

A Habitação como Determinante Social da Saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família¹

Habitation as a Social Determinant of Health: perceptions and conditions of families registered under the “Bolsa Família” Program

Kelly Alves Magalhães

Mestre em Ciência da Nutrição. Doutoranda pela Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais.

Endereço: Rua Joventino Alencar, 45, Fuad Chequer, CEP 36570-000, Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: kellyalvesm@yahoo.com.br

Rosângela Minardi Mitre Cotta

Doutora Saúde Coletiva Professora Associada do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa (UFV). Coordenadora do Programa de Inovação em Docência Universitária da UFV.

Endereço: Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário, CEP 36570-000, Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: rmmitre@ufv.br

Tatiana de Castro Pereira Martins

Graduada em Nutrição Departamento de Nutrição e Saúde, UFV.

Endereço: Rua Dr. Carlos Cunha, 200, Centro, CEP 39700-000, Peçanha, MG, Brasil.

E-mail: tatiana.martins@ufv.br

Andréia Patrícia Gomes

Doutora em Ciências, FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem, UFRJ.

Endereço: Av. PH Rolfs, s/n, Campus Universitário, CEP 36570-000, Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: andreiapgomes@gmail.com

Rodrigo Siqueira-Batista

Doutor em Ciências, FIOCRUZ. Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem, UFRJ; Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Endereço: Av. PH Rolfs, s/n, Campus Universitário, CEP 36570-000, Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: rsiqueirabatista@yahoo.com.br

¹ Este estudo faz parte do projeto “O Programa Bolsa Família: construindo (des)igualdades a partir do contexto local”, financiado pelo CNPq – Processo N 409795/2006-2. Edital MCT/CNPq/MS – SCTIE-DECIT 26/2006 – Estudo de determinantes sociais da saúde e da dissertação, defendida em 31 de outubro de 2008, “Programa Bolsa Família: operacionalização, integração e desafios à emancipação de famílias em situação de vulnerabilidade social.” De autoria de Kelly Alves Magalhães, no Programa em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa. Além do apoio já mencionado, houve suporte, também do CNPq, nos termos do Processo N° 301146/2011-0.

Resumo

Objetivou-se avaliar as condições de habitação e de saneamento de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF), bem como analisar os significados dos sujeitos entrevistados sobre sua moradia. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quanti-qualitativa, realizado entre agosto e setembro de 2007, no município de Paula Candido, MG. Foram entrevistados 116 indivíduos cadastrados no programa, selecionados aleatoriamente, por meio de questionário semiestruturado. Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se o software SPSS for Windows e os qualitativos, pela técnica de análise temática. Verificou-se que ambos os grupos - beneficiário e não beneficiário - enfrentam condições adversas que limitam sua inserção e emancipação social, como baixas escolaridade e qualificação para o trabalho; trabalho informal e mal remunerado; serviços ainda insuficientes de abastecimento e tratamento da água, além de esgotamento sanitário e coleta de lixo, especialmente entre as famílias residentes na zona rural. Quanto ao significado da moradia para os entrevistados, os relatos denotam o sonho por uma casa melhor e/ou a casa própria, a aquisição de bens e eletrodomésticos básicos que possam compor o espaço da habitação, espaço este que ultrapassa a dimensão física e material, configurando-se como lugar onde se estabelecem as relações e laços sociais entre a família e de acolhimento do outro. Faz-se necessária a articulação entre as ações e políticas públicas de saúde, habitação, meio ambiente e infraestrutura, bem como com os programas de combate à pobreza - como o PBF -, tendo em vista o conjunto de vulnerabilidades às quais estão submetidas as populações mais pobres.

Palavras-chave: Habitação; Saneamento; Desigualdades em saúde; Pobreza.

Abstract

The objective of this study was to evaluate housing and sanitation conditions of families registered in the “Bolsa Família” Program (BFP), as well as to analyze the meaning of housing for the interviewees. It is a transversal study using a quali-quantitative approach undertaken between August and September 2007 in the municipality of Paula Candido, Minas Gerais, Brazil. One hundred and sixteen individuals were randomly chosen from the BFP program (10%), and a semi-structured questionnaire was applied during an interview. Quantitative data were analyzed using the *SPSS for Windows* software and qualitative data were analyzed using a thematic analysis technique. It was verified that both beneficiary and non-beneficiary group face adverse conditions such as little schooling; informal and badly paid work; lack of water treatment and supply; insufficient sewerage and garbage collection, especially among rural area residents. Regarding the meaning the interviewees give to housing, they reported wishing for a house and/or for a better house, the acquisition of consumer goods and basic appliances. They also reported that the household is a place that goes beyond the physical and material dimension, it is a space of care, where social bonds and relations between family members are built and consolidated. In order to face the vulnerabilities to which poor populations are exposed, articulations between public policies and interventions in health, housing, environment and infrastructure are necessary, as well as programs to diminish poverty, such as the BFP.

Keywords: Housing; Sanitation; Health Inequalities; Poverty.

Introdução

A habitação - “espaço onde a função principal é ter a qualidade de ser habitável” (Cohen e col., 2004, p. 809) - abrange múltiplas dimensões, destacando-se a física, a cultural, a econômica, a ecológica e a sanitária (Siqueira-Batista e Rôças, 2009). Trata-se do locus de sociabilidade do indivíduo e de sua família, lugar da construção e da consolidação da vida e da saúde (Cohen e col., 2007). Tal concepção sociológica - e também cultural - da habitação considera ainda o significado que seus membros atribuem à moradia e os usos que dela fazem, bem como os estilos de vida e condutas de risco (Cohen e col., 2004). Ademais, constitui uma necessidade básica para qualquer pessoa, a qual vai além do domínio meramente econômico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007; Andreazzi e col., 2007).

Do ponto de vista sanitário, a habitação tem sido abordada sob dois enfoques prioritários: 1) as condições da moradia, que compreendem os materiais usados na sua construção e o acesso à eletricidade, aspectos decisivos para a oportunidade de adoecimento, como no paradigmático caso da moléstia de Chagas (Siqueira-Batista e col., 2011); e 2) condições de saneamento, as quais envolvem, principalmente, os serviços de abastecimento e de tratamento da água, o esgotamento sanitário e a coleta de lixo, considerados serviços básicos para o bom funcionamento dos domicílios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007).

