



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO
DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO
INTERNACIONAL

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO

AS CONTRAPARTIDAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

NICOLE CAUS

OUTUBRO-2015



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO EM
DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO
INTERNACIONAL

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO

AS CONTRAPARTIDAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

NICOLE CAUS

ORIENTAÇÃO:

PROFESSOR DOUTOR JOÃO ESTÊVÃO

OUTUBRO- 2015

Resumo

A presente dissertação analisa as contrapartidas do Programa Bolsa Família, com objetivo de compreender seus fundamentos e responder se as mesmas são capazes de promover a acumulação de capital humano para que seja possível a quebra do ciclo de pobreza intergeracional. O estudo conclui que as contrapartidas em educação não atendem ao objetivo proposto pois exercem baixo impacto sobre a probabilidade de frequência escolar e não consideram a qualidade do ensino oferecido aos beneficiários. No entanto, as contrapartidas na área da saúde revelaram-se mais eficazes em incitar a acumulação de capital humano porque estão focadas na população que vive a primeira infância, momento determinante para o desenvolvimento da capacidade cognitiva e produtiva do futuro adulto, e produzem efeitos significativos sobre melhoria da saúde dos beneficiários.

Palavras Chaves: Transferência de Renda Condicionada, Acumulação de Capital Humano, Pobreza, Contrapartidas, Condicionalidades.

Abstract:

This dissertation analyzes the conditionalities of the *Bolsa Família* Program, aiming to comprehend their foundations and determine whether they are able to promote the accumulation of human capital in order to break the intergenerational cycle of poverty. The study concludes that the conditionalities in education do not meet the proposed objective considering the low impact observed on the probability of school participation and the lack of consideration given to the quality of education offered to beneficiaries. However, the conditionalities in health have proved to be more effective in urging human capital accumulation, as they are focused on the infant population, which is a decisive period for the development of cognitive skills and the productivity of future adults, and also have demonstrated to produce significant effects on improving the health of beneficiaries.

Key words: Conditional Cash Transfer, Human Capital Accumulation, Poverty, Conditionalities, Counterparts.

Lista de abreviaturas

AIBF – Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

CadÚnico – Cadastro Único

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI – Fundo Monetário Internacional

FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MEC – Ministério da Educação

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PME – Pesquisa Mensal do Emprego

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PT – Partido dos Trabalhadores

PTRC – Programas de Transferência de Renda Condicionada

RMV – Renda Mensal Vitalícia

SUS – Sistema Único de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Evolução dos Taxa de Pobreza e Indigência 1995-2002	8
Figura 2 Evolução das Taxa de Pobreza e Indigência 2003-2013.....	12
Figura 3 Número de crianças beneficiárias do PBF, acompanhadas, com vacinação em dia e com dados nutricionais coletados 2005-2013	27
Figura 4 Estatura média das crianças de 24 meses e de 60 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas nas contrapartidas de saúde 2008-2012	28
Figura 5 Peso médio (kg) das crianças de 24 meses e de 60 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas nas contrapartidas de saúde 2008-2012.....	28

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I Impacto de diferentes fontes de rendimento sobre as taxas de pobreza e indigência no Brasil 2001, 2005 e 2011	13
Tabela II Impacto do Bolsa Família na probabilidade de frequentar a escola	21
Tabela III Impacto do Bolsa Família sobre a progressão escolar, repetência e abandono escolar	22 e 23

ÍNDICE

Resumo	I
Lista de abreviaturas	II
Índice de tabelas e figuras	III
Índice	IV
1. Introdução.....	1
2. Os Programas de Transferência de Renda Condicionada no Brasil	2
2. 1. Os Programas de Transferência de Renda no Governo Fernando Henrique Cardoso.....	5
2.2. A consolidação dos Programas de Transferência de Renda Condicionada nos governos do Partido dos Trabalhadores: o Programa Bolsa Família.....	9
3. As contrapartidas do Programa Bolsa Família.....	15
3.1 Discussão teórica sobre as contrapartidas	15
3.2 Contrapartidas na área da educação.....	19
3.3 Contrapartidas na área da saúde	25
4. Conclusões e Investigação Futura	31
Referências Bibliográficas.....	34

1. INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, Programas de Transferência de Renda Condicionada – PTRC começaram a ser implementados em países da América Latina e Caribe, frutos da constatação de que, apesar do relativo crescimento económico obtido após a adoção das reformas estruturais impostas pelas instituições de Bretton Woods, grande parte da população da região ainda vivia em condições de pobreza ou indigência. Tais Programas teriam por elemento inovador soluções a curto e longo prazo para o problema da pobreza. A curto prazo, os beneficiários seriam favorecidos com um repasse monetário mensal que lhes permitisse viver em condições dignas e, através da exigência de contrapartidas, os Programas propiciariam acúmulo de capital humano, que resultaria a longo prazo na melhoria económica das famílias receptoras, possibilitando assim a ruptura do ciclo da pobreza.

A presente dissertação analisa as contrapartidas do Programa de Transferência de Renda Condicionada do Brasil, o Programa Bolsa Família, com objetivo de compreender seus fundamentos e responder ao problema da investigação: As contrapartidas do Bolsa Família são capazes de promover a acumulação de capital humano para que seja possível a quebra do ciclo de pobreza intergeracional?

Para tal fim, este trabalho propôs-se a discutir as seguintes questões: (i) De que modo os Programas de Transferência de Renda foram incorporados ao Sistema de Proteção Social do Brasil?; (ii) Como se configuram os Programas de Transferência de Renda brasileiros?; (iii) Quais preceitos fundamentam a exigência de contrapartidas em troca do recebimento de benefício financeiro?; (iv) Por que as áreas da educação e saúde foram eleitas como eixos propulsores para a acumulação de capital humano?

Relativamente à metodologia, a elaboração desta dissertação se apoiou em pesquisa bibliográfica e procurou identificar as necessidades, situações e resultados. A pesquisa foi desenvolvida e baseada em materiais preexistentes, como artigos e livros científicos, documentos divulgados pelo Governo Federal do Brasil, instituições de pesquisa e

organizações internacionais. Pretende-se assim dar continuação a esforços anteriores e propiciar a sistematização de conhecimentos já existentes nesta área.

O trabalho está dividido em quatro capítulos, sendo o primeiro a introdução, onde constam os aspectos metodológicos que embasam a pesquisa. O segundo capítulo apresenta a revisão literária sobre o Sistema de Proteção Social do Brasil, cobrindo a concepção dos Programas de Transferência de Renda do país e seus efeitos sobre a redução da pobreza. O terceiro capítulo apresenta a discussão teórica sobre as contrapartidas, detalhando as condicionalidades do Programa Bolsa Família na educação e saúde, seus fundamentos, objetivos e resultados. Por fim, o quarto capítulo apresenta as conclusões da investigação e propostas para uma pesquisa futura.

2. OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA NO BRASIL

Assim como a maioria dos países da América Latina, o Sistema de Proteção Social do Brasil construiu-se com base no sistema formal de trabalho. Sua origem data de 1930, concomitantemente ao início do processo de industrialização no país, quando, no primeiro governo de Getúlio Vargas, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Os IAPs consistiam em autarquias centralizadas do governo federal que serviam como base assistencial de determinadas categorias ocupacionais, regidas por regras próprias, com base em captação individual (Cobo, 2012).

O embrionário Sistema de Proteção Social brasileiro tinha caráter corporativista e contributivo. Por sua vez, a parcela da população que não pertencia ao mercado formal de trabalho, justamente a mais vulnerável, tampouco usufruía de qualquer proteção social oferecida pelo Estado e acabava entregue ao assistencialismo. Os países latino-americanos construíram seus sistemas de proteção social a partir de modelos europeus que não condiziam com a realidade da região. Tais modelos não eram capazes de solucionar as desigualdades oriundas do passado escravocrata e da estratificação social característicos aos mesmos (Soares, 2012).

