, foram identificados os totais de 157 programas na Bahia, 309 no Ceará, 220 na Paraíba, 289 no Piauí, 221 em Pernambuco e 265 em Sergipe. No Maranhão, foram identificadas 773 ações, no Rio Grande do Norte, 1290 ações e em Alagoas, 900. Esse conjunto de programas e ações foi descrito, considerando-se o montante de recursos financeiros, em termos absolutos e relativos, por estado e por área temática.

Para cada programa ou ação, obteve-se o valor orçamentário executado, nos três anos do período em tela. Procedeu-se, então, a uma série de comparações com os orçamentos totais e com os gastos em outras intervenções que não as incluídas entre as nove áreas temáticas. Fez-se também uma análise em termos de gastos per capita.

Em seguida, foram identificados os programas de maior volume de recursos orçamentários, sendo um de cada área temática, do governo federal e de cada uma das unidades federativas nordestinas, totalizando uma seleção de 90 programas ou ações

direcionados à redução das iniquidades sociais em saúde nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Esse conjunto de ações e programas mais vultosos foi analisado, segundo suas características em cada uma das cinco dimensões descritas na seção anterior sobre marco teórico: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional, mecanismos de monitoramento e prestação de contas. Eventualmente, quando não foram encontradas informações sobre essas dimensões no programa mais vultoso de uma área, foi analisado o segundo ou o terceiro mais vultoso.

5. Resultados

5.1. Programas do governo federal por área temática: recursos aplicados

No Portal da Transparência, entre os anos de 2010 e 2012, foram encontrados 416 programas e 1.381 ações do governo federal desenvolvidos no Nordeste, dos quais 330 (79,33%) programas e 1098 ações (79,51%) com potencial impacto na redução das iniquidades em saúde no NE, com a distribuição por área temática apresentada na tabela a seguir.

Tabela 1 – Número e proporção de programas e ações do governo federal desenvolvidos no Nordeste, por área temática, 2010-2012

	Programas	%	Ações	%
Agricultura	43	10,34	142	10,28
Alimentação	4	0,96	36	2,61
Ambiente	33	7,93	120	8,69
Educação	82	19,71	247	17,89
Infraestrutura	35	8,41	164	11,88
Promoção de direitos	41	9,86	116	8,40
Proteção social	24	5,77	54	3,91
Saúde	38	9,13	137	9,92
Trabalho	30	7,21	82	5,94
Subtotal	330	79,33	1098	79,51
Outros	86	20,67	283	20,49
Total	416	100,00	1381	100,00

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal

Em termos de volume de recursos financeiros, considerando-se as transferências feitas pelo governo federal aos estados nordestinos, chega-se a um total de quase R\$ 116 bilhões no triênio, dos quais R\$ 39 bilhões (36,5%) se referem a programas com impacto potencial na redução das iniquidades em saúde. Desses, a maior parte das transferências se destina à área da Educação, Esporte e Cultura (18,4% do total). Em segundo lugar, destaca-se a Saúde com 8%. Proporcionalmente, a área do Trabalho e Inclusão Produtiva é a de menor aporte (0,2% do total). Mais detalhes na tabela abaixo.

Tabela 2 - Recursos financeiros repassados pelo Governo Federal aos estados do Nordeste Brasileiro por áreas temáticas no período 2010-2012.

Áreas/Ano	2010	2011	2012	Total	%
Agricultura	371.061.445,04	252.029.357,40	158.453.251,15	781.544.053,59	0,7
Alimentação	15.552.489,20	123.279.933,02	220.987.074,76	359.819.496,98	0,3
Ambiente e Habitação	1.396.872.552,89	881.727.198,94	1.256.268.518,70	3.534.868.270,53	3,0
Educação, Esporte e Cultura	6.740.349.463,72	7.021.855.528,13	7.642.464.541,24	21.404.669.533,09	18,4
Infraestrutura e Desenvolvimento Urbano	768.075.450,91	547.356.018,63	525.867.269,23	1.841.298.738,77	1,6
Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos	137.835.101,65	78.292.913,53	90.494.560,30	306.622.575,48	0,3
Proteção Social não Contributiva	870.595.503,62	111.018.035,01	171.619.163,14	1.153.232.701,77	1,0
Saúde	3.665.271.519,08	3.223.397.827,47	2.433.892.950,98	9.322.562.297,53	8,0
Trabalho e Inclusão Produtiva	88.074.653,30	70.069.630,81	37.895.277,19	196.039.561,30	0,2
SUBTOTAL	14.053.688.179,41	12.309.026.442,94	12.537.942.606,69	38.900.657.229,04	33,5

Outros	22.216.020.360,82	27.086.908.633,78	27.773.022.190,53	77.075.951.185,13	66,4
TOTAL	36.269.708.540,23	39.395.935.076,72	40.310.964.797,22	115.976.608.414,17	100,0

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal

Considerando-se os recursos aplicados diretamente pelo governo federal, no Nordeste, no período 2010-2012, identifica-se um total de mais R\$ 222 bilhões de reais no triênio, sendo R\$ 94 bilhões (42,1%) em programas e ações voltados para reduzir iniquidades em saúde. Novamente, a maior parcela cabe à Educação, Esporte e Cultura (14,1%). Em segundo lugar, está a Proteção Social Não-Contributiva, que corresponde, essencialmente, ao Programa Bolsa Família (12,2%). A área do Trabalho e Inclusão, de novo, é a que recebe menor aporte. Detalhes na tabela 3.

Tabela 3 - Recursos financeiros aplicados pelo Governo Federal nos estados do Nordeste Brasileiro por áreas temáticas no período 2010-2012

Áreas/Ano	2010	2011	2012	Total	%
Agricultura	816.232.341,68	643.023.526,87	203.512.781,25	1.662.768.649,80	0,75
Alimentação	414.983.722,78	529.049.006,02	1.251.430.745,39	2.195.463.474,19	0,99
Ambiente e Habitação	85.192.201,05	645.504.746,57	865.785.820,70	1.596.482.768,32	0,72
Educação, Esporte e Cultura	4.517.943.696,74	3.061.389.151,04	23.739.075.977,85	31.318.408.825,63	14,1
Infraestrutura	897.822.813,43	729.246.658,62	1.249.498.026,31	2.876.567.498,36	1,3
Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos	116.270.760,38	127.181.763,24	163.579.290,69	407.031.814,31	0,18
Proteção Social não Contributiva	8.261.487.831,41	9.318.053.163,40	9.536.414.971,52	27.115.955.966,33	12,2
Saúde	13.085.658.996,76	12.863.125.624,55	291.618.468,06	26.240.403.089,37	11,8
Trabalho e Inclusão Produtiva	100.016.603,94	120.280.781,80	72.443.241,99	292.740.627,73	0,13
SUBTOTAL	28.295.608.968,17	28.036.854.422,11	37.373.359.323,76	93.705.822.714,04	42,1
Outros	36.599.944.583,74	45.269.748.033,38	47.026.304.759,86	128.895.997.376,98	57,9
TOTAL	64.895.553.551,91	73.306.602.455,49	84.399.664.083,62	222.601.820.091,02	100,0

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal

A rigor, os recursos federais transferidos aos estados e os aplicados diretamente pelo governo federal não podem ser simplesmente somados, pois há superposições entre eles – nessa pesquisa, por exemplo, foram identificados dois programas (Fundeb e Piso da Atenção Básica à Saúde) que se referem, notadamente, à transferência para os estados, na relação de programas pagos diretamente pelo governo federal. Desse modo, é possível apenas estimar que os recursos federais efetivamente aplicados no Nordeste, entre 2010 e 2012, situaram-se entre R\$ 222.601.820.091,02, considerando-se que há superposição total, e R\$ 338.578.428.505,02, considerando-se que não há nenhuma superposição. Desses valores totais, foi utilizado em programas e ações sobre os DSS um valor entre R\$ 93.705.822.714,04 e R\$ 132.606.479.943,08 (Tabela 4).

Considerando as áreas específicas, observa-se que a área que mais recebeu recursos - Educação, Esporte e Cultura - teve um aporte de algo entre R\$ 31 bilhões e R\$ 52 bilhões. A Saúde, que vem em segundo lugar, recebeu entre R\$ 26 bilhões e R\$ 35 bilhões. As duas áreas menos contempladas - Trabalho e Inclusão Produtiva e Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos -, receberam, respectivamente, entre R\$ 292 milhões e R\$ 488 milhões e entre R\$ 407 milhões e R\$ 713 milhões. A tabela abaixo traz mais detalhes.

Tabela 4 - Recursos financeiros transferidos e aplicados pelo Governo Federal nos estados do Nordeste Brasileiro por áreas temáticas no período 2010-2012

Áreas temáticas	Recursos transferidos	Recursos aplicados	Total	%
Agricultura	781.544.053,59	1.662.768.649,80	2.444.312.703,39	0,72
Alimentação	359.819.496,98	2.195.463.474,19	2.555.282.971,17	0,75
Ambiente e Habitação	3.534.868.270,53	1.596.482.768,32	5.131.351.038,85	1,52
Educação, Esporte e Cultura	21.404.669.533,09	31.318.408.825,63	52.723.078.358,72	15,57
Infraestrutura e Desenvolvimento Urbano	1.841.298.738,77	2.876.567.498,36	4.717.866.237,13	1,39
Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos	306622575,48	407.031.814,31	713.654.389,79	0,21
Proteção Social não Contributiva	1.153.232.701,77	27.115.955.966,33	28.269.188.668,10	8,35
Saúde	9.322.562.297,53	26.240.403.089,37	35.562.965.386,90	10,50
Trabalho e Inclusão Produtiva	196.039.561,30	292.740.627,73	488.780.189,03	0,14
SUBTOTAL	38.900.657.229,04	93.705.822.714,04	132.606.479.943,08	39,17
Outros	77.075.951.185,13	128.895.997.376,98	205.971.948.562,11	60,83

TOTAL	115.976.608.414,17	222.601.820.091,02	338.578.428.505,19	100,00
-------	--------------------	--------------------	--------------------	--------

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal

Tomando-se por base que a população nordestina, estimada para 1º de julho de 2011 pelo IBGE, é de 53.501.859 pessoas, os investimentos per capita do governo federal, no Nordeste, ficaram entre R\$ 4.160,64 a R\$ 6.328,35. Considerando-se apenas os programas e as ações sobre os DSS, os gastos per capita situaram-se entre R\$ 1.751,45 e R\$ 2.478,54 nos três anos ou, em média, entre R\$ 583,82 e R\$ 826,18 por ano ou ainda entre R\$ 1,60 e R\$ 2,26 por dia, no triênio 2010-2012.

5.2. Programas dos governos estaduais do Nordeste por área temática: recursos aplicados

Os governos estaduais do Nordeste investiram em seus diversos programas e ações, no triênio 2010-2012, um valor total de R\$ 244.471.818.674,40, dos quais R\$ 113.359.942.525,03 (46,37%) nas nove áreas temáticas selecionadas como importantes para a redução das iniquidades em saúde. Em termos per capita, os gastos dos governos nordestinos nas áreas de Agricultura, Alimentação, Ambiente e Habitação, Educação, Esporte e Cultura, Infraestrutura e Desenvolvimento Urbano, Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos, Proteção Social não Contributiva, Saúde e Trabalho e Inclusão Produtiva foram de R\$ 2.217,62, nos três anos ou, em média, de R\$ 739,21 por ano ou ainda de R\$ 2,03 por dia no período de 2010 a 2012.