A relação entre saneamento e saúde é frequentemente correlacionada à ocorrência de doenças infecciosas - especialmente as diarreias na infância -, cuja abordagem fica centrada no modelo hegemônico da epidemiologia (análise de fatores de risco individual e fatores de vigilância epidemiológica e de fronteiras). Sem embargo, faz-se necessário entender a complexidade do processo saúde-doença, em sua dimensão individual e coletiva, considerando-se os determinantes culturais, sociais e ambientais e o papel dos ecossistemas modificados pelas ações do homem (Andreazzi e col., 2007; Siqueira-Batista e col., 2009). Nessa perspectiva, a habitação saudável está relacionada com os materiais usados em sua construção e condições de saneamento, incorporando ainda a qualidade ambiental do seu entorno e

as inter-relações, devendo fazer parte da agenda de saúde dos seus moradores - ou seja, a habitação deve apresentar condições mínimas que contribuam para saúde e bem-estar de seus membros e para dignidade humana (Cohen e col., 2004; 2007).

Algumas características do domicílio e do peridomicílio são importantes indicadores das condições socioeconômicas da população e importantes determinantes e marcadores de sua condição de saúde (Brasil, 2008). Conforme Soares e colaboradores (2002), ações para a melhoria dos sistemas de água e de esgoto apresentam maiores efeitos, no longo prazo, sobre a saúde das pessoas do que aqueles provenientes de intervenções médicas.

Diante da relevância do tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o intuito de promover a conscientização global sobre a influência dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e de populações e a necessidade de enfrentar as iniquidades por eles geradas (Carvalho e Buss, 2008). No ano seguinte, seguindo as recomendações da OMS, o Brasil criou a primeira Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Destaque-se que os determinantes sociais da saúde (DSS) estão vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e de trabalho - nas quais as condições de habitação e de saneamento se inserem -, bem como relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. A distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos (Siqueira-Batista e Schramm, 2005; Cotta e col., 2007; CNDSS, 2008). Não por acaso, em diversas partes do mundo, verifica-se que aqueles que dispõem de pior situação financeira são também os que têm maiores dificuldades de acesso aos serviços e às políticas públicas, habitações adequadas, água potável, saneamento, alimentos, educação, transporte, lazer, emprego fixo e seguro. Ou seja, vivem em piores condições sociais, ambientais e sanitárias (Buss, 2007).

Nesse sentido, a pobreza pode ser entendida como uma “síndrome” multidimensional de carências diversas - de saúde, de educação, de saneamento e de habitação, de lazer, de nutrição e de trabalho,

dentre outras -, as quais se reforçam mutuamente, produzindo uma série de restrições aos indivíduos e aos grupos sociais sob tal situação, como restrições de liberdade, de oportunidades e de sonhos (Najar e col., 2008; Carvalho e Buss, 2008).

Esse contexto explicita, em última análise, uma condição de vulnerabilidade social, a qual se caracteriza pela incapacidade das pessoas, relativa ou absolutamente, de proteger seus próprios interesses (Agamben, 1998). De acordo com Najar e colaboradores, a vulnerabilidade designa um:

[...] conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo elementos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos, e que têm em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas (2008, p. 135).

Partindo do pressuposto de que a desigualdade, a pobreza e a enfermidade constituem um típico movimento de retroalimentação (Wagstaff, 2002; Siqueira-Batista e Schramm, 2005) e que esse conjunto de vulnerabilidades sociais - e também ambientais - está na base da geração de iniquidades em saúde (Sobral e Freitas, 2010), os programas de proteção social, e mais especificamente de transferência de renda, têm ganhado importância, o que manifesta o papel protetor que deve ser desempenhado pelo Estado nas sociedades democráticas de direito (Pontes e Schramm, 2004; Schramm, 2008). Nesse domínio, o Programa Bolsa Família (PBF) merece especial destaque, por representar, atualmente, a principal política do governo federal para redução da pobreza, que associa a transferência de renda às famílias consideradas pobres e extremamente pobres a contrapartidas na área de saúde e educação, além do oferecimento de ações e programas complementares (de geração de emprego e renda, a cargo de cada município). Objetiva, assim, além de enfrentar a pobreza, estimular o desenvolvimento de capital humano e emancipação sustentada da população alvo (Brasil, 2004; Magalhães e col., 2007).

O PBF é um programa governamental novo (Silva, 2007; Ibase, 2008), mas com ampla cobertura, que requer mais estudos que avaliem seus resultados e impactos na vida dos beneficiários. A realização de pesquisas locais faz-se necessário devido, especialmente, aos seguintes aspectos: 1) o Brasil é um país

de dimensões continentais e que possui profundas desigualdades regionais; 2) as características socioeconômicas, políticas e culturais locais, bem como o perfil do público alvo interferem na implementação e resultados alcançados pelo programa; e 3) a descentralização das políticas públicas repassou ao município diversas responsabilidades, conferindo-lhe um papel central na implementação de programas sociais (Magalhães e col., 2007; Mesquita, 2007; Senna e col., 2007; Burlandy, 2007).

Com base nessas premissas, o presente estudo teve como objetivo avaliar as condições de habitação e saneamento de famílias cadastradas no PBF, enquanto importantes fatores determinantes e condicionantes da saúde e qualidade de vida da população local, bem como analisar os significados dos sujeitos entrevistados sobre sua moradia.

Métodos

Caracterização da Área de Estudo

A investigação foi realizada em Paula Cândido, Minas Gerais. O município possui área territorial de 269 km² e população estimada, em 2007, de 9.086 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [s. d.]). Geograficamente pertence à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata mineira.

Sujeitos

Fizeram parte do estudo as famílias cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADÚNICO) do município de Paula Cândido com o intuito de serem beneficiadas pelo PBF. Assim, dois grupos foram separados: um beneficiário e outro não beneficiário. Para separação foram identificadas todas as fichas de cadastro das famílias do município no PBF, com o auxílio do gestor local, sendo o grupo beneficiário aquele composto por famílias que estavam recebendo o benefício (incluindo as que haviam migrado dos programas anteriores Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação) e o grupo não beneficiário aquele que abrangia as famílias que haviam preenchido o CADÚNICO visando receber o auxílio do PBF, após a implantação deste no referido município. O objetivo de comparar um grupo com o outro foi verificar se o

PBF estava atendendo as famílias mais vulneráveis do município (quanto ao aspecto das condições de saneamento e de habitação) e/ou se haviam outras excluídas do benefício. Ressalta-se que esses dois grupos partilhavam de um contexto sociocultural semelhante.