Foi somente durante o governo militar, que teve início com o golpe de 1964, que o país teve seu primeiro mecanismo de proteção social não contributivo. Visando à provisão de recursos de aposentadoria para o trabalhador rural, o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural – FUNRURAL, não vinculava o benefício a qualquer contribuição prévia, tendo como único requisito de elegibilidade a comprovação do exercício de atividade rural (Rocha, 2013).

Ainda no período militar, cabe destacar a concepção da Renda Mensal Vitalícia – RMV, em 1974. A RMV foi o primeiro Programa de Transferência de Renda focalizado na população pobre do Brasil, atendendo a idosos e portadores de deficiência em famílias de baixa renda. Entretanto, para receber o benefício, idosos e deficientes cuja renda familiar *per capita* fosse inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente, deveriam ter contribuído para a Previdência Social por ao menos 12 meses, tempo que não os qualificaria para receber o benefício previdenciário comum. Devido à prevalência da informalidade no mercado brasileiro, muitos trabalhadores, em especial os de baixa qualificação, transitavam entre o mercado formal e informal, o que os impedia a dar continuidade à contribuição previdenciária (Rocha, 2013).

Apesar dos avanços na implementação de políticas de proteção social verificados entre as décadas de 1930 e 1970 e do aumento do Produto Interno Bruto, em especial entre os anos de 1968 e 1973, quando o Brasil viveu o chamado “milagre econômico”, crescendo a uma taxa média de 11,11% ao ano, a desigualdade renda no país ainda era preocupante (Veloso; Vilella & Giambigi, 2007). Quando, ao final da década de 1980, o país passou por um período de recessão econômica, acentuando as vulnerabilidades da população, cresceu a pressão sobre o governo civil de 1985 para a execução de reformas no âmbito da proteção social que, somadas à demanda pela democratização, resultaram em importantes avanços impressos na Constituição de 1988 (Cobo, 2012).

A Constituição de 1988 foi um marco em direção à universalização dos direitos sociais no Brasil. A partir dela a assistência social passou à categoria de política pública e a proteção social foi desvinculada do laço empregatício contributivo (Menezes; Brait-Poplawaki & Santarelli, 2012).

Entretanto, a orientação para a universalização dos direitos sociais foi interrompida nos anos 1990 no contexto do triunfo neoliberal, resultando no desmonte do frágil Sistema de Proteção Social do Brasil. A fim de superar os desequilíbrios macroeconômicos e a chamada “crise da dívida externa” que assolou os países da América Latina na década de 1980, o Brasil, como os demais países da região, se viu obrigado a adotar reformas de estabilização econômica e de ajuste estrutural impostas pelas instituições de Bretton Woods: o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional – FMI (Menezes; Brait-Poplawaki & Santarelli, 2012).

Os programas de estabilização prescritos pelo FMI previam corte nos gastos públicos, visando maior eficiência econômica, atuação monetária restritiva e contenção do crescimento da dívida externa. Por sua vez, as medidas de ajustamento estrutural propostas pelo Banco Mundial recomendavam reformas de médio e longo prazo no âmbito da estrutura produtiva, como: privatização, desregulamentação do mercado e liberalização do comércio (Oppenheimer e Carvalho, 1998). Sob a perspectiva de contenção de gastos públicos e desregulamentação do mercado, os recursos destinados à políticas sociais, já escassos, foram reduzidos. A partir de então passou a ser adotada no Brasil e na América Latina uma política de redes de segurança, ou *safety nets*, que visava assegurar um patamar mínimo de reprodução social, suficiente para amenizar os efeitos dos ajustes implementados (Cobo, 2012).