Comparando-se os gastos per capita nas nove áreas temáticas (tabela 5), observa-se que o estado de Sergipe foi o que fez maior aporte de recursos orçamentários no triênio, R\$ 6.264,11, seguido de longe pelo Piauí, R\$ 3.381,21 e por Pernambuco, R\$ 3.031,17. O Maranhão foi o estado que menos investiu, R\$ 581,49, pouco mais da metade do penúltimo colocado, Alagoas, com um gasto de R\$ 1.130,87 per capita entre 2010 e 2012.

Se, em média, os estados destinam às áreas temáticas selecionadas metade dos recursos orçamentários, há significativa variação entre as proporções que cada um aloca nessas áreas em comparação com os montantes alocados em outras áreas. Assim, há estados que aplicam mais de 64% de seus orçamentos em outros programas – Alagoas (71%), Rio Grande do Norte (70,5%), Paraíba (66%) e Ceará (65%) –, enquanto outros

estados alocam mais de 50% nas nove áreas selecionadas como importantes para os DSS – Bahia (50%), Pernambuco (53%), Piauí (58%), Sergipe (65%) e Maranhão (70%). Os programas classificados como outros incluem intervenções como gestão da política de comunicação do governo, defesa jurídica do estado, apoio à modernização da gestão e do planejamento do estado, ações de apoio administrativo do Poder Legislativo, coordenação e manutenção geral, encargos gerais do estado, desenvolvimento institucional de órgãos estaduais, elaboração de estudos e projetos, etc.

Das áreas selecionadas, as da Saúde e da Educação são as que, em geral, recebem maiores montantes. O estado que, proporcionalmente em relação ao total dos seus gastos, mais investe em saúde é o Maranhão (25,64%), seguido da Bahia (20,19%) e de Pernambuco (19,70%). Na área de Educação, Esporte e Cultura, destaca-se Pernambuco com 17,7% dos seus gastos com todos os programas, seguido de Piauí (16,75%) e da Paraíba (15,305). As tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam mais informações.

Note-se que os Planos Plurianuais dos estados de Alagoas, Maranhão e Rio Grande do Norte se organizam por ações (tabela 6), enquanto os dos demais estados se organizam por programas (tabelas 7 e 8).

Tabela 5 – População, gastos totais e gastos per capita dos governos dos estados do Nordeste nas áreas temáticas selecionadas, no período 2010-2011.

Estados	Nº de habitantes (2011)	Gastos (R\$)	Gastos per capita(R\$)
Maranhão	6.645.761	3.864.426.859,05	581,49
Alagoas	3.143.384	3.554.768.639,28	1.130,87
Rio Grande do Norte	3.198.657	4.681.045.965,54	1.463,44
Paraíba	3.791.315	6.948.466.889,18	1.832,73
Bahia	14.097.534	27.760.676.000,00	1.969,19
Ceará	8.530.155	21.257.692.174,96	2.492,06
Pernambuco	8.864.906	26.871.004.206,33	3.031,17
Piauí	3.140.328	10.618.100.911,29	3.381,21
Sergipe	2.089.819	13.090.854.738,09	6.264,11
Nordeste	53.501.859	118.647.036.383,72	2.217,62

Fontes: Portais da Transparência dos Estados

Tabela 6 - Recursos financeiros aplicados pelos governos dos estados de Alagoas, Maranhão e Rio Grande do Norte, por áreas temáticas no período 2010-2012

Área/Estado	Alagoas		Maranhão		Rio Grande do Norte	
	R\$ (2010-2012)	%	R\$ (2010-2012)	%	R\$ (2010-2012)	%
Agricultura	50.544.110,56	0,41	50.722.557,54	0,91	92.045.420,16	0,58
Alimentação	83.141.103,45	0,68	72.547.702,74	1,30	166.299.670,71	1,05
Ambiente e Habitação	44.212.157,12	0,36	454.616.845,09	8,16	183.961.265,12	1,16

Educação, Esporte e Cultura	1.525.565.011,08	12,49	509.092.766,14	9,13	2.127.586.871,70	13,4
Infraestrutura e Desenvolvimento Urbano	229.015.133,81	1,88	823.798.892,41	14,79	234.199.177,08	1,48
Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos	95.989.341,52	0,79	261.839.813,40	4,70	159.586.366,21	1,0
Proteção Social não Contributiva	332.597.174,84	2,72	24.983.762,18	0,44	8.492.139,76	0,05
Saúde	922.566.045,69	7,56	1.427.722.531,06	25,64	1.694.315.639,35	10,68
Trabalho e Inclusão Produtiva	271.138.561,21	2,22	239.101.988,49	4,30	14.559.415,45	0,10
SUBTOTAL	3.554.768.639,28	29,11	3.864.426.859,05	69,37	4.681.045.965,54	29,5
Outros	8.656.243.998,07	70,89	1.705.959.356,88	30,63	11.185.860.044,01	70,5
TOTAL	12.211.012.637,35	100,00	5.570.386.215,93	100,00	15.866.906.009,55	100,0

Fontes: Portais da Transparência dos Estados

Tabela 7 - Recursos financeiros aplicados pelos governos dos estados de Bahia, Ceará e Paraíba por áreas temáticas no período 2010-2012

Área/Estado	Bahia		Ceará		Paraíba	
	R\$ (2010-2012)	%	R\$ (2010-2012)	%	R\$ (2010-2012)	%
Agricultura	372.451.000,00	0,67	249.577.324,67	0,51	92.382.880,73	0,45
Alimentação	97.653.000,00	0,22	7.581.551,39	0,01	204.896.652,28	1,00
Ambiente e Habitação	2.156.283.000,00	3,88	2.019.931.823,17	3,98	447.161.803,42	2,18
Educação, Esporte e Cultura	4.931.505.000,00	8,88	3.539.746.746,56	6,97	3.129.799.300,36	15,30
Infraestrutura	3.569.151.000,00	6,43	2.558.150.630,53	5,04	350.262.386,55	1,71
Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos	690.338.000,00	1,24	886.259.958,09	1,75	52.982.809,78	0,25
Proteção Social não Contributiva	4.341.847.000,00	7,82	3.413.045.817,97	6,72	57.374.389,98	0,27
Saúde	11.203.028.000,00	20,19	2.932.445.789,39	5,77	1.355.084.338,35	6,70
Trabalho e Inclusão Produtiva	398.420.000,00	0,71	363.858.674,50	0,80	1.258.522.327,73	6,14
SUBTOTAL	27.760.676.000,00	50,04	15.970.598.316,27	35,10	6.948.466.889,18	34,00
Outros	27.722.917.896,00	49,96	29.528.008.545,86	64,90	13.505.823.494,88	66,00
TOTAL	55.483.593.896,00	100	45.498.606.862,13	100	20.454.290.384,06	100

Fontes: Portais da Transparência dos Estados, acessados em 10/08/2013

Tabela 8 - Recursos financeiros aplicados pelos governos dos estados de Pernambuco, Piauí e Sergipe em programas, por áreas temáticas no período 2010-2012

Área/Estado	Pernambuco		Piauí		Sergipe	
	R\$ (2010-2012)	%	R\$ (2010-2012)	%	R\$ (2010-2012)	%
Agricultura	371.884.433,62	0,73	83.022.290,00	0,45	507.080.429,52	2,51

Alimentação	94.717.022,42	0,20	41.903.656,26	0,27	41.171.949,93	0,22
Ambiente e Habitação	1.753.233.184,68	3,44	297.939.121,00	1,62	564.248.898,10	2,80
Educação, Esporte e Cultura	9.004.715.122,08	17,70	3.069.750.099,00	16,75	2.990.275.951,16	14,83
Infraestrutura	2.825.761.870,00	5,55	1.030.866.407,00	5,62	1.131.590.883,33	5,61
Prevenção e Combate a Violência e Promoção dos Direitos	1.913.541.283,59	3,76	870.515.227,00	4,75	1.501.792.674,25	7,45
Proteção Social não Contributiva	589.434.855,86	1,16	2.790.196.604,00	15,22	3.467.182.341,93	17,19
Saúde	10.029.138.297,63	19,70	2.380.256.281,03	12,98	2.837.335.169,21	14,07
Trabalho e Inclusão Produtiva	288.578.136,45	0,56	53.651.226,00	0,29	50.176.440,66	0,25
SUBTOTAL	26.871.004.206,33	52,80	10.618.100.911,29	57,95	13.090.854.738,09	64,93
Outros	24.028.274.772,98	47,20	7.707.275.961,00	42,05	7.071.512.079,69	35,07
TOTAL	50.899.278.979,31	100	18.325.376.872,29	100	20.162.366.817,78	100

Fontes: Portais da Transparência dos Estados, acessados em 10/08/2013

5.3. Programas do governo federal, segundo as cinco dimensões da atuação sobre os determinantes sociais da saúde: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional e monitoramento e prestação de contas

O Bolsa Família é, sem dúvida, o mais importante programa federal voltado para reduzir iniquidades em saúde no NE. Seu impacto positivo sobre as condições de saúde tem sido registrado em vários estudos científicos (Rasella et al., 2013; Paes-Sousa et al., 2011; Aquino et al., 2009). Coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social, o é gerido de forma compartilhada entre a União, os estados e os municípios. Vinculando o recebimento de auxílio financeiro ao cumprimento de certas condicionalidades, o programa tem como objetivos: i) combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; ii) reduzir a pobreza e a extrema pobreza; iii) promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, de educação e de assistência; iv) promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público; v) estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza.

Em 2010, havia 6.481.554 famílias beneficiárias do Programa no Nordeste (<http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia>). No triênio 2010-2012, o governo federal transferiu às famílias residentes no Nordeste, incluídas no Programa Bolsa

Família, o valor total aproximado de R\$ 27 bilhões, sendo de R\$ 7,5 bilhões em 2010, R\$ 9 bilhões em 2011 e R\$ 10,5 bilhões em 2012. Mais detalhes na tabela a seguir.

Tabela 9 – Recursos financeiros transferidos às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, residentes no Nordeste, por estado, no período 2010-2012

Estado	2010	2011	2012	Total
AL	482.546.525,00	571.786.742,00	657.022.522,05	1.711.355.789,05
BA	1.937.049.645,00	2.252.501.943,00	2.631.586.716,02	6.821.138.304,02
CE	1.173.769.970,00	1.388.623.737,00	1.611.460.982,01	4.173.854.689,01
MA	1.088.104.580,00	1.291.611.051,00	1.512.376.600,04	3.892.092.231,04
PB	529.666.982,00	630.550.390,00	738.085.404,05	1.898.302.776,05
PE	1.215.379.097,00	1.459.892.169,00	1.664.370.688,08	4.339.641.954,08
PI	494.309.153,00	587.050.500,00	675.401.779,01	1.756.761.432,01
RN	383.187.109,00	445.723.445,00	521.138.988,01	1.350.049.542,01
SE	272.390.557,00	329.029.029,00	392.975.565,00	994.395.151,00
TOTAL	7.576.403.618,00	8.956.769.006,00	10.404.419.244,27	26.937.591.868,27

Fonte: Portal da Transparência, acessado em 12/08/2013

Analisado com base nas cinco dimensões, o Bolsa Família apresenta as seguintes características. Seus mecanismos de governança incluem a definição clara de responsabilidades dos setores envolvidos, são definidos pactos entre a União e as unidades federativas, assim como há compartilhamento da liderança e da responsabilidade. Os processos participativos são promovidos com a existência de facilidades no acesso à informação à população e o funcionamento de Ouvidorias nos municípios para receber da população sugestões, críticas, reclamações. O papel do setor saúde é bem explícito no Bolsa Família: além de assegurar a condicionalidade - os beneficiários devem estar em dia com o esquema vacinal das crianças e gestantes -, deve implementar ações intersetoriais em saúde bucal, saúde da mulher e nutrição para as famílias. Embora haja várias experiências internacionais de programas de transferências condicionadas de renda, o Bolsa Família, especificamente, não conta com a participação direta de organismos internacionais, multilaterais ou não. Por fim, no que toca aos mecanismos de monitoramento, há sistemas de informações específicos para o programa, como o SIGPBF, o Sistema de Cadastro Único e o Sistema de Benefícios ao Cidadão. Há ainda o Painel de Indicadores de Gestão, que favorece a troca de informações e o acompanhamento conjunto do programa pelos gestores locais, coordenadores estaduais e o MDS.