Foi realizada uma amostragem aleatória simples de 10% do universo. Participaram da entrevista os titulares do cartão de recebimento ou os potenciais titulares (famílias não beneficiárias). Esses, de acordo com a legislação pertinente ao PBF, devem ser preferencialmente as mulheres (Brasil, 2004). Contudo, foram encontrados alguns casos em que os homens eram os titulares, e, portanto, também foram entrevistados.

Desenho do Estudo e Coleta de Dados

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quali-quantitativa. A abordagem qualitativa se refere à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem (Pope e Mays, 2005). Segundo Minayo (1994, p. 21-22), a pesquisa qualitativa trabalha com “o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

Os dados - referentes à caracterização das condições de saneamento e de habitação, bem como ao significado da moradia para os sujeitos cadastrados no PBF - foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2007, por meio questionário semiestruturado elaborado pela equipe de pesquisadores, a partir do estudo desenvolvido por Cotta e colaboradores (2006) e dos dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, utilizado no cadastro das famílias ao PBF, associado à observação *in loco*.

As entrevistas ocorreram nos domicílios dos entrevistados, tendo sido gravadas - após livre consentimento destas - e, posteriormente, transcritas. Com o intuito de preservar a identidade das entrevistadas foram colocados no final das falas apenas os números dos questionários e se eram beneficiárias (B) ou não beneficiárias (NB).

Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 15.0. Para análise descritiva dos dados foi utilizada frequência absoluta e relativa, média (desvio-padrão) e mediana (valores mínimo e máximo). Para as variáveis que apresentaram distribuição normal e para as que não passaram no teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov foram empregados os testes t de Student e Mann-Whitney, respectivamente, para avaliar a diferença entre os grupos, a saber: beneficiários *versus* não beneficiários; zona rural *versus* zona urbana, independente do recebimento do benefício. O teste do qui-quadrado foi utilizado para as variáveis categóricas, sendo que o teste exato de Fisher foi utilizado quando o valor esperado em alguma casela foi inferior a cinco. Adotou-se como nível de significância $p < 0,05$.

Em relação às análises dos dados qualitativos, após leitura global e exaustiva das respostas das entrevistadas, passou-se para a análise temática, com identificação dos núcleos de sentido que compõem o grupo estudado. Tal análise envolveu três momentos: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977; Minayo, 1993).

Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa - protocolo nº 005/2007 -, em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como de duas resoluções posteriores. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Caracterização Socioeconômica e Demográfica da População

Foram entrevistados 116 indivíduos cadastrados no PBF, dos quais 72 pertencentes às famílias beneficiárias e 44 às famílias cadastradas não beneficiárias - as quais estavam aguardando o recebimento do be-

nefício -, perfazendo um total de aproximadamente 10% de cada grupo.

Em relação ao perfil socioeconômico e demográfico da população estudada, a maioria era do sexo feminino (94,8%), tinha idade entre 20 a 39 anos (70,7%) e possuía o ensino fundamental incompleto (86,2%). Não houve diferença significativa entre beneficiários e não beneficiários. Contudo, nas zonas rural e urbana, independente do recebimento do benefício, 95,0% e 73,5%, respectivamente, apresentaram ensino fundamental incompleto ($p = 0,002$).

Quanto à situação de trabalho, verificou-se que entre os beneficiários e não beneficiários entrevistados, respectivamente, 62,5% e 50,0% trabalhavam; e mais de 80,0% não tinham carteira assinada e trabalhavam principalmente no setor agrícola e de serviços. Apenas uma família - não beneficiária - relatou possuir renda *per capita* maior que meio salário mínimo (190 reais, conforme salário mínimo vigente à época do estudo), não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nem entre zonas rural e urbana.

O número total de membros da família variou de 2 a 9, sendo a mediana igual a 4 integrantes. Entre as famílias beneficiárias do PBF no país, 53,9% tinham até 4 membros e 42,6% de 5 a 8 (Ibase, 2008). Normalmente os domicílios com maior número de componentes são aqueles com menores recursos financeiros para dividir entre seus membros (Brasil, 2008). Ademais, os novos arranjos domésticos, nos quais filhas solteiras, separadas, mães solteiras, filhos separados que retornam à família trazendo seus filhos, além de genros, noras e outros integrantes, trazem desafios para o contexto familiar. Em muitos casos, tais famílias “ampliadas” têm como única fonte estável de renda a aposentadoria das pessoas mais idosas ou o benefício do próprio Bolsa Família (Ibase, 2008).

Destaca-se a maior proporção de famílias que residiam na zona rural (76,4% beneficiário e 61,4% não beneficiário, $p > 0,05$), aspecto que acompanha a distribuição geográfica do município, onde 57,0% da população pertencem à zona rural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [s. d.]). Apesar do rápido e intenso processo de urbanização no Brasil, e da redistribuição da população economicamente ativa do setor agrícola para o de indústria e serviços, especialmente na região Sudeste (IBGE,

2007; CNDSS, 2008), em Paula Cândido a atividade agropecuária e a proporção de pessoas que ainda residem na zona rural é expressiva, mesmo se comparado às famílias beneficiárias do PBF no país (Ibase, 2008). Ressalta-se que, de modo geral, na zona rural concentram-se famílias em piores condições socioeconômicas (CNDSS, 2008), o que corrobora os resultados do presente estudo, visto que os entrevistados residentes na zona rural apresentaram menor escolaridade, além de piores indicadores de saneamento e habitação.

Condições de Saneamento e Habitação

As condições de habitação das famílias beneficiárias e não beneficiárias foram semelhantes, não existindo diferença estaticamente significativa entre os grupos (Tabela 1). A maioria dos entrevistados residia em casa própria. Todos os entrevistados tinham acesso à iluminação elétrica em suas residências, por meio de relógio próprio ou comunitário. Esse dado está em consonância com as estatísticas nacionais, uma vez que o fornecimento de energia elétrica é o serviço público com o maior alcance no país (98,6%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008), inclusive entre as famílias beneficiárias do PBF, segundo dados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase).