Nessa conjuntura, foram constituídos os Programas de Transferência de Renda Condicionada da América Latina. Silva, Yazbek e Giovanni definem os Programas de Transferência de Renda adotados como:

“... programas compensatórios e residuais cujos fundamentos são os pressupostos liberais/neoliberais, mantenedores do interesse do mercado, orientados pelo entendimento de que o desemprego e a exclusão social são inevitáveis. Têm como objetivos garantir a autonomia do indivíduo como consumidor, atenuar os efeitos mais perversos da pobreza e da desigualdade social, sem considerar o crescimento do desemprego e da redistribuição de renda, tendo como orientação a focalização da extrema pobreza, para que não ocorra desestímulo no trabalho. O impacto é necessariamente, a reprodução de uma classe de

pobres, com garantia de sobrevivência num limiar de uma determinada Linha de Pobreza” (Silva; Yazbek & Giovanni 2012: 43).

Tais programas devem ser relacionados com a ideia de minimização dos gastos do Estado. Sua função é estabelecer um mínimo social e não eliminar a pobreza em suas múltiplas dimensões. Os autores chamam atenção para a focalização dos Programas de Transferência de Renda, que demonstram o caráter residual da Política de Proteção Social; e para o baixo valor do benefício oferecido, de modo a não desestimular o trabalho.

O primeiro Programa de Transferência de Renda Condicionada da América Latina, Programa *Beca Alimentaria*, foi lançado na Venezuela em 1989. Desde então, segundo dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - CEPAL, 21 países que compõem a região implementaram um total de 49 Programas de Transferência de Renda Condicionada de 1990 a 2014 (CEPAL, 2015). Ainda que apresentem desenhos diferentes, ao estabelecer um comparativo, esses programas têm por objetivo a elevação da renda de famílias pobres através de transferência monetária (Magro & Reis, 2011). Os programas com maior destaque internacional, devido aos resultados alcançados e abrangência, são o *Programa Oportunidades* do México e o Programa Bolsa Família do Brasil, sendo esse último o objeto de análise deste trabalho.

2. 1. OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NOS GOVERNOS

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Em meio ao debate político sobre um programa de renda mínima universal, liderado pelo Senador Eduardo Suplicy, José Márcio Camargo, economista ligado ao Partido dos Trabalhadores – PT, propôs a ideia que deu origem ao programa Bolsa Escola, programa de transferência de renda para famílias pobres com crianças em idade escolar obrigatória. Para além do imperativo neoliberal que pregava restrição das políticas sociais *versus* universalização de direitos, a ideia de Camargo era atrativa pois combinava melhoria imediata de bem-estar com modificação das causas estruturais da pobreza, através da promoção da frequência escolar, e limitava o benefício às famílias pobres com crianças em idade escolar (Rocha, 2013).

Devido à derrota nas eleições de 1994, o PT não conseguiu lançar nacionalmente o Bolsa Escola. Porém, no ano de 1995, três iniciativas locais de PTRC entraram em vigor: o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima, em Campinas; a Bolsa Familiar para Educação, no Distrito Federal; e o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima, de Ribeirão Preto (Soares, 2012). A aceitação dessas iniciativas nos meios especializados propagou a ideia de que programas do gênero seriam a solução para o problema da pobreza no Brasil (Rocha, 2013).

Entretanto, essas iniciativas locais muitas vezes reproduziam modelos de experiências anteriores sem levar em consideração as restrições orçamentárias e a capacidade institucional de cada município. Visando suprir os déficits orçamentários dos municípios que os implementavam, em 1998 o Governo Federal passou a subvencionar 50% do valor total destinado aos PTRC nos municípios mais pobres em cada unidade da Federação, através do Programa Criança Cidadã (Soares, 2012).

O Criança Cidadã vigorou de 1998 a 2000, porém, dificuldades de execução resultaram em seu fracasso (Rocha, 2013). Em 2001, o programa foi relançado com o nome de Bolsa Escola Federal. Sua nova versão estipulava como valor básico a quantia única de R\$15,00 por criança/mês e limitava o benefício máximo recebido por família ao valor de R\$45,00. Crianças entre 6 e 15 anos eram elegíveis para o recebimento do benefício e os municípios ficaram isentos da contrapartida da transferência.