A *Aposentadoria Rural*, programa do Ministério da Previdência e Assistência Social, tem como objetivo universalizar o acesso da população rural brasileira ao benefício para todos os homens com 60 anos ou mais e todas as mulheres com 55 anos ou mais, que tenham trabalhado, no mínimo, 15 anos em atividades rurais. Em termos de governança, a Aposentadoria Rural é gerida pelo MPAS, mas conta com a parceria de Sindicatos dos Trabalhadores Rurais, que orientam quanto às providências e aos documentos necessários para encaminhamento do pedido de aposentadoria ao INSS. O programa não prevê mecanismos de participação social, nem um papel particular para o setor saúde, nem parcerias internacionais, nem sistemas de monitoramento ou prestação de contas.

O Programa Nacional de Agricultura Familiar (Pronaf), conduzido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário e pelo Banco do Nordeste, é um programa de crédito e microcrédito rural que financia projetos individuais ou coletivos que gerem renda às famílias agricultoras, pescadoras, extrativistas, ribeirinhas, quilombolas, indígenas e aos assentados da reforma sanitária. A governança do Pronaf é compartilhada entre o MDA, que assume a gestão geral, e o Banco do Nordeste, que desempenha o papel de agente financeiro. Não está clara a existência de processos participativos na condução do programa, embora existam materiais de divulgação e meios de acesso à informação por parte da população. O setor saúde se envolve, particularmente, com a questão da inclusão de alimentos orgânicos na alimentação do escolar em ação junto ao Ministério da Educação. Não há informação disponível nos sítios oficiais sobre cooperação internacional. Quanto aos mecanismos de acompanhamento, existe o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pronaf, que fornece dados e informações sobre suas ações, embora o acesso seja restrito aos credenciados.

O Programa Bolsa Estiagem é dirigido pelo Ministério da Integração Nacional e visa a assistir as famílias de agricultores familiares com renda mensal média de até dois salários mínimos, atingidas por desastres nos municípios em estado de calamidade pública ou em situação de emergência reconhecidos pelo governo federal. Em termos de governança, há divisão de responsabilidades entre os Ministérios da Integração Nacional, do Desenvolvimento Social e do Desenvolvimento Agrário, além do envolvimento da Caixa Econômica Federal, como agente financeiro. Não há menção a processos participativos, nem a cooperação internacional, nem a mecanismos de

monitoramento. O setor saúde é citado como parceiro em ações de segurança alimentar, acesso à água e inserção produtiva.

O Projeto de Integração do Rio São Francisco com Bacias Hidrográficas do Nordeste Setentrional, desenvolvido pelo Ministério da Integração Nacional (MIN), objetiva ofertar água para cerca de 12 milhões de habitantes de 390 municípios do Agreste e do Sertão de Pernambuco, Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte, contemplando ainda ações socioambientais, como o resgate de bens arqueológicos e o monitoramento da fauna e flora. A responsabilidade pelo programa é do MIN, mas sua execução envolve a Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco, o Departamento Nacional de Obras Contra a Seca, a Companhia Hidroelétrica do São Francisco, o CPRM-Serviço Geológico do Brasil, a Agência Nacional de Águas e o Banco do Nordeste do Brasil. Não se mencionam processos participativos, nem cooperação internacional, nem algum papel particular para o setor saúde. O acompanhamento é apoiado pelo Observatório da Seca, portal eletrônico com informações das ações do governo federal, com dados fornecidos pelos comitês estaduais de enfrentamento dos efeitos da seca.

O Programa Água para Todos, também do MIN, pretende universalizar o acesso à água a populações carentes residentes em comunidades rurais, além de oferecer água para o consumo animal por meio de tecnologias diferenciadas. A meta é levar água para 750 mil famílias, principalmente do semiárido brasileiro, até 2014, com a instalação de 750 mil cisternas. O sistema de governança inclui um comitê gestor nacional, formado pelo MIN, MDS, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio e Ministério do Meio Ambiente, comitês estaduais e municipais. A sociedade civil participa desses comitês e constitui, nos municípios, comissões comunitárias. O setor saúde não tem um papel específico. Não há informação sobre a existência de cooperação internacional. Os mecanismos de monitoramento e prestação de contas são definidos pelos comitês gestores.

O Programa Minha Casa, Minha Vida, do Ministério das Cidades, tem como objetivo promover o acesso à moradia digna, por meio da produção e da aquisição de novas unidades habitacionais ou da requalificação de imóveis urbanos, para famílias com renda mensal de até R\$ 5.000,00. Há responsabilidades definidas para os vários setores que formam o comitê gestor do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Nacional: o próprio Ministério das Cidades, os Ministérios da Ciência e Tecnologia, da Cultura, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Fazenda, da Integração

Nacional, do Meio Ambiente, do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde, do Trabalho e Emprego e a Caixa Econômica Federal. A participação social é assegurada pela presença, no comitê gestor, de movimentos populares, entidades da área empresarial, entidades da área de trabalhadores, entidade da área profissional, acadêmica ou de pesquisa e um representante de organização não-governamental. Não há informações sobre cooperação internacional ou o papel do setor saúde. Os mecanismos de monitoramento se limitam à fiscalização pelos órgãos de controle.

As Políticas para as Mulheres: Enfrentamento à Violência e Autonomia são coordenadas pela Secretaria de Política para Mulheres da Presidência da República e envolve muitos parceiros. Seus objetivos incluem: (1) promover autonomia econômica das mulheres, (2) fortalecer uma cultura social igualitária entre mulheres e homens e (3) implantar uma Rede de Serviços Especializados de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. A estrutura de governança do programa é relativamente complexa, pois envolve uma articulação intra e intergovernamental, além de representações do movimento de mulheres. Os processos participativos são bastante valorizados, com a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e de Conselhos de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher nos estados. O setor saúde tem um papel destacado, por meio da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Não há menção quanto à cooperação internacional. Quanto aos mecanismos de monitoramento e prestação de contas, existem o Comitê de Articulação e Monitoramento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e o Sistema Integrado de Monitoramento e Avaliação da Política Nacional para as Mulheres e, vale ressaltar, são estimuladas a produção e a divulgação de conhecimento na área de gênero.

O Enfrentamento ao Racismo e Promoção da Igualdade Racial é um programa da Secretaria Nacional de Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR), que tem o propósito de reverter as representações negativas da pessoa negra, bem como reconhecer e valorizar a história e a cultura negra. Envolve ações de fomento a ações afirmativas para a promoção da igualdade racial; apoio ao desenvolvimento sustentável das comunidades quilombolas, povos indígenas e povos e comunidades tradicionais; reconhecimento e indenização de territórios quilombolas; fomento ao desenvolvimento local para comunidades remanescentes de quilombos e outras comunidades tradicionais. O programa busca qualificar e otimizar sua interlocução junto às instâncias governamentais, facilitando o acesso aos espaços de gestão democrática. O

monitoramento exige do órgão articulador, isto é, da SEPPIR, a capacidade de acompanhamento das ações realizadas pelas instituições executoras. De outra parte, a estas cabe o compromisso de disponibilizar sistematicamente as informações referentes aos avanços, às conquistas e às dificuldades encontradas no curso de execução do programa. Por fim, cabe à sociedade civil o monitoramento por intermédio de sua representação no Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial e pela ampla disseminação das informações, utilizando-se inclusive dos meios de divulgação de massa.

Pela primeira vez, o Plano Plurianual do governo federal (2012-2015) tem um programa específico para a juventude: o Programa Autonomia e Emancipação da Juventude. Ele tem ações que promovem a emancipação dos(as) jovens, garantindo-lhes acesso às políticas públicas e condições para que construam seus projetos pessoais e profissionais. É composto por várias iniciativas, como ampliação dos recortes de gênero, étnico-racial, LGBT e pessoas com deficiência nos projetos do governo federal voltados para jovens; implementação da Agenda Nacional de Trabalho Decente; Portal da Juventude; apoio a microprojetos para promoção da cultura da juventude; parcerias com órgãos governamentais e sociedade civil para prevenir o tráfico, a exploração sexual e a violência contra mulheres jovens; avanço na política de cooperação internacional de políticas de juventude com países do eixo Sul-Sul; veiculação de produção independente sobre a juventude nas redes públicas de comunicação; fortalecimento da implementação da Lei da Aprendizagem e o ProJovem sob a gestão do Ministério da Educação. Além disso, destacam-se a Estação Juventude, Enfrentamento à Violência contra a Juventude Negra, Participatório: Observatório Participativo da Juventude, Inclusão Produtiva da Juventude, Inclusão Digital da Juventude Rural, além do Fortalecimento dos órgãos estaduais e municipais de políticas públicas da juventude. Talvez por ser um programa novo, nos sítios internet oficiais, não constam informações sobre a governança, a participação social, o papel do setor saúde, a cooperação internacional ou os mecanismos de monitoramento.

A Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes, da Secretaria Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da Presidência da República, tem vários objetivos: (1) implantar serviços de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual nas 27 capitais; (2) reduzir a taxa de crescimento da internação de adolescentes em conflito com a lei; (3) extinguir os acolhimentos institucionais de crianças e adolescentes sem respaldo de medida judicial; (4) equipar os Conselhos

Tutelares dos 1.000 municípios com menor Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), localizados nas regiões Norte e Nordeste; (5) aprovar no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Letal de Crianças e Adolescentes; (6) elevar a detecção das situações de trabalho infantil; e (6) ampliar o número de municípios integrados ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - Peti. Em termos de governança, há responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo, para a definição de diretrizes, metas, ações. Nas fontes pesquisadas, não há informações sobre participação social, nem cooperação internacional. Cabe ao setor saúde, assegurar o atendimento qualificado à gestante, mãe ou família que manifestam desejo de entregar ou já entregaram seus filhos para adoção, responsabilizar seus dirigentes quanto à comunicação ao Conselho Tutelar de casos de maus-tratos e violação de direitos das crianças e incluir nas unidades de saúde ações de orientação às famílias quanto à educação de filhos. O monitoramento das ações é feito pelas três esferas de governo, de acordo com os indicadores estabelecidos no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes.

O Programa Viver Sem Limite ou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que envolve 15 ministérios, é também coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Trata-se de um conjunto de políticas públicas estruturadas em quatro eixos: acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. Quanto à governança, a definição de ações e metas é feita por eixo de intervenção. A participação é assegurada por meio da atuação de conselhos, comissões e comitês relacionados aos direitos da pessoa com deficiência, que fazem ainda o monitoramento dos programas. As ações do setor saúde contemplam as ações voltadas para a prevenção da deficiência (triagem neonatal) e a reabilitação, que inclui a adoção de protocolos e diretrizes clínicas específicas, o atendimento odontológico e a oferta de órteses e próteses. Não há informações sobre cooperação internacional.