Essa abrangência da rede elétrica em todos os domicílios possivelmente decorre da criação do “Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Energia Elétrica - Luz para Todos”, instituído pelo governo federal, em 2003, com o objetivo de levar energia elétrica gratuitamente para a população do meio rural (Brasil, 2003).

Considerando o material utilizado na construção das residências houve predominância de paredes de alvenaria com reboco. Entre as famílias beneficiárias do PBF no país, o material predominante também era a alvenaria (Ibase, 2008). Já em relação aos materiais utilizados na cobertura, a maioria era durável. O tipo de piso mais frequente na zona urbana foi de cerâmica, tanto no grupo de beneficiários (52,9%) quanto não beneficiários (70,6%). Na zona rural houve predominância do piso de cimento em ambos os grupos, sendo observado em 52,7% de beneficiários e 55,6% de não beneficiários.

A inadequação na estrutura e no acabamento das residências pode levar a problemas respiratórios, especialmente em crianças (Brasil, 2008) e contribuir para a domiciliação de vetores de doenças como a moléstia de Chagas, os quais se disseminam em locais que apresentam condições favoráveis, entre as quais

estruturas de pau-a-pique, paredes barreadas, coberturas de sapé, residências de madeira e de tábuas mal ajustadas apresentando frinchas e frestas que servem de guarida aos insetos (Azeredo e col., 2007; Siqueira-Batista e col., 2011), reiterando, assim, a importância da verificação desses aspectos do ambiente.

Tabela 1 - Condições de habitação, número e proporção (%) de domicílios avaliados segundo a situação de beneficiário e não beneficiário do PBF, por zona urbana e rural, do município de Paula Cândido, MG, Brasil (2007)

	Beneficiários			Não beneficiários		
	Z. urbana	Z. rural	Total	Z. urbana	Z. rural	Total
Tipo do domicílio ^a	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)
Casa	14 (82,4)	55 (100)	69 (95,8)	15 (88,2)	27 (100)	42 (95,5)
Apartamento	3 (17,6)	0 (0)	3 (4,2)	2 (11,8)	0 (0)	2 (4,5)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Condição de ocupação do domicílio ^b						
Próprio	11 (64,7)	46 (83,6)	57 (79,2)	10 (58,8)	21 (77,8)	31 (70,5)
Alugado	2 (11,8)	0 (0)	2 (2,8)	2 (11,8)	0 (0)	2 (4,5)
Cedido	4 (23,5)	9 (16,4)	13 (18,1)	5 (29,4)	6 (22,2)	11 (25,0)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Tipo de iluminação ^c						
Relógio próprio	17 (100)	43 (78,2)	60 (83,3)	17 (100)	21 (77,8)	38 (86,4)
Relógio comunitário	0 (0)	12 (21,8)	12 (15,3)	0 (0)	6 (22,2)	6 (13,6)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Material das paredes						
Alvenaria com reboco	16 (94,1)	49 (89,1)	65 (90,3)	15 (88,2)	24 (88,9)	39 (88,6)
Alvenaria sem reboco	1 (5,9)	6 (10,9)	7 (9,7)	2 (11,8)	2 (7,4)	4 (9,1)
Pau-a-pique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,7)	1 (2,3)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Material da cobertura ¹						
Durável	16 (94,1)	47 (85,5)	63 (87,5)	16 (94,1)	18 (66,7)	34 (77,3)
Não Durável	1 (5,9)	8 (14,5)	9 (12,5)	1 (5,9)	9 (33,3)	10 (22,7)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Material do piso ^d						
Cerâmica	9 (52,9)	20 (36,4)	29 (40,3)	12 (70,6)	10 (37,0)	22 (50,0)
Assoalho madeira/taco	1 (5,9)	1 (1,8)	2 (2,8)	1 (5,9)	0 (0)	1 (2,3)
Cimento ²	7 (41,2)	29 (52,7)	36 (50)	4 (23,5)	15 (55,6)	19 (43,2)
Outros ³	0 (0)	5 (9,1)	5 (7)	0 (0)	2 (7,4)	2 (4,5)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)

1 - Durável: laje, telha cerâmica, telha amianto/zinco, madeira; não durável: cobertura vegetal (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006).

2 - Inclui cimento queimado.

3 - Outros (terra batida, cimento com pedra).

a - Diferença significante entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), teste exato de Fisher (p= 0,002).

b - Diferença significante entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), qui-quadrado (p= 0,004).

c - Diferença significante entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), qui-quadrado (p= 0,003).

d - Diferença significante entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), teste exato de Fisher (p= 0,013).

Em relação às condições de saneamento em que viviam as famílias do estudo (Tabela 2), no que se refere à origem da água, verificou-se que 69,4% das beneficiárias e 54,5% das não beneficiárias faziam mais uso de água proveniente de nascente/poço, o que pode ser explicado pelo maior percentual de

domicílios localizados na zona rural. Na zona urbana, quase todos os domicílios dispunham de rede geral de abastecimento de água (97,1%, $p=0,000$), o que no país como um todo representava 83,9% dos domicílios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008).

Tabela 2 - Condições de saneamento básico, número e proporção (%) de domicílios averiguados segundo a situação de beneficiário e não beneficiário do PBF, por zona urbana e rural, do município de Paula Cândido, MG, Brasil (2007)

	Beneficiários			Não beneficiários		
	Z. urbana	Z. rural	Total	Z. urbana	Z. rural	Total
Tipo de abastecimento de água*	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)
Rede pública	17 (100)	5 (9,1)	22 (30,6)	16 (94,1)	4 (14,8)	20 (45,5)
Nascente/poço	0 (0)	50 (90,9)	50 (69,4)	1 (5,9)	23 (85,2)	24 (54,5)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Tipo de tratamento da água**						
Cloração	15 (88,2)	4 (7,3)	19 (26,4)	16 (94,1)	4 (14,8)	20 (45,5)
Sem tratamento	2 (11,8)	51 (92,7)	53 (73,6)	1 (5,9)	23 (85,2)	24 (54,5)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Possui filtro em casa						
Sim ¹	12 (70,6)	37 (67,3)	49 (68,1)	16 (94,1)	17 (63)	33 (75)
Não	5 (29,4)	18 (32,7)	23 (31,9)	1 (5,9)	10 (37)	11 (25)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Escoamento sanitário***						
Rede pública	17 (100)	19 (34,5)	36 (50)	17 (100)	8 (29,6)	25 (56,8)
Fossa séptica	0 (0)	34 (61,8)	34 (47,2)	0 (0)	17 (63)	17 (38,6)
Outro ²	0 (0)	2 (3,6)	2 (2,8)	0 (0)	2 (7,4)	2 (4,5)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)
Destino do lixo****						
Coletado	17 (100)	16 (29,1)	33 (45,8)	17 (100)	9 (33,3)	26 (59,1)
Queimado	0 (0)	37 (67,3)	37 (51,4)	0 (0)	15 (55,6)	15 (34,1)
Outro ³	0 (0)	2 (3,6)	2 (2,8)	0 (0)	3 (11,1)	3 (6,8)
Total	17 (100)	55 (100)	72 (100)	17 (100)	27 (100)	44 (100)

1 - Destes, um não utiliza o filtro.

2 - Outro (fossa rudimentar, vala, céu aberto).

3 - Outro (enterrado ou céu aberto).

* Diferença significativa entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), qui-quadrado ($p=0,000$).

** Diferença significativa entre beneficiários e não beneficiários, qui-quadrado ($p=0,034$) e entre zonas rural e urbana, qui-quadrado ($p=0,000$).

*** Diferença significativa entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), teste exato de Fisher ($p=0,000$).

**** Diferença significativa entre zonas rural e urbana (independente do recebimento do benefício), teste exato de Fisher ($p=0,000$).

Verificou-se a inexistência de tratamento da água em 70,8% e 54,5% de residências de beneficiários e não beneficiários, respectivamente, havendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,034$). Na zona urbana, 91,2% das residências dispunham deste serviço ($p=0,000$). Esse quadro é preocupante, visto o papel protetor do tratamento da água para inúmeras enfermidades infecciosas (Siqueira-Batista e Gomes, 2010). Todavia, a utilização do filtro nas residências de 68,1% dos beneficiários e 75,0% de não beneficiários representa um fator positivo, superior ao encontrado no país, em que apenas 51,6% dos domicílios dispõem de filtro de água (IBGE, 2008).

As condições dos encanamentos e o tipo de tratamento nas estações não garantem água de qualidade proveniente da rede geral, por isso, é importante saber a origem da água para beber (Brasil, 2008), uma vez que ela pode ser um importante veículo de agentes biológicos e químicos potencialmente nocivos ao homem, comprometendo sua saúde e o bem-estar da comunidade (D'Aguila e col., 2000). Ademais, se a água não for devidamente tratada pode afetar a saúde do homem de várias maneiras: pela ingestão direta, na preparação de alimentos, na higiene pessoal e do ambiente, na agricultura, nos processos industriais ou nas atividades de lazer (Azeredo e col., 2007).

No que se refere ao escoamento sanitário, na zona rural 61,8% e 63,0% de beneficiários e não beneficiários, respectivamente, utilizavam a fossa séptica, em oposição a todos os residentes na zona urbana que utilizavam a rede pública. A mesma tendência em relação ao predomínio da rede coletora de esgoto é observada entre os beneficiários do PBF no país, com prevalências de 42,6% contra 19,1% para utilização de fossa séptica. Porém, ressalta-se que esse estudo não faz distinção entre zonas rural e urbana (Ibase, 2008).

São bem conhecidas as relações entre moradias precárias e/ou densamente ocupadas e enfermidades respiratórias de transmissão por aerossóis ou gotículas ou entre a inexistência de água tratada e de rede de esgoto e enfermidades como as parasitoses intestinais e a doença diarreica (Monteiro e Nazário, 2000).

Quanto ao serviço de coleta de lixo, observou-se

que na zona urbana ele era totalmente coletado pela prefeitura, o que não ocorria na zona rural, onde mais da metade dos entrevistados relataram queimar o lixo produzido ($p=0,000$). No país, tal serviço expandiu-se entre 2007 e 2008, atingindo 87,9%, embora existam grandes desigualdades regionais (IBGE, 2008). É relevante ponderar que a coleta do lixo evita que seu acúmulo gere proliferação de insetos e roedores, os quais podem funcionar como vetores de doenças infecto-parasitárias, trazendo riscos à população. Em relação à fumaça proveniente da queima do lixo, esta polui o ar, aumentando as chances de ocorrência de problemas respiratórios, dentre outros agravos (Oliveira, 2008).

Os serviços de saneamento básico prestados de forma adequada podem garantir melhorias nas condições de vida da população. Considera-se com saneamento adequado ou completo os domicílios com serviços simultâneos de abastecimento de água por rede geral com canalização interna, ligados à rede geral de esgotamento sanitário e/ou rede pluvial, e com serviço de coleta de lixo diretamente no domicílio. Em 2006, 61,5% dos domicílios urbanos brasileiros apresentaram tais serviços, com grandes desigualdades regionais. Considerando-se esse atendimento segundo faixas de rendimento médio mensal domiciliar *per capita*, observa-se que conforme aumentam as faixas de rendimento cresce o percentual de domicílios atendidos pelos três serviços simultaneamente (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007), o que demonstra a maior situação de vulnerabilidade social que vivenciam as famílias cadastradas no PBF - em geral, famílias de baixa renda.

Disponibilidade de Bens no Domicílio

A disponibilidade de bens no domicílio está intimamente relacionada ao bem-estar e à qualidade de vida dos moradores, além de servir como um indicador auxiliar para avaliação da situação socioeconômica da família. Assim, verificou-se que os bens com maior disponibilidade nas residências de famílias cadastradas no PBF eram televisão, aparelho de som/rádio, fogão a lenha e a gás, bicicleta, antena parabólica, tanquinho e geladeira, nesta ordem.