A SDR/PR desenvolve ainda o programa de Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas, que visa a: (1) homologar a demarcação de terras indígenas; (2) executar obras de infraestrutura comunitária ou de habitações em terras indígenas; (3) implementar Plano Setorial de Culturas Indígenas; (4) proteger os povos indígenas de recente contato; (5) implantar sistemas de abastecimento de água em 1.220 aldeias com população a partir de 50 habitantes. A governança e a participação social são

viabilizadas pelos fóruns e conselhos de políticas públicas para a implantação da Política Nacional de Gestão Ambiental nas Terras Indígenas e inserção do desenvolvimento sustentável. Para desenvolver as ações de monitoramento, a SDR/PR está buscando a integração dos sistemas de informação sobre povos indígenas. Além da responsabilidade por promover a atenção integral à saúde dos indígenas, o setor saúde tem dois compromissos específicos com esse programa: ampliar a cobertura vacinal para 80% da população indígena e implantar a estratégia Rede Cegonha nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Nas fontes pesquisadas, não há informações sobre cooperação internacional nesse programa.

O Programa Usinas Culturais, do Ministério da Cultura (MinC), tem por finalidade valorizar a juventude negra, promover a autonomia das mulheres e reduzir o impacto ambiental, em áreas de alta vulnerabilidade social. É realizado em 152 municípios brasileiros com maiores índices de homicídios, segundo o Mapa da Violência 2012 – Novos Padrões da Violência Homicida no Brasil, publicado pelo Ministério da Saúde. Em termos de governança, o Programa é gerido pelo Ministério da Cultura que recebe e analisa projetos apresentados pelas prefeituras dessas cidades. Não há informações sobre participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional ou mecanismos de monitoramento e prestação de contas.

A Praça dos Esportes e da Cultura, programa do MinC, visa a promover a cidadania em territórios de alta vulnerabilidade social das cidades brasileiras, integrando em um mesmo espaço físico programas e ações culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços sócio-assistenciais, políticas de prevenção da violência e inclusão digital. Em termos de governança, o MinC se responsabiliza pela elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia que são, então, disponibilizados aos municípios que devem assegurar a manutenção das praças. O setor saúde é chamado a colaborar com o desenvolvimento de ações de educação para a saúde. Esse programa faz parte do PAC 2 – Programa de Aceleração do Crescimento 2 e, por isso, é alvo acompanhamento prioritário pelo governo federal, que publica periodicamente o cronograma de execução das obras. Nas fontes pesquisadas, não há informações sobre participação social, nem cooperação internacional.

Saúde na Escola é um programa conjunto dos Ministérios da Saúde e da Educação, que busca: (1) promover a saúde e a cultura da paz; (2) articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública; (3) contribuir para a formação integral de educandos; (4) contribuir para a construção de

um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; (5) fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; (6) promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; e (7) fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. A sua governança se baseia na articulação entre as ações dos Ministérios da Saúde e da Educação, que coordenam a pactuação com estados e municípios que aderem ao programa. A participação social está contemplada com o envolvimento da comunidade escolar. O papel do setor saúde é central: as equipes de saúde da família devem realizar visitas periódicas às escolas para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo. Não há informações sobre cooperação internacional nem mecanismos de monitoramento e prestação de contas.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal, coordenado pelo Ministério da Saúde (MS), faz parte de um compromisso para acelerar a redução das desigualdades regionais. Para tanto, o MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pactuam compromissos de desenvolver diversas ações, como: a ampliação do número de equipes de Saúde da Família e qualificação dos profissionais para identificação e acompanhamento das gestantes e recém-nascidos de risco; a ampliação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo e Unidade de Cuidados Intermediários; a ampliação da Rede de Bancos de Leite Humano; a qualificação para urgências e emergências obstétricas e neonatais; a garantia de insumos (sulfato de magnésio, surfactante pulmonar e corticóide); a garantia de transporte seguro do recém-nascido para centros de referência; a adesão das maternidades às iniciativas do Hospital Amigo da Criança e do Método Canguru; a melhoria da qualidade e cobertura dos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos; e a vigilância dos óbitos infantis. Nas fontes pesquisadas, não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou mecanismos de monitoramento.

5.4. Programas dos governos estaduais do Nordeste, segundo as cinco dimensões de atuação sobre os determinantes sociais da saúde: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional e monitoramento e prestação de contas

Em Alagoas, as ações estaduais mais significativas, em termos de volume de recursos financeiros, por área temática, no período 2010-2012, foram os seguintes: (1) desenvolvimento da agricultura irrigada, que tem o objetivo de maximizar a produção da agropecuária nas áreas irrigáveis, contribuindo para melhorar a renda na agricultura familiar; (2) inclusão produtiva e segurança alimentar, que busca promover a inclusão social produtiva por meio do fortalecimento da agricultura familiar e garantir o acesso aos alimentos saudáveis à população em situação de vulnerabilidade social; (3) produção de unidades habitacionais no meio rural, que visa a reduzir o déficit habitacional rural, com a construção de habitações de interesse social, contribuindo para elevar os níveis de saúde e bem estar das famílias atendidas; (4) incentivo ao esporte, cultura e lazer, que objetiva ampliar o número de equipamentos públicos destinados às práticas de esportes e às atividades de lazer e cultura; (5) acesso da população aos programas sociais, que almeja ampliar o acesso da população pobre e extremamente pobre do estado aos programas, serviços e benefícios no âmbito da assistência social e às demais políticas públicas, através do cadastro único dos programas sociais; (6) inclusão de jovens em situação de vulnerabilidade sócio-econômica, voltado para executar ações integradas que propiciem aos jovens adultos, a elevação do grau de escolaridade e a qualificação profissional; (7) combate à criminalidade, que visa a reduzir o número de ocorrências criminosas; (8) construção de habitação de interesse social, que tem as metas de reduzir o déficit habitacional e proporcionar moradia digna à população socialmente mais vulnerável; e (9) saúde de média e alta complexidade, que busca ampliar a cobertura do atendimento nos serviços públicos de saúde de média e alta complexidade. Nas fontes consultadas, não há informações sobre a estrutura de governança, a participação social, o papel do setor saúde, a cooperação internacional ou os mecanismos de monitoramento e prestação de contas.

Na Bahia, no período 2010-2012, o programa mais vultoso na área da Agricultura foi o Produzir: Programa de Combate a Pobreza Rural, que visa a reduzir as desigualdades regionais, criar emprego e renda e melhorar a vida das populações mais pobres. Esse programa engloba 840 projetos nas áreas de infra-estrutura, educação e

cultura, saúde e saneamento, além de projetos de geração de renda, dentre os quais, destacam-se sistemas de abastecimento de água, construção de pontes, melhorias sanitária, módulos de feira, casas de farinha, unidades de beneficiamento de leite, aquisição de tratores e construção de cisternas domiciliares. Em termos de governança, a coordenação técnica é de responsabilidade da Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional (CAR). Os recursos financeiros são do Banco Mundial e do governo do estado.

Na área da Alimentação, o programa de Segurança Alimentar e Nutricional, coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, busca promover a segurança alimentar de pequenos produtores familiares do semiárido baiano na perspectiva de aumento da produção de alimentos, tendo como meta incluir 8,4 mil famílias no fortalecimento das cadeias produtivas da caprinocultura, da fruticultura e do sisal até 2015. Para tanto, estabelece parcerias com prefeituras e organizações sociais.

Na área de Ambiente e Habitação, o programa Água para Todos tem como meta a construção de 200 mil cisternas, sendo 160 mil de consumo e 40 mil de produção, proporcionando o acesso aos serviços de saneamento básico com a oferta de água em qualidade e quantidade, prioritariamente para consumo humano, a coleta e o tratamento do esgoto e dos resíduos sólidos, bem como o manejo de águas pluviais. Quanto à governança, há uma divisão de papéis entre as Secretarias de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, de Desenvolvimento e Integração Regional e de Desenvolvimento Urbano. Estão previstos mecanismos de monitoramento. Não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou papel do setor saúde.

O programa de Fortalecimento da Educação Básica tem como meta principal alfabetizar todas as crianças de até oito anos de idade e extinguir o analfabetismo escolar até 2015. Para alcançá-la, tem objetivos importantes como oferecer a formação continuada de professores; produzir e distribuir livros e material didático; desenvolver sistema de acompanhamento e avaliação para a construção de habilidades em leitura, escrita e raciocínio lógico-matemático; ampliar o acesso à educação em tempo integral; e ampliar vagas para a população do campo, os povos indígenas, os quilombolas e os estudantes com deficiência. No que concerne à governança, a Secretaria da Educação coordena o programa em parceria com as Secretarias de Trabalho, Emprego, Renda e Esporte e da Ciência, Tecnologia e Inovação. O programa prevê um modelo de gestão democrática e participativa em todas as escolas, assim como prevê o monitoramento,

através do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. Não há informações sobre cooperação internacional.

Na área de Trabalho e Inclusão Produtiva, a Bahia desenvolve o programa Vida Melhor - Oportunidade Para Quem Mais Precisa, que objetiva prestar assistência técnica a pescadores e aquicultores, garantir direitos e renda a catadores de materiais recicláveis e reutilizáveis e apoiar empreendimentos de economia popular e solidária. Coordenado pela Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte, a estrutura de governança contempla ainda a participação da Secretaria da Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária e a da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza. Não há informações, nas fontes pesquisadas, sobre participação social, cooperação internacional ou o papel do setor saúde.

Na área de Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos, a Bahia desenvolve o programa Expansão e Modernização do Sistema de Segurança Pública. Não foram encontradas informações sobre governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional ou monitoramento.

Na área de Infra-estrutura e Desenvolvimento Urbano, o programa mais vultoso é o de Logística Integrada de Transporte, que tenciona promover o fortalecimento da cadeia produtiva naval e a melhoria da infraestrutura náutica e de lazer, de serviços e de transporte, sob responsabilidade da Secretaria da Indústria, Comércio e Mineração. Novamente, não há informações sobre governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional ou monitoramento.

Na Saúde, a Bahia desenvolve o Programa Bahia Saudável que tem por objetivo construir uma sociedade saudável, ampliando o conceito de saúde de modo a contemplar a promoção da saúde, além de ações de prevenção de doenças e agravos e assistência e recuperação de enfermos. Quanto à governança, os compromissos transversais da política são assumidos em parceria com diversas Secretarias de Governo⁶ por meio de ações intersetoriais. São referidos mecanismos de gestão

⁶Parcerias com a Secretaria de Desenvolvimento e Integração Regional (contribuir para a garantia do acesso a água em quantidade e qualidade, na perspectiva de fortalecer a segurança hídrica e alimentar em áreas de extrema pobreza), Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (implantar soluções hídricas emergenciais para viabilizar a convivência com a estiagem), Secretaria de Desenvolvimento Urbano (garantir o acesso à água em qualidade e quantidade e o esgotamento sanitário com destinação adequada de dejetos sanitários residenciais em meio rural e em comunidades quilombolas), Secretaria do Meio Ambiente (contribuir para a redução de doenças de veiculação hídrica por meio da implantação de obras de saneamento básico voltadas ao tratamento dos efluentes líquidos), Secretaria de Promoção da Igualdade, (fomentar ações e articular estratégias intersetoriais para apoiar a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no Estado da Bahia junto com a Secretaria de Promoção da Igualdade), Secretaria de Infraestrutura (desenvolver ações integradas para

democrática e participativa, além de diversas iniciativas de modernização da gestão e valorização dos espaços de gestão interfederativa na Comissão Intergestores Bipartite. O programa prevê o fortalecimento do controle social em saúde, com ampliação dos canais de diálogo com a sociedade, tais como a implantação de sistemas de ouvidorias e, especialmente, a implementação do Programa MobilizaSUS, voltado para a formação de redes solidárias de participação popular nas políticas de saúde. O estado também estabeleceu para o setor saúde diversas iniciativas que permitem favorecer a troca de informações entre os setores e avaliar as políticas, impulsionando o desenvolvimento de pesquisas e inovações no setor. Não são mencionadas informações sobre a existência de parcerias com organizações internacionais, agências não governamentais ou parceiros bilaterais.