Entre beneficiários e não beneficiários só houve diferença significativa para geladeira (beneficiários 58,3% e não beneficiários 77,3%, $p=0,037$) e bicicle-

ta (beneficiários 80,5% e não beneficiários 59,1%, $p=0,012$).

Entre as famílias brasileiras, o fogão, a geladeira, a televisão e o rádio eram os bens mais comuns nas residências (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008), o que também foi encontrado entre as famílias beneficiárias do PBF (Ibase, 2008). A máquina de lavar roupa, considerada um diferencial nos afazeres domésticos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007), não foi encontrada em nenhum dos domicílios do presente estudo. O tanquinho, apesar de não apresentar todas as funções da máquina, estava presente em 68,1% dos domicílios, provavelmente correlacionado com seu custo mais acessível.

De acordo com o IBGE, o acesso à telefonia apresentou uma forte evolução, principalmente pelo crescimento da telefonia celular. A participação de domicílios que possuíam algum tipo de telefone era 82,1%, dos quais 37,6% correspondiam ao telefone móvel celular (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008). Entre as famílias beneficiárias do PBF, o telefone celular estava presente em mais domicílios do que o telefone fixo (Ibase, 2008).

A posse de microcomputadores era quase insignificante entre as famílias beneficiárias do PBF no país (Ibase, 2008), o que corrobora os dados do presente estudo, no qual nenhum dos entrevistados relatou ter acesso a este bem, tampouco à internet. Já no país como um todo, 31,2% dos domicílios possuíam microcomputador, sendo 23,8% com acesso à internet. Mais da metade dos domicílios do país que possuíam computador estavam na região Sudeste (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008). De acordo com o relatório da CNDSS (2008), grandes desigualdades são observadas segundo a escolaridade, renda e região de moradia, chegando a mais de 60 ou 70 vezes de diferença entre os dois grupos situados nos extremos de renda e escolaridade.

A falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminuí significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. As iniquidades de informação são, portanto, especialmente graves, pois ao reforçar a exclusão têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades. O conhecimento, a informação e a internet precisam ser reconhecidos

como bens públicos na orientação de políticas públicas voltadas para redução das desigualdades nesse campo (CNDSS, 2008).

O Significado da Moradia

Quando questionados sobre o que consideravam essencial para viver bem, os entrevistados apontaram um conjunto de fatores composto tanto por necessidades materiais e biológicas (alimentação, saúde, moradia, bens e eletrodomésticos básicos, trabalho e renda) como necessidades afetivas e espirituais (bom relacionamento com a família, com os amigos e/ou vizinhos e consigo mesmo; tranquilidade e paz; fé e confiança em Deus).

Quanto à moradia (Quadro 1), mais especificamente, o significado atribuído pelos sujeitos a esta dimensão de suas vidas incluía a noção de pertencimento e segurança (a casa própria); o conforto, a utilidade/funcionalidade e a organização interna do espaço doméstico (uma casa melhor, reformada, com certos móveis e eletrodomésticos); e a sociabilidade (o lugar da família, da união, que se estendia para a comunidade), significados que representavam, em última análise, uma vida mais digna e o antagonismo a uma situação de pobreza extrema ou miséria, caracterizada, por vezes, pelos moradores de rua.

No presente estudo, conforme o relato dos titulares entrevistados, o benefício foi utilizado principalmente em educação, alimentação e vestuário, sendo esses mesmos itens a opção que os entrevistados não beneficiários declararam como prioritários, caso recebessem. Destaca-se que a decisão sobre alocação desse recurso era predominantemente dos titulares (mais de 90% do sexo feminino). Esses dados são semelhantes aos encontrados em estudo realizado com beneficiários do PBF no país (Ibase, 2008).

Salienta-se que outros gastos também foram referidos pelos entrevistados, especialmente com domicílio (contas de luz e água, eletrodomésticos, móveis, gás de cozinha, reformar/construir casa) e saúde, o que demonstra as múltiplas necessidades familiares e a autonomia para alocação de seus recursos (Burlandy, 2007).

Assim, o recebimento do benefício do PBF é vislumbrado, por muitas famílias, como a possibilidade de investir em seus sonhos, tais como o de ter a casa própria, de construí-la ou reformá-la, de adquirir mó-

Quadro 1 - A moradia e seus significados atribuídos pelos sujeitos cadastrados no Programa Bolsa Família, município de Paula Cândido, MG (2007)

Significados	Relatos dos sujeitos entrevistados
- Ter uma casa própria. Não pagar aluguel.	Viver bem é eu conseguir a minha casinha própria. (B 59) Se pudesse até morar na casa própria, não ter que ficar pagando aluguel, porque é muito difícil. (NB 118)
- Reformar a casa/ terminar de construir.	[...] eu queria que eu tivesse uma casa pra morar, mas não tenho e essa que eu tenho está caindo. (NB 96)
- Ter uma casa melhor (infraestrutura básica). Não faltar nada dentro de casa e ter saúde.	[...] Falta assim uma casa melhor [...] uma casa maior, que a gente vive tudo apertadinho. (B 4) [...] uma casa, né?, mais confortável, com um quarto para os meninos [...] uma casa adequada [...] uma casa digna. (B 44) Ah, eu acho que é saúde e não faltar nada em casa, né? (NB 82) Ah, pra mim não pode faltar água – que é essencial –, comida também, uma casa assim bem limpinha; dormir bem. Ah, tomar banho é essencial, né? [...] A gente estar todo mundo com saúde também, porque se tiver alguém doente, atrapalha tudo. (B 33)
- Ter determinados móveis e eletrodomésticos básicos no domicílio.	Ah! Se eu tivesse tudo de bom dentro da minha casa! Uma geladeira [...] uma antena parabólica. (B 9) [...] Pelo menos assim, uma cama direito para os meus filhos, que dormem tudo embolado. (B 40)
- Viver bem com a família em casa e com os vizinhos (comunidade).	Eu acho que o importante é viver bem com a família. (B 17) Tem que ter união, tem que ter paz dentro de casa. (B 60) A gente ter amizade também, viver bem com os vizinhos da gente. (B 22)

veis e eletrodomésticos básicos, tornando o ambiente em que vivem mais confortável, adequado e digno, como pode ser observado por meio dos relatos apresentados pelos entrevistados. Em estudo realizado com famílias do PBF, verificou-se que a aquisição de bens ou alimentos era considerada “luxo” no cotidiano dessas famílias, o que marcava uma possibilidade de ruptura com as condições extremamente adversas a que estavam submetidas (Ibase, 2008).

Os indivíduos e as famílias em situação de vulnerabilidade social não só possuem um baixo nível de renda – como é o caso das famílias cadastradas no PBF –, mas também uma série de indicadores desfavoráveis – como baixa escolaridade e qualificação profissional; limitado acesso a informações; maior dificuldade de acesso a serviços básicos; piores condições de habitação e saneamento; e maiores gastos proporcionais com alimentação e saúde, dentre outros –, somando um conjunto de fatores que se inter-relacionam e reforçam a desigualdade

existente na sociedade (Silva, 2007; CNDSS, 2008). Ou seja, tais famílias possuem múltiplas necessidades e poderiam se beneficiar de um conjunto de abordagens e ações sociais.

Conforme Barreto e Carmo (2007), a frequência de qualquer doença, com raras exceções, aumenta com a redução do nível socioeconômico dos grupos sociais. Entre países com níveis econômicos similares, aqueles com maiores índices de desigualdade social apresentam piores indicadores de saúde (Siqueira-Batista e Schramm, 2005; Barreto e Carmo, 2007). Essas iniquidades em saúde são produtos de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira (Ibase, 2008). Assim, a redução das iniquidades sociais é imprescindível para que ocorram ganhos mais substanciais no quadro global de saúde da população, pois se observa que mesmo melhorias modestas no padrão das desigualdades têm fortes efeitos nos níveis de saúde (Barreto e Carmo, 2007).

Além disso, a pobreza possui caráter multidimensional e dinâmico e, portanto, sua definição e identificação ultrapassam a abordagem monetária (Sen, 2000; Senna e col., 2007; Santos e Magalhães, 2012), a qual tem sido criticada por vários autores. Seu enfrentamento exige a combinação de recursos monetários e não monetários voltados a ganhos em capital cultural, condições de saúde e inserção ocupacional, por meio de ações intersetoriais (Magalhães e Bodstein, 2009), e a articulação da transferência monetária a outras políticas, combinando ações emergenciais com estruturantes, a fim de evitar a reatualização de práticas assistencialistas (Santos e Magalhães, 2012). Ademais, a combinação das informações de renda com outros indicadores sociais e sanitários podem contribuir para adequar e integrar diferentes tipos de intervenção às condições familiares (Ibase, 2008).

O próprio CADÚNICO - principal ferramenta de mapeamento e seleção dos beneficiários do PBF e de outros programas sociais, garantia de informação compartilhada (Magalhães e Bodstein, 2009) e instrumento para auxiliar o planejamento de políticas públicas (Senna e col., 2007) - contém outros indicadores que vão além da renda, como escolaridade, situação no mercado de trabalho, condições de habitação e higiene, entre outros, que poderiam ser utilizados para seleção das famílias cadastradas, conforme a própria legislação prevê (Brasil, 2004), colaborando para o alcance de resultados mais equitativos.

Vale ressaltar que nem sempre os programas de transferência de renda vêm acompanhados de melhorias nas condições socio sanitárias mais amplas das famílias e nas práticas em saúde, o que acaba amortecendo seu impacto positivo nas condições de vida e saúde dos beneficiários. Saúde e acesso a bens públicos são facetas de uma situação de pobreza que apenas o fator renda não é capaz de superar, sendo necessária a combinação do PBF com outras políticas sociais (Ibase, 2008). Contudo, na prática, a articulação da transferência direta de renda às demais políticas públicas limita-se àqueles setores responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades (Magalhães, 2008; Santos e Magalhães, 2012).

Como atestam Magalhães e Bodstein (2009) e Nascimento (2010), nenhum programa setorial é

capaz de enfrentar isoladamente as múltiplas dimensões dos problemas sociais, mormente quando se trata da pobreza. Muitas vezes, um programa ou iniciativa social com objetivos bem definidos fracassa em reconhecer a complexidade das carências e o problema das famílias em uma rede intrincada de necessidades. Além disso, o próprio desenho e os objetivos do PBF o caracterizam como uma política inscrita no bojo da intersectorialidade, que pressupõe a articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização de avaliação de políticas, programas e projetos, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas. Trata-se, pois, de se estabelecer ações que se organizam no campo da aprendizagem - e da criatividade - dos agentes institucionais, permitindo a construção de novas respostas para significativos e intrincados problemas, de modo a configurar possibilidades reais para o desenvolvimento das políticas públicas.

Torna-se necessário comentar, sem embargo, que as ações intersetoriais possuem entraves de diferentes ordens, destacando-se nesse bojo as disputas políticas pautadas apenas em interesses eleitorais, que atravessam o diálogo e as parcerias em prol de interesses atinentes ao exercício e à perpetuação de poder, comprometendo o desenvolvimento de uma agenda integrada para a implementação das ações, tanto para questões mais pontuais e de curto prazo como para os problemas estruturais (Magalhães e Bodstein, 2009).

A intersectorialidade se torna, assim, uma qualidade necessária ao processo de intervenção (Nascimento, 2010). Para tanto, faz-se necessária a articulação entre instituições governamentais e dessas com a sociedade civil; a comunicação e a troca de informações e saberes, o trabalho conjunto e o estímulo a maiores níveis de envolvimento de gestores e técnicos das secretarias municipais de Saúde, Assistência e Educação; maior aproximação com o contexto local e as reais necessidades da população, evitando ações verticalizadas e favorecendo o diálogo com ações da sociedade civil organizada; e a interação desses diferentes atores no processo de formulação, planejamento, implementação, execução e avaliação das ações públicas (Magalhães e Bodstein, 2009; Nascimento, 2010; Santos e Magalhães, 2012).

Enfrentar a discussão da desigualdade social e das condições socioespaciais da pobreza pode contribuir na orientação de políticas e na definição das estratégias a serem adotadas em cada âmbito, sem que isso implique na construção de políticas pobres para pobres. Mais do que isto, possibilita uma compreensão mais abrangente do fenômeno da pobreza sem restringi-la a espaços delimitados ou padrões já superados de identificação destes grupos (Najar e col., 2008).