O Ceará organiza os seus diversos programas segundo os seguintes eixos estratégicos de intervenção: Economia para uma vida melhor, Sociedade justa e solidária, Gestão Ética, eficiente e participativa. Destacam-se, como mais vultosos em recursos financeiros, os seguintes programas: (1) Fortalecimento da Agricultura Familiar que tem por objetivos promover, estimular e implementar o desenvolvimento socioeconômico e sustentável de agricultores familiares; (2) Abastecimento Alimentar que busca promover o acesso direto dos produtores rurais ao mercado consumidor varejista, regularizar estoques de alimentos agrícolas e interiorizar a infra-estrutura de centrais de abastecimento; (3) Programa de Gerenciamento e Integração de Recursos Hídricos que objetiva promover melhorias nas estruturas institucionais, legais e operacionais, modernizando e automatizando a rede hidrometeorológica e ampliando a outorga de direito de uso e da cobrança da água; (4) Gestão de Sistema de Ciência, Tecnologia, Inovação e Educação Superior; (5) Proteção às Crianças, Adolescentes, Mulheres e Minorias que busca reduzir o índice das ações delituosas de prostituição infantil, tráfico de crianças e adolescentes e maus tratos às mulheres; (6) Desenvolvendo o Empreendedorismo e o Artesanato que propõe apoiar as micro e pequenas empresas, artesãos, empreendimentos econômico-solidários, arranjos produtivos locais, empreendedores formais e informais na obtenção de uma maior organização, cooperação, comercialização, competitividade e sustentabilidade de seus negócios (7) Segurança moderna e com inteligência; (8) Desenvolvimento Econômico e Regional do

melhorar a segurança nas rodovias), Secretaria de Políticas para as Mulheres (fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, visando a melhoria das suas condições de saúde e resguardar as identidades e especificidades vinculadas às questões de raça, de etnia, de geração, de orientação sexual e de mulheres com deficiência).

Ceará: Cidades do Ceará que tem por objetivos promover o desenvolvimento econômico, melhorar a infra-estrutura urbana e melhorar a capacidade de gestão regional na região do Cariri Central do Ceará; (9) Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada que visa a expandir a infraestrutura da assistência especializada, através da construção de Centros de Especialidades Odontológicas, policlínicas tipo II e Hospital Regional de Sobral. Em relação aos aspectos de governança e monitoramento dos programas, o governo adota o modelo de Gestão Pública por Resultados que se orienta pela busca de efetividade na implementação das políticas públicas, visando a racionalizar custos para a sociedade e comprometendo o Estado com os cidadãos. Este modelo propicia aferir os resultados estratégicos definidos para a gestão de governo. Os mecanismos de participação popular são incentivados pelo eixo de intervenção Gestão Ética, Eficiente e Participativa. Na maioria dos programas analisados, não foram encontradas informações referentes à cooperação internacional e ao papel do setor saúde.

No estado do Maranhão, destacam-se os seguintes programas: (1) Programa de fortalecimento da agricultura familiar que tem por objetivo assistir os agricultores familiares, pescadores artesanais, aquicultores e suas organizações com ações de fortalecimento da produção familiar, visando a sua inserção nos mercados locais e regionais; (2) Segurança alimentar e nutricional que propõe articular, executar e acompanhar as ações de segurança e vigilância alimentar e nutricional, e apoiar a estruturação dos sistemas municipais de segurança alimentar e nutricional; (3) Programa de Habitação Cidadã que visa a reduzir o déficit habitacional da população de baixa renda do Maranhão; (4) Programa de expansão e melhoria do ensino que objetiva universalizar o ensino fundamental e ampliar a oferta de vagas no ensino médio, considerando às especificidades da educação indígena, do campo, especial e de jovens e adulto, com vistas à melhoria do processo educacional; (5) Programa de proteção social que busca garantir condições para o atendimento a famílias em situação de vulnerabilidade; (6) Trabalho e inclusão produtiva que busca promover a informação e a formação profissional dos jovens, possibilitando a inserção no mundo do trabalho, bem como fomentar a articulação das políticas públicas para esta faixa etária; (7) Programa de defesa do cidadão que objetiva garantir a segurança do cidadão, elevando o grau de confiabilidade no trabalho dos policiais por meio de ações preventivas e repressivas, como forma de enfrentamento à violência e a criminalidade, visando à redução de crimes, com a articulação entre o poder público e a sociedade civil; (8) Construção e

recuperação de infraestrutura de saneamento ambiental, que pretende ampliar e garantir o acesso ao serviço público de abastecimento de água à população do Estado; (9) Programa de Assistência Farmacêutica que visa a garantir aos usuários do SUS o fornecimento dos medicamentos contemplados na assistência farmacêutica. No que diz respeito aos aspectos de governança e monitoramento dos programas, há definição de metas, ações, responsáveis e indicadores de avaliação. Esta é acompanhada pela(s) secretaria(s) responsável(eis) pela implementação dos programas e/ou ações. A participação popular é incentivada através da atuação em associações comunitárias e conselhos municipais. O papel do setor saúde e a cooperação internacional não foram identificados nos programas nas fontes pesquisadas.

Na Paraíba, o Programa de Redução da Pobreza Rural (Cooperar) tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pessoas na zona rural, evitando o êxodo rural como uma solução de desenvolvimento sustentável. O Cooperar abrange a região rural da Paraíba com uma cobertura populacional de 24.000 famílias. Seus mecanismos de governança explicitam responsabilidades individuais e conjuntas com ações intersetoriais. Este programa tem participação social através do reforço da capacidade dos conselhos municipais e associações comunitárias. O papel do setor saúde é garantir o acesso da população rural aos serviços de saúde. A cooperação internacional envolve a participação do Banco Mundial e de fontes não bancárias dos EUA. Os relatórios apresentados ao Banco Mundial, que contemplam a apresentação de indicadores de resultados, constituem os mecanismos de monitoramento e prestação de contas previstos pelo Cooperar.

O Programa de Segurança Alimentar (Proalimento) visa a promover a melhoria da qualidade de vida das famílias de baixa-renda, através de ações de combate à fome e à desnutrição infantil. Tem uma abrangência territorial de 223 municípios da Paraíba. Seus mecanismos de governança prevêm ações intersetoriais entre agricultura, nutrição e saúde e conta com a participação social através da Fundação de Ação Comunitária. O papel no setor saúde se atém ao acompanhamento do estado nutricional dos beneficiados - crianças até sete anos, nutrízes e idosos. Não há informações sobre cooperação internacional, nem sobre mecanismos de monitoramento.

O Programa de desenvolvimento sustentável dos recursos minerais e hidrogeológicos da Paraíba (Prodemin) tem como objetivo orientar os mineradores organizados em cooperativas, na gestão da melhoria continuada dos processos produtivos, do beneficiamento e da comercialização dos bens minerais produzidos em

pequena escala. O Prodemim abrange mineradores da mesorregião do Seridó paraibano. Em termos de governança, articula setores de mineração, exportação e ambiente. O papel no setor saúde está relacionado a ações voltadas para redução dos índices de acidentes no trabalho e aos casos de saúde ocupacional. Não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou mecanismos de monitoramento.

A Educação para Todos visa a proporcionar ações educativas e de infraestrutura, ampliar o acesso e a permanência de crianças em idade escolar, melhorar a qualidade da escola e dos resultados educacionais e aprimorar a gestão escolar. Abrange escolas de nível fundamental e médio em todo estado e seu mecanismo de monitoramento inclui avaliação de metas para cada ano. Sobre as demais dimensões, as fontes pesquisadas não apresentam informações.

O objetivo do programa de Combate à Erradicação da Pobreza no estado da Paraíba é garantir o acesso a níveis básicos de subsistência à população em situação de vulnerabilidade. Conta com a participação social através de um conselho gestor. Seus mecanismos de governança incluem a articulação entre secretarias estaduais da educação, saúde, finanças, desenvolvimento econômico e turismo, desenvolvimento da agropecuária e da pesca e desenvolvimento humano. Os mecanismos de monitoramento e prestação de contas são de responsabilidade dos gestores das entidades beneficiadas que devem prestar contas de acordo com a legislação do estado e do Tribunal de Contas.

O Programa Meu Trabalho visa a contribuir para o desenvolvimento comunitário sustentável, através de ações de conscientização ambiental e geração de ocupação e renda para a população que se encontra em situação de vulnerabilidade social, beneficiária do Bolsa Família e do Programa Leite da Paraíba. A governança envolve a integração com outros programas governamentais e os mecanismos de monitoramento incluem a avaliação de metas dos municípios por ano.

O programa de implantação e ampliação de sistemas de abastecimento de água abrange todos os municípios da Paraíba e envolve mecanismos de governança intersetoriais. Seu sistema de monitoramento e prestação de contas inclui auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas da Paraíba. Não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou o papel do setor saúde.

O fortalecimento do sistema estadual de vigilância sanitária tem por objetivo desenvolver ações que venham a garantir a qualidade de produtos, serviços e ambientes, com vistas à prevenção de riscos à saúde da população. Em termos de governança, as

atribuições estão bem definidas entre os diversos setores envolvidos, incluindo as pactuações entre o estado e os municípios, com apresentação de relatórios de gestão como mecanismo de monitoramento.

Em Pernambuco, o programa de inclusão produtiva do homem do campo busca promover a capacitação de jovens do meio rural, fomentando a atividade agropecuária e a produção rural de base familiar. Seus mecanismos de governança explicitam responsabilidades individuais e conjuntas com ações intersetoriais. A participação social se realiza nas associações comunitárias. Os mecanismos de monitoramento e prestação de contas incluem o acompanhamento das metas estabelecidas pela Secretaria de Agricultura e Reforma Agrária e Secretaria de Ciência e Tecnologia.

O programa de fortalecimento da segurança nutricional no campo visa a contribuir para eliminar a desnutrição das famílias rurais carentes. Em relação à governança, há responsabilidades setoriais e intersetoriais bem definidas. Para o monitoramento e a prestação de contas, as metas são acompanhadas pela Secretaria de Agricultura e Reforma agrária, com indicadores estabelecidos. Para as demais dimensões, não há informações disponíveis nas fontes pesquisadas.

O Projeto Pernambuco Rural Sustentável tem por objetivo promover iniciativas de negócios rurais e ampliar o acesso ao saneamento rural. O público alvo são produtores rurais de base familiar. Os mecanismos de governança explicitam responsabilidades de cada setor envolvido, de acordo com os eixos estratégicos do programa. Conta com a participação social através do planejamento participativo nos territórios, nos conselhos municipais de desenvolvimento rural e nas redes das cadeias produtivas. Tem financiamento do Banco Mundial. O monitoramento e a prestação de contas são realizados por técnicos, mas incluem a consulta periódica a lideranças comunitárias e representantes das pessoas afetadas, sempre focando a relação entre as metas previstas e as atingidas de acordo com o cronograma de execução do plano de reassentamento.

A ampliação do acesso à educação básica (ensino fundamental e médio) visa a universalizar a oferta de ensino público de qualidade, elevando todas as unidades educacionais ao padrão desejável, tanto na estrutura, quanto nas condições pedagógicas. Os mecanismos de governança prevêm definições de responsabilidades por ações e metas estabelecidas. A participação social se dá através dos conselhos de educação e das associações comunitárias. Como parte do monitoramento, são elaborados relatórios

de acompanhamento do programa pelas Secretarias de Educação e da Criança e da Juventude.