Considerações Finais

A partir da análise do perfil das famílias cadastradas no PBF foi possível verificar que tanto o grupo beneficiário quanto não beneficiário enfrentam condições adversas que limitam sua inserção e emancipação social, como baixas escolaridade e qualificação para o trabalho, sendo este predominantemente agrícola; atividade informal e mal remunerada; serviços de abastecimento e tratamento da água, de esgotamento sanitário e coleta de lixo ainda insuficientes, especialmente entre as famílias residentes na zona rural, quadro que acompanha as desigualdades sociais presentes no país.

Quanto ao significado da moradia para a população entrevistada, os relatos denotam o sonho por uma casa melhor e/ou a casa própria, a aquisição de bens e eletrodomésticos básicos que possam compor o espaço da habitação, espaço que ultrapassa a dimensão física e material, configurando-se como lugar onde se estabelecem as relações e laços sociais entre a família e de acolhimento do outro. Assim, o conforto, a segurança e a dignidade da moradia são qualidades almejadas por seus membros - pessoas com suas subjetividades, desejos e sonhos.

Nesse cenário, o PBF representava, para as famílias beneficiadas, uma possibilidade de aspiração de sonhos. Para alguns sujeitos entrevistados, o benefício representava praticamente a única fonte de renda segura, uma vez que a grande informalidade da situação de trabalho e a baixa remuneração reforçavam a insegurança e a vulnerabilidade.

Por fim, reitera-se que as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde no espaço construído devem ser realizadas em uma perspectiva intersetorial - buscando ultrapassar o caráter

setorializado e fragmentado que tem marcado as intervenções na área social, o que impõe desafios à gestão local (Senna e col., 2007; Burlandy, 2007; Magalhães e col., 2007) -, articulando-se as ações e políticas públicas de saúde, habitação, meio ambiente e infraestrutura com os programas de combate à pobreza, como o PBF, tendo em vista o conjunto de vulnerabilidades a que estão submetidas as populações mais pobres. Os desafios são múltiplos, destacando-se que boa parte das elaborações acerca da intersetorialidade ainda claudica entre a teoria e a prática, não estando inscritas no plano da vida. Nesse particular, merece destaque toda a ordem de debates inscritos nos referenciais da promoção da saúde - *locus*, por excelência, da intersetorialidade -, como, por exemplo, o Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis, o qual, evidentemente, inclui aspectos atinentes à educação, à saúde ao trabalho e, no âmbito da presente discussão, à moradia (Andrade, 2006; Tavares e col., 2011).

Muitos avanços na construção de abordagens mais amplas em relação à saúde e sua determinação social vêm ocorrendo. Contudo, permanecem os desafios cotidianos de lidar com problemas estruturais e complexos, os quais devem envolver diferentes esferas dos governos e da sociedade civil.

Referências

- AGAMBEN, G. *Ce qui reste d' Auschwitz*. Paris: Rivages, 1998.
- ANDRADE, L. O. M. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDREAZZI, M. A. R.; BARCELLOS, C.; HACON, S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 22, n. 3, p. 211-217, 2007.
- AZEREDO, C. M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1779-1790, 2007. Suplemento.
- BRASIL. Decreto n. 4.873, de 11 de novembro de 2003. Institui o Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Energia Elétrica - "LUZ PARA TODOS" e dá outras providências. 2003. Disponível em: <<http://www.aneel.gov.br/cedoc/dec20034873.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2010.
- BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 set. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher* - PNDS 2006. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/pnds2006>>. Acesso em: 15 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde.
- AS CARTAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- URLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, 2007.
- BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA et al. (Org). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 141-166.
- COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.
- COHEN, S. C. et al. Habitação saudável no Programa de Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*: relatório final. Abr. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2010.
- COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007.
- COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.
- D'AGUILA, P. S. et al. Avaliação da qualidade de água para abastecimento público do município de Nova Iguaçu. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 791-798, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*: relatório técnico (preliminar). Rio de Janeiro. junho 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades @*. Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 29 abr. 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Síntese de Indicadores 2008*. Rio de Janeiro, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2007. In: ESTUDOS & PESQUISAS. *Informação demográfica e socioeconômica número 21*. Rio de Janeiro, 2007.

- MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.
- MAGALHÃES, K. A. *Programa Bolsa Família: operacionalização, integração e desafios à emancipação de famílias em situação de vulnerabilidade social*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.
- MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007.
- MESQUITA, C. S. *O Programa Bolsa Família: uma análise de seu impacto e alcance social*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) - Universidade de Brasília, Brasília.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MONTEIRO, C. A.; NAZÁRIO, C. L. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, p. 13-18, 2000. Suplemento 6.
- NAJAR, A. L.; BAPTISTA, T. W. F.; ANDRADE, C. L. T. Índice de desenvolvimento da família: uma análise comparativa em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 134-147, 2008. Suplemento 1.
- NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.
- OLIVEIRA, S. M. M. C. Mortalidade infantil e saneamento básico - ainda uma velha questão. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16, Caxambu, MG, 2008. *Anais...* Belo Horizonte: Abep, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_959.pdf>. Acesso em: 14 maio 2010.
- PONTES, C. A. A.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1319-1327, 2004.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SANTOS, C. R. B.; MAGALHÃES, R. Pobreza e política social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1215-1224, 2012.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, Brasília, v. 16, p. 11-23, 2008.
- SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SENN, M. C. M. et al. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 86-94, 2007.
- SILVA, M. O. S. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Moléstia de Chagas e ecologia profunda: a luta anti-vetorial em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 677-687, 2011.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P. *Antimicrobianos: guia prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Ecologia na formação do profissional de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 271-275, 2009.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; RÔÇAS, G. Alfabetização ecológica. *Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 123-125, 2009. Suplemento 1.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.129-142, 2005.
- SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; NETTO, O. M. C. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1713-1724, 2002.
- SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.
- TAVARES, M. F. L. et al. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; VIEIRA, W. M. *Qualificação de gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011.
- WAGSTAFF, A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 11, n. 5/6, p. 316-326, 2002.

Recebido em: 14/03/2011
Reapresentado em: 08/10/2012
Aprovado em: 11/10/2012