A ampliação da proteção a pessoas em situação de vulnerabilidade social tem por objetivo a ampliação e o fortalecimento do exercício da cidadania, permeando diferentes áreas de atuação governamental. Os mecanismos de governança prevêm a definição de metas, prazos e responsáveis. A participação social se dá através das associações comunitárias. O papel no setor saúde está centrado na promoção do acesso aos serviços de saúde pela população beneficiada. Seu monitoramento ocorre através do acompanhamento pelas Secretarias de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos e de Planejamento e Gestão.

A qualificação e a inserção no mercado de trabalho visam ao desenvolvimento de ações territoriais, setoriais e especiais de qualificação profissional, tendo a população economicamente ativa do estado como o público alvo. Seus mecanismos de governança, incluindo as ações intersetoriais, prevêm a definição de metas, prazos e responsáveis. O monitoramento é feito através do acompanhamento das metas estabelecidas pela secretaria de trabalho, qualificação e empreendedorismo.

A ampliação do controle permanente dos índices de criminalidade tem como objetivo alcançar índices satisfatórios na redução da criminalidade no estado, com abrangência em todo território pernambucano. Como mecanismo de governança traz a definição de metas, prazos e responsáveis, e seu monitoramento é feito pelo acompanhamento de metas estabelecidas pela secretaria de defesa social. Não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou papel do setor saúde, nas fontes pesquisadas.

O melhoramento da malha viária do estado (Caminhos da Integração) visa à conservação e à ampliação da malha viária do estado, abrangendo as rodovias estaduais e municipais do estado. Há clara definição de metas, prazos e responsáveis em seus mecanismos de governança. O monitoramento se dá através do acompanhamento das metas estabelecidas pela Secretaria de Transportes.

A Melhoria da Atenção à Saúde tem como objetivo ampliar o monitoramento das ações de saúde dos municípios, investindo na capacitação dos profissionais de saúde e agentes comunitários e apoio aos municípios na estruturação da rede de serviços. Os mecanismos de governança que incluem a definição de metas, prazos e responsáveis. Conta com a participação social através dos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde e comitês gestores. Seu monitoramento é realizado através dos Relatórios de

Gestão e do acompanhamento das ações pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco.

No Piauí, o programa de desenvolvimento da agricultura familiar visa a ampliar o universo de agricultores familiares contemplados com assistência técnica e extensão rural de qualidade, incentivando o uso de tecnologias sustentáveis de baixo custo, para o aumento da produtividade, de modo a contribuir para a elevação da renda e melhoria da qualidade de vida. Em termos de governança, o programa explicita responsabilidades individuais e conjuntas, em especiais, com ações intersetoriais. Conta com a participação social através de associações comunitárias. O monitoramento é realizado pela Secretaria do Desenvolvimento Rural, através do Instituto de Assistência Técnica e Extensão Rural do estado do Piauí e da empresa de gestão de recursos do estado do Piauí.

O Mais Viver traz como objetivo combater a fome e a desnutrição a partir do acesso ao alimento em quantidade suficiente e de qualidade nutricional. Sua população alvo são as famílias de baixa renda do Piauí. Como governança, o programa explicita responsabilidades individuais e conjuntas e a definição de metas. Para o monitoramento é realizado, por meio de indicadores específicos, pela Secretaria do Desenvolvimento Rural e pelo Fundo Estadual de Assistência Social. Nas fontes pesquisadas, não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou o papel do setor saúde.

O programa Habitar Melhor tem por objetivo principal garantir à população de média e baixa renda o acesso à moradia de qualidade, através de construção e/ou melhoria habitacional e regularização jurídico-fundiária. São também objetivos: promover e apoiar as intervenções urbanas articuladas por territórios, especialmente programas habitacionais, e desenvolver ações de infraestrutura urbana e saneamento ambiental, de mobilidade e de transporte, integrando programas e ações das diferentes políticas. Sua população alvo são famílias de baixa renda. Seus mecanismos de governança incluem responsabilidades individuais e conjuntas, definem metas e responsáveis e trazem ações de acordo com os eixos estratégicos do programa. Seu monitoramento é realizado pela empresa de gestão de recursos do estado do Piauí, pela Secretaria das Cidades, e pela Agência de Desenvolvimento Habitacional do Piauí.

O programa Educação, Cidadania e Desenvolvimento visa a elevar o nível de alfabetização e escolarização de jovens e adultos que não concluíram a educação básica na idade própria, fortalecer a educação básica e o ensino superior, reestruturar a rede

física do ensino público estadual, ampliar o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiências e favorecer o acesso à rede regular de ensino. Abrange alunos da rede de ensino público. Em termos de governança há definições de metas, prazos e responsáveis para todos os envolvidos. A participação social se concretiza com os conselhos de educação e a participação de associações comunitárias. O monitoramento é realizado por meio de relatórios da Secretaria de Educação.

A Assistência Social e Cidadania objetiva fortalecer a rede de proteção social e expandir os serviços sócio-assistenciais de forma a atender à demanda reprimida, possibilitar a reinserção social dos adolescentes atendidos pelas medidas socioeducativas, promover a inclusão social através do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Sua população alvo são famílias em situação de vulnerabilidade social. Em relação à governança, há clara definição de metas, prazos e responsáveis. As associações comunitárias asseguram a participação social. O setor saúde se envolve com a responsabilidade pelo acesso aos serviços de saúde. O monitoramento e a prestação de contas são realizados pelo Fundo Estadual de Assistência Social.

O programa Trabalho e Renda busca ampliar as oportunidades de emprego, através de parcerias entre empresas públicas e privadas. Os mecanismos de governança das ações intersetoriais contemplam a definição de metas, prazos e responsáveis. O monitoramento do programa é realizado pela Secretaria de Trabalho e Empreendedorismo.

O programa piauiense de Justiça e Cidadania no Sistema Prisional tem por objetivo promover melhorias no sistema prisional, tornando-o mais seguro e eficiente, proporcionar a reinserção social de reeducandos e apenados e promover assistência às famílias da população carcerária. Seus mecanismos de governança trazem a definição de metas, prazos e responsáveis. Seu monitoramento é realizado pela Secretaria da Justiça e pela Defensoria Pública do estado. Não há informações sobre a participação social, a cooperação internacional ou o papel de setor saúde.

O Saneamento: Direito de Todos objetiva elaborar e implantar um plano de saneamento ambiental estadual, promovendo o desenvolvimento do saneamento ambiental básico sustentável. Em termos de governança, há clara definição de metas, prazos e responsáveis. O monitoramento é realizado pelas Secretarias da Infraestrutura, Águas e Esgotos do Piauí, Secretaria do Planejamento e Secretaria das Cidades.

A Saúde de Qualidade Para Todos almeja fortalecer a rede de atenção primária, prover saúde de qualidade mediante a ampliação do acesso aos serviços e ampliar, descentralizar e qualificar os serviços de atenção especializada. Conta com definição de metas, prazos e responsáveis como mecanismo de governança. A participação social é realizada através dos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde. Seu monitoramento é realizado por meio de relatórios de gestão pela Secretaria de Saúde do estado. Nas fontes consultadas, não foram encontradas informações sobre cooperação internacional.

No Rio Grande do Norte, o Programa do Leite visa a reduzir as carências nutricionais de crianças entre seis meses e três anos de idade, desnutridos de três a seis anos, gestantes, nutrizes, idosos e pessoas com deficiência. Tem uma cobertura populacional de 155 mil famílias. Seus mecanismos de governança prevêm a definição de responsabilidades. A participação social se dá por meio das comissões municipais, que também se responsabilizam pelo cadastramento das famílias. O monitoramento é realizado pelas comissões. Não há informações sobre cooperação internacional ou sobre o papel do setor saúde.

A gestão de recursos hídricos busca promover o desenvolvimento econômico, social e ambientalmente sustentável em todo o estado do Rio Grande do Norte. Em termos de governança, as responsabilidades individuais e conjuntas são bem definidas. Envolve a participação social para a conscientização do desenvolvimento sustentável. Conta com cooperação internacional do Banco Mundial e fontes não bancárias dos EUA. Para monitoramento, são apresentados relatórios ao Banco Mundial, apresentando indicadores de resultados, além de relatórios de acompanhamento de metas estabelecidas dos custos.

A gestão escolar visa a fortalecer a articulação entre as redes estadual e municipais, capacitando e qualificando as unidades do sistema educacional estadual. Abrange a rede pública de ensino do RN e conta com definição de ações e metas estabelecidas com articulação intersetorial. Propõe avaliação das necessidades nutricionais dos alunos como parte do papel no setor saúde e seu monitoramento é realizado através de relatórios de gestão.

O programa de atendimento à criança e ao adolescente intenta garantir os direitos da criança e do adolescente privados de convivência familiar, por orfandade ou abandono legalmente definidos, ou em situação de risco pessoal e social. Seus mecanismos de governança incluem ações intersetoriais com definição de metas, prazos

e responsáveis. O papel no setor saúde inclui a garantia do acesso da população beneficiada aos serviços de saúde e seu monitoramento é realizado por meio de relatórios.

O programa Trabalho, Ocupação e Renda tem o objetivo de reduzir o índice de desemprego, garantindo a emancipação social e econômica das famílias de baixa renda. Seus mecanismos de governança incluem a integração com outros programas governamentais com definição de metas, responsáveis e prazos. O monitoramento é realizado através de relatórios apresentados pela Secretaria do Trabalho, Habitação e Assistência.

A modernização e a reestruturação dos serviços da polícia técnico-científica visam a ampliar, melhorar e reequipar a estrutura das unidades operacionais e administrativa do Instituto Técnico-Científico de Polícia, bem como o aperfeiçoamento de profissionais, visando assegurar à população um melhor atendimento. Abrange toda área de serviços policiais do RN, com definição de metas, prazos e responsáveis como mecanismos de governança e seu monitoramento é realizado através de relatórios de gestão.

O Programa Rio Grande do Norte Energia tem como objetivo melhorar os níveis de geração e consumo de energia dos municípios. Em relação à governança, há definição de metas, prazos e responsáveis. Seu monitoramento é realizado por meios de relatórios de gestão. Nas fontes pesquisadas, não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou o papel do setor saúde.

A organização da assistência e a melhoria da gestão da saúde visam a gerenciar e coordenar as atividades hospitalares e de referência, oferecendo uma melhor qualidade de vida à população. Há definições de metas, prazos e responsáveis em seus mecanismos de governança. Conta com a participação social através dos conselhos de saúde e comitês gestores e seu monitoramento é realizado através de relatórios de gestão da Secretaria da Saúde. Não há informações sobre cooperação internacional.

Em Sergipe, o programa de Agricultura Familiar tem o objetivo de promover a agricultura familiar, de caráter sustentável, visando à inclusão social e ao bem-estar da sociedade. A governança contempla mecanismos que asseguram as definições precisas de responsabilidades individuais e conjuntas. Conta com a participação social através de associações comunitárias e seu monitoramento é realizado através do acompanhamento das metas estabelecidas no PPA.

O programa de Segurança Alimentar e Nutricional tem o objetivo de garantir a todos o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Abrange as famílias de baixa renda de SE e seus mecanismos de governança explicitam responsabilidades individuais e conjuntas, com ações intersetoriais. A participação social é realizada pelas associações comunitárias e seu monitoramento é realizado pelo acompanhamento das metas estabelecidas no PPA.

Casa nova, vida nova é um programa que busca promover o desenvolvimento territorial urbano e oferta de habitação de interesse social, como forma de estabilizar os núcleos familiares. Abrange a população de baixa renda do estado com déficit habitacional e explicita responsabilidades individuais e conjuntas com definição de metas e indicadores como mecanismos de governança. A participação social é realizada por meio de ONG's e associações comunitárias, e o monitoramento é feito através de relatórios de acompanhamento do programa pela secretaria de planejamento do estado.

Educando Jovens e Adultos tem o objetivo de reduzir o analfabetismo e permitir aos jovens e adultos o acesso e a permanência no ensino regular. Abrange a rede pública de ensino de SE, com definições de metas e ações intersetoriais como mecanismos de governança. Seu monitoramento é realizado através do acompanhamento das metas definidas no PPA.

O Programa de inclusão produtiva de famílias e grupos em situação de risco social tem por objetivo reduzir o índice de pobreza e promover a inclusão social. A população alvo são as famílias beneficiadas pelo programa bolsa família. Em termos de governança, há definição de metas, prazos e responsáveis. Seu monitoramento é realizado através do acompanhamento das metas definidas no PPA.

A promoção da igualdade no mundo do trabalho visa a promover a autonomia econômica e financeira das mulheres, a inclusão de jovens no mercado de trabalho e a equidade de raça e etnia nas relações de trabalho, além de oportunizar a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho e oferecer um sistema de atendimento integrado ao trabalhador desempregado. Abrange a população economicamente ativa do estado de SE, com ações intersetoriais. Há definições de metas, prazos e responsáveis como mecanismos de governança. Seu monitoramento é realizado pela Secretaria do Estado de Trabalho, Juventude e Promoção da Igualdade Social.

O programa de redução da criminalidade tem o objetivo de reduzir os índices de violência, aumentando a sensação de segurança da população. Abrange todo o estado de SE e seus mecanismos de governança incluem a definição de metas, prazos e responsáveis. O monitoramento é realizado através do acompanhamento das metas estabelecidas pela secretaria do estado de segurança pública. Não há informações sobre participação social, cooperação internacional ou o papel do setor saúde.

A construção e a recuperação de infraestrutura para saneamento ambiental representam o esforço de planejar, projetar, construir e recuperar a infraestrutura para o saneamento ambiental. Tem uma cobertura em todos os municípios de SE e seu mecanismo de governança inclui definição de metas, prazos e responsáveis. Seu monitoramento é pela Secretaria do Estado de Infraestrutura.

A organização da atenção à saúde visa a estruturar a atenção à saúde do estado de Sergipe. Há definição de ações, metas e responsáveis como mecanismos de governança. Tem a participação social através dos conselhos locais, municipais e estadual de saúde. Seu monitoramento é realizado pela Secretaria de Saúde do estado através de relatórios de gestão. Não há informações, nas fontes pesquisadas, sobre cooperação internacional.

6. Discussão

Como se vê nos resultados apresentados na seção 5.1, o governo federal organiza sua atuação em quatro centenas de programas e mais de mil ações, a maioria (quase 80%) relacionada às áreas temáticas cujas intervenções têm impacto potencial sobre os determinantes sociais da saúde. O número de programas e ações, contudo, revela pouco sobre o significado das intervenções. Serve talvez para identificar o rol de problemas ou questões que o governo considera merecedor de uma intervenção específica. Nesse sentido, é interessante saber que o governo federal tem programas específicos para questões como: desenvolvimento sustentável de projetos de assentamento e desenvolvimento sustentável do agronegócio, segurança alimentar e nutricional, habitação de interesse social e zoneamento ecológico-econômico, Brasil Escolarizado e Brasil no Esporte de Alto Rendimento, mobilidade urbana e serviços urbanos de água e esgoto, enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes e promoção de políticas afirmativas para a igualdade racial, aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e inclusão digital.

Para ter uma ideia mais concreta do significado das intervenções, é mais informativo observar os recursos nelas alocados. Como já visto, o governo federal gastou, com todos os seus programas, no Nordeste, um montante máximo de cerca de 338 bilhões de reais (R\$ 338.578.428.505,02) ou pouco mais de seis mil reais (R\$ 6.328,35) per capita, entre os anos 2010-2011. Em programas e ações nas áreas relacionadas aos DSS, gastou, no máximo, cerca de 132 bilhões de reais (R\$ 132.606.479.943,08) ou menos de 2,5 mil reais (R\$ 2.478,54) per capita, nos três anos.

O orçamento federal total no triênio 2010-2012 somou cerca de R\$ 5,8 trilhões, dos quais R\$ 2,4 trilhões (41%) foram destinados ao financiamento da dívida pública. Os gastos com as ações governamentais, previstos no orçamento fiscal, acrescidos dos gastos previstos no orçamento da seguridade social totalizaram, nesse período, R\$ 3,1 trilhões (53,45%), dos quais cerca de R\$ 550 bilhões se referiam a gastos com pessoal. Os restantes R\$ 300 bilhões (5,17%) representavam os investimentos das estatais (Brasil, 2011).

Comparando-se os gastos, nota-se que o total de gastos federais no Nordeste, no período de 2010-2012, representou 13,3% dos gastos federais com ações, excluindo-se os gastos com a dívida pública e com pessoal e os investimentos das estatais. Lembrando-se que a população nordestina representa 28% da população brasileira, percebe-se haver uma iniquidade na alocação de recursos por região do país.

Aplicando-se ao orçamento federal total a mesma proporção (38%) dos gastos federais no Nordeste com ações nas áreas de agricultura, alimentação, ambiente e habitação, educação, esporte e cultura, infraestrutura e desenvolvimento urbano, prevenção e combate à violência e promoção de direitos, proteção social não-contributiva, saúde e trabalho e inclusão social, observa-se que, entre 2010-2012, dos 2,55 trilhões de reais gastos com ações pelo governo federal, 969 bilhões de reais foram investidos nessas áreas em todo o país.

Lembrando que, no Nordeste, nessas mesmas áreas, no mesmo período, foram aplicados 132 bilhões de reais, vê-se que foi de 13,68% a proporção dos gastos do governo federal na região Nordeste do total de gastos com ações das áreas com impacto potencial sobre os determinantes sociais da saúde no país, configurando-se uma situação de iniquidade, dada a já citada proporção de 28% de nordestinos na população nacional.

Considerando as áreas específicas, observa-se que a área que mais recebeu recursos - Educação, Esporte e Cultura - teve o aporte de um montante entre R\$ 31 bilhões e R\$ 52 bilhões. A Saúde, que vem em segundo lugar, recebeu entre R\$ 26

bilhões e R\$ 35 bilhões. As duas áreas menos contempladas - (a) Trabalho e Inclusão Produtiva e (b) Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos -, receberam, respectivamente, entre R\$ 296 milhões e R\$ 488 milhões e entre R\$ 407 milhões e R\$ 713 milhões. A título de comparação, o investimento federal nos quatro estádios de futebol que sediarão jogos da Copa 2014 no Nordeste totalizou, entre 2009 e 2012, o montante de dois bilhões de reais (Brasil, 2012), mais do que as áreas de Trabalho e Promoção de Direitos, juntas, e pouco menos do que as áreas de Agricultura e Alimentação.

Os gastos dos governos estaduais foram apresentados na seção 5.2. Os estados do Nordeste investiram em seus diversos programas e ações, no triênio 2010-2012, um valor total de 244 bilhões de reais (R\$ 244.471.818.674,40), dos quais 113 bilhões (46,37%) nas nove áreas voltadas para a redução das iniquidades em saúde. Em termos per capita, esses 113 bilhões de reais corresponderam a R\$ 2.218,80, nos três anos ou, em média, de R\$ 706,27 por ano ou ainda de R\$ 1,93 por dia no período de 2010 a 2012.

Trata-se de montantes inferiores aos investidos pelo governo federal nas mesmas áreas: enquanto os estados investiram 113 bilhões de reais ou 2,2 mil reais per capita, o governo federal investiu, no máximo, 132 bilhões ou 2,5 mil reais per capita, no período de 2010 a 2012.

Considerando-se cada estado, em particular, observa-se que os gastos federais per capita para a região são superiores aos gastos per capita de cinco estados - Maranhão, Alagoas, Rio Grande do Norte, Paraíba e Bahia - e inferiores aos de quatro estados - Ceará, Pernambuco, Piauí e Sergipe - para suas respectivas populações.

De todo modo, pode-se afirmar que, mesmo somados, os gastos públicos (federais e estaduais) nas áreas com impacto potencial sobre os DSS estão longe de representar montantes vultosos: no triênio 2010-2012, o Estado brasileiro aplicou R\$ 1.532,45 per capita/ano ou R\$ 4,20 per capita/dia.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano 2013 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>), o Nordeste apresenta, invariavelmente, indicadores que indicam uma qualidade de vida inferior a do Brasil. Por exemplo, em média, o IDH-Municipal no Nordeste, para 2010, era de 0,659, enquanto a média nacional era de 0,727. No que concerne a taxa de mortalidade infantil, a média nordestina era de 22,65 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, contra uma média nacional de 21,73. E a proporção de crianças

extremamente pobres era, no Nordeste, de 22,60%, ao passo que, no Brasil, era 11,47%, sempre para o ano de 2010.

Ainda que haja diferenças entre os estados nordestinos, é digno de nota que o IDH-M de cada estado era pior que a média brasileira, assim com a proporção de crianças extremamente pobres era, em todos os estados, maior do que a média nacional. Apenas no caso da taxa de mortalidade infantil, havia quatro estados - Ceará, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte -, em que os números eram ligeiramente melhores do que a média nacional. Mais detalhes na tabela abaixo.

Tabela 10 - Índices de Desenvolvimento Humano Municipal, por estados do Nordeste, 2010.

Estados	IDHM	TMI	Proporção de crianças extremamente pobres
Alagoas	0,631	28,40	24,77
Bahia	0,660	21,73	21,24
Ceará	0,682	19,29	22,38
Maranhão	0,639	28,03	31,42
Paraíba	0,658	21,67	21,09
Pernambuco	0,673	19,75	19,75
Piauí	0,646	23,05	27,6
Rio Grande do Norte	0,684	19,70	16,44
Sergipe	0,665	22,22	18,7
Nordeste	0,659	22,65	22,60
Brasil	0,727	21,73	11,47

Fonte: PNUD, 2013.

Cotejando-se esses indicadores com os gastos estaduais em programas e ações nas áreas temáticas selecionadas, observa-se que os dois estados com piores IDH-M e maiores taxas de mortalidade infantil - Maranhão e Alagoas - são os que gastaram menos, em termos per capita nas áreas com impacto potencial sobre os determinantes sociais da saúde. No caso da proporção de crianças extremamente pobres, a associação entre piores indicadores e menores gastos se mantém para esses dois estados, mas é contraditada pelo caso do Piauí, que tem a segunda maior proporção de crianças em extrema pobreza, embora tenha o segundo maior gasto per capita em intervenções nessas áreas.

É interessante notar que, se estão próximos quando se consideram os gastos per capita, Alagoas e Maranhão estão em polos opostos, quando se observam as proporções de gastos com intervenções nas áreas temáticas em relação aos totais dos gastos

estaduais. Com efeito, como visto na tabela 6, Alagoas destina apenas 29% do seu orçamento às áreas selecionadas, enquanto o Maranhão destina 70%, o que indica uma situação, potencialmente, mais favorável de Alagoas caso se deseje ampliar os investimentos nas áreas relativas aos DSS.

A rigor, contudo, para verificar a equidade ou a iniquidade dos gastos estaduais, seria necessário investigar a distribuição dos recursos entre as distintas regiões ou os distintos segmentos da população, estratificados com base nas condições de vida, o que não foi realizado neste trabalho.

A seção 5.3 dos resultados apresenta os programas do governo federal, segundo as cinco dimensões da atuação sobre os determinantes sociais da saúde: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional e monitoramento e prestação de contas.

São explicitadas estratégias de governança na grande maioria das políticas do governo federal selecionadas pelo estudo. Entre as principais estratégias, destacam-se a especificação dos parceiros e suas responsabilidades e o compartilhamento da liderança. No entanto, o presente trabalho não pode afirmar se tais mecanismos são postos em prática, estando limitado à análise dos Planos Plurianuais. O alinhamento para enfrentamento dos determinantes sociais da saúde por meio da ação sinérgica de diferentes setores, tipos de atores e níveis de governança (mundial, nacional e local) é previsto nos Planos, mas não se pode afirmar, com isso, que se configura como uma realidade no Nordeste brasileiro. Acrescente-se que as estratégias de governança previstas se limitam, em regra, à definição de atribuições e responsáveis. Não há informações sobre o direito à voz dos envolvidos ou o desenvolvimento de uma visão estratégica comum ou ainda sobre a desempenho do programa.

A institucionalização dos mecanismos de participação social ao interior das políticas investigadas ainda se constitui como um importante desafio. Mecanismos de participação social estão presentes em apenas 47% dos programas federais e são, em geral, conselhos e comissões que contam com a representação de entidades profissionais e usuários de serviços públicos. Concretamente, não há informações sobre o compromisso dos governos federal e estaduais com a institucionalização dos mecanismos de participação, disponibilizando recursos e contribuindo para o fortalecimento da capacidade de participação dos cidadãos.

O papel do setor saúde ao interior de cada programa foi identificado em 58,8% dos casos estudados. O acesso e a cobertura em todos os níveis da atenção para toda

população é uma conquista do povo brasileiro e o Sistema Único de Saúde em si é um meio importante de redução das iniquidades. A adequada articulação do SUS com outras políticas sociais como as de transferência de renda e as de educação tem se mostrado como caminhos importantes para potencialização dos efeitos sobre melhoria das condições gerais de vida, tais como no Programa Bolsa Família e no Saúde na Escola. Todavia, mesmo nos programas que citam a participação do setor saúde, não há informações sobre o acesso ou a cobertura das populações-alvos.

No que se refere aos acordos internacionais, nenhum programa federal mencionou qualquer parceria com organizações multilaterais ou bilaterais, o que é de se estranhar, dado, em particular, o alcance das Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMS), em que o Brasil atingiu com quatro anos de antecedência uma das mais importantes metas, qual seja a redução da taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano de idade) em dois terços entre 1990 e 2015: a taxa se reduziu de 26,1 óbitos por mil nascidos vivos em 2001 para 15,7 em 2011. O estudo “Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro” (2013) realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com os Ministérios do Planejamento, Desenvolvimento Social, Educação, Saúde, e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstra a relação entre as políticas públicas brasileiras e a aceleração do desenvolvimento social e humano no país de 2001 a 2011.

Estratégias de monitoramento e prestação de contas dos programas federais foram identificadas em 58,8% dos programas analisados. Ou pelo ângulo oposto, em mais de 40% dos programas, não há referência explícita a tais mecanismos de avaliação, fundamentais para avaliação da implantação como dos impactos. O monitoramento da política por meio de um indicador sintético de resultado, tal como o IDH ou a mortalidade infantil, não é utilizado em tais bancos de informação. Mesmo nos casos em que há menção a mecanismos de acompanhamento, frequentemente se trata de relatórios formais de gestão, preparados pelos órgãos executores, para apreciação dos Tribunais de Contas. Não há referências a metas de redução das iniquidades em saúde, com indicadores bem definidos, nem a sistemas de monitoramento que tenham sensibilidade para registrar iniquidades em todo o gradiente social, nem a estratégia de disseminação de informações.

A última seção (5.4) dos resultados apresenta os programas dos governos estaduais do Nordeste, segundo as cinco dimensões de atuação sobre os determinantes

sociais da saúde: governança, participação social, papel do setor saúde, cooperação internacional e monitoramento e prestação de contas.

A quase totalidade dos programas governamentais estaduais mapeados (87,6%) apresenta mecanismos de governança, especificando parceiros intersetoriais e suas atribuições na execução da política e alcance dos objetivos. Faltam elementos no presente trabalho que permita analisar a efetividade de tais mecanismos.

Vale lembrar que a definição de governança envolve mais do que a especificação de atribuições e responsabilidades. Nessa pesquisa, não foi possível identificar se os programas asseguram que todas as partes envolvidas tenham direito à voz, se tem uma visão estratégica para dar sustentação às ações e se garantem o bom desempenho do programa.

Os mecanismos de monitoramento e prestação de contas também estão presentes na maioria (81,4%) dos programas governamentais estaduais estudados. A constituição de banco de informações e sistemas de monitoramento permite objetivação dos progressos da política bem como avaliação de seus principais resultados. Destaque-se que, em muitos casos, tais bancos de informações são de livre acesso, o que permite conferir transparência à gestão e aumentar os pontos de contato com o público especializado, entre os quais a universidade e os centros de pesquisa e a comunidade geral. A qualidade de tais bancos e seu uso não foram investigados pelo presente estudo.

A cooperação internacional não foi identificada na grande maioria das políticas estaduais (91,3%). O alinhamento de interesses e princípios do Brasil com demais países para enfrentamento conjunto dos desafios globais e seus efeitos sobre a saúde seguramente é uma dimensão importante para o endereçamento adequado das causas da extrema pobreza e iniquidades sociais no país e, em particular, na região. No caso de alguns programas estaduais, identificou-se a participação do Banco Mundial no seu financiamento e possivelmente no desenho das ações implementadas.

Mecanismos de participação social estão presentes em 41,9% dos programas estaduais. Apesar de experiências positivas de mobilização popular serem encontradas, como no caso da Bahia por meio do Projeto MobilizaSUS, em geral, os canais de participação institucionais são limitados, o que impede a negociação sobre a política e a democratização da gestão. Os governos devem, portanto, comprometer-se com o fortalecimento da capacidade de participação dos cidadãos, ampliando a conscientização e participação do público bem como a aceitabilidade social das políticas.

Apenas 23,4 % dos programas estaduais especificam competências e atribuições do setor saúde para consecução da política, o que pode revelar o baixo grau de prioridade dado à saúde pelos governos ou à dificuldade de reconhecer os determinantes sociais e ambientais da saúde, assim como a insuficiente articulação com o setor, geralmente caracterizado por ações de assistência e reabilitação.

7. Comentários finais/Recomendações

O presente trabalho teve por objetivo apresentar um panorama das intervenções realizadas, nos últimos três anos, pelo governo federal e pelos governos dos nove estados da região Nordeste, voltadas ao combate às iniquidades em saúde, por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde. A identificação das políticas em curso é um primeiro passo para a análise dessas ações. O fundamental, que resta a ser feito, é investigar se tais intervenções são efetivas e adequadas ao contexto nordestino, o que demanda a realização de estudos avaliativos.

O grande número de programas localizados, no mapeamento aqui apresentado, sugere que há uma pulverização das ações e estratégias, bem como uma fragilidade na sua sustentação ao longo do tempo. A abordagem aos determinantes sociais exige a priorização política da busca da equidade como um princípio de justiça social a partir da ação coordenada e continuada de políticas e setores. Só assim produzir-se-á de transformações sociais consistentes.

Tomando como marco de análise o documento da CMDSS, que recomenda que o enfrentamento dos DSS deve considerar a ação coordenada sobre as cinco dimensões abordadas na presente análise, pode-se concluir que, apesar de haver referência ao desenvolvimento integrado das atuais políticas sociais vigentes nos nove estados da região Nordeste do Brasil, ainda é baixo o investimento em ações transeitoriais com responsabilização dos múltiplos agentes envolvidos e maior controle da sociedade.

As intervenções no Nordeste do Brasil não contemplam as cinco dimensões voltadas para melhorar as condições de vida, enfrentar a distribuição iníqua de poder e recursos e mensurar os determinantes e o impacto das intervenções. É fundamental colocar a responsabilidade pela equidade em saúde nos níveis mais altos do governo e assegurar a necessária coordenação das políticas, o que na análise aqui empreendida, ainda se mostra insuficiente, apesar dos progressos no desenvolvimento regional.

É recomendável que os programas relativos às áreas que apresentam um potencial impacto na redução das iniquidades em saúde tenham aprimorados seus mecanismos de governança. Ainda que, em termos per capita ou em comparação com os orçamentos totais, os recursos financeiros aplicados nesses programas não sejam enormes, são montantes significativos que poderiam produzir maiores efeitos positivos, caso tivessem uma melhor estrutura de governança. Para aprimorar a governança desses programas, o Estado brasileiro, nas suas diferentes esferas de gestão, deve investir na qualificação técnica dos seus trabalhadores e na institucionalização de mecanismos horizontais de concertação entre os diversos setores da administração pública.

Em termos de participação social na formulação e na implantação de políticas públicas, o Brasil tem uma significativa e interessante experiência, com a existência de vários conselhos e comissões com a representação da sociedade civil. No entanto, esses espaços nem sempre são adequadamente aproveitados para assegurar que a voz dos cidadãos seja ouvida. É preciso, de fato, que os governos se comprometam com o fortalecimento da capacidade de participação dos cidadãos.

Em relação ao papel do setor saúde, no caso, do Sistema Único de Saúde, o desafio é assegurar o financiamento adequado, sendo recomendável que a União amplie seus investimentos. É ainda desejável que se aprimorem os mecanismos de gestão, em particular, na área de pessoal, com a implantação de carreiras que contemplem a valorização profissional e a educação permanente.

A posição que o Brasil vem ocupando no cenário mundial, atualmente, representa uma oportunidade para que tome iniciativas no sentido de fortalecer a cooperação internacional em torno de políticas voltadas para a redução das iniquidades em saúde. Para começar, seria produtivo realizar a análise das parcerias e alianças do Banco do Nordeste com instituições internacionais, incluindo o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento.

É ainda recomendável que o monitoramento e a prestação de contas tornem-se uma prática permanente e incorporem indicadores adequados aos principais fatores associados às iniquidades em saúde em cada contexto social. E ainda que as informações sejam divulgadas para todos os envolvidos com as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, não somente para os órgãos formais de controle da administração pública.

Ainda nessa seara, deve-se recomendar a realização de estudos avaliativos sobre a implantação, a cobertura e o acesso, a efetividade e a relação custo-efetividade das

diversas intervenções. Em particular, seria muito interessante se se avaliasse a adesão do Brasil às recomendações dos foros internacionais como a própria CMDSS/OMS.

Por fim, vale reiterar que o maior desafio para a implantação de políticas e programas de redução das iniquidades em saúde é político: depende de escolhas que a sociedade como um todo faz, continuamente, quanto aos valores morais que considera mais importantes. Se a justiça social, a paz e a busca da felicidade para todos e para cada um são esses valores, todos os obstáculos ao desenvolvimento de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde serão menores.

Referências

- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99: 87–93.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2012. Brasília, 2011, 88 p.
- Brasil. Ministério dos Esportes. 4o Balanço das Ações do Governo Brasileiro para a Copa 2014. Dezembro de 2012.
- Brasil. Assessoria Econômica do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Educação, do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro. Brasília, Janeiro 2013.
- CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
- Garcia, R.C. PPA: o que não é e o que pode ser. Artigo especial. In: IPEA. Textos para discussão. Brasília: IPEA, 2000.
- Paes-Sousa R, Santos LM, Miazaki ÉS. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ* 2011; 89: 496–503.
- Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382:57-64.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Vaitsman, J.; Paes-de-Sousa, R.; Siqueira, S.; Hollanda, V.; Molinaro, A.; Pinho, M.; Andrade, G. Promoção da Saúde: elementos para a definição de uma agenda intersetorial. Relatório de Pesquisa para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.
- World Health Organization. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2011, p.2.