Em 1996, o Presidente Fernando Henrique Cardoso – FHC (presidência de 1995 a 2002), apresentou o primeiro programa nacional de transferência de renda com contrapartidas, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI. O PETI tinha por objetivo a erradicação do trabalho infantil através da provisão de renda às famílias pobres com filhos em idade escolar. Para além do PETI, em 2001, foram criados o Bolsa Alimentação, visando melhorar saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos, através da transferência de renda para famílias com renda *per capita* até meio salário mínimo, exigindo como contrapartida a realização de exames pré-natais pelas gestantes, acompanhamento nutricional e de saúde para crianças, gestantes e nutrizes; e o Auxílio Gás, com intuito de melhorar a segurança alimentar. O Ministério de Minas e Energia provia o auxílio financeiro de R\$15,00, a cada dois meses, para que famílias com renda

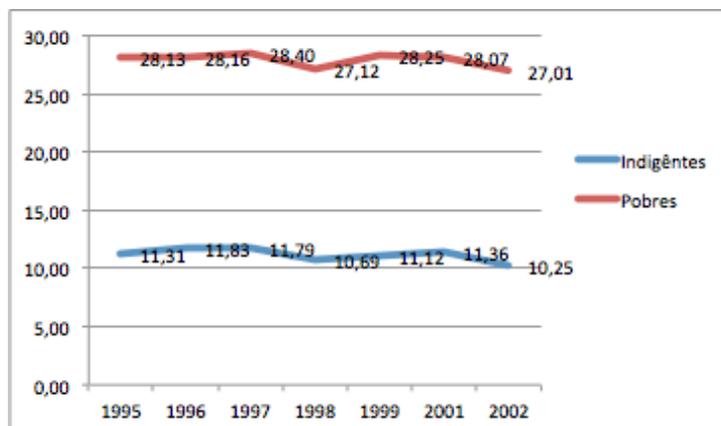
inferior a meio salário mínimo pudessem comprar gás de cozinha. Esse auxílio não era condicionado ao cumprimento de contrapartidas ou restrito a determinada composição familiar.

Dentre as principais inovações introduzidas em 2001, cabe destacar o pagamento por meio de cartão bancário magnético, que substituiu o pagamento em dinheiro às famílias. O cartão bancário torna o processo de transferência mais rápido, permite a continuidade do benefício mesmo que os usuários mudem de endereço residencial e elimina a presença de intermediários no pagamento do auxílio, o que livra o receptor de práticas abusivas de poder, garantindo o recebimento da totalidade do valor do auxílio pelas famílias e a liberdade de dispêndio do montante conforme suas necessidades (Rocha, 2013). Outra importante inovação foi a criação do Cadastro Único - CadÚnico, uma base de dados sobre as famílias brasileiras de baixa renda, potencialmente beneficiárias de programas focalizados. O CadÚnico é instrumento essencial para a monitoração e avaliação, através do qual as famílias são selecionadas e integradas nos programas sociais do governo federal (Rocha, 2013; Cobo, 2012).

Ao fim do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, o governo federal tinha quatro programas de transferência de renda em execução e algumas dificuldades persistentes. Já de início, podemos apontar o fato de que cada um desses programas era gerido por um ministério diferente, o que tornava a coordenação de informações dificultosa. Outra questão notável era a superposição dos programas, pois algumas famílias poderiam receber a transferência dos quatro programas, enquanto outras em situação similar não eram beneficiadas por nenhum (Soares, 2012). Porém, o maior problema era a estagnação dos indicadores de pobreza e indigência a despeito dos R\$2,5 bilhões desembolsados sob forma de programas de transferência de renda até 2002, conforme apresentado a seguir (Rocha, 2013):

FIGURA 1

Evolução dos Taxa de Pobreza e Indigência 1995 - 2002



Fonte: Ipeadata 2015: Ipeadata social

O gráfico acima retrata a evolução dos índices de pobreza e indigência¹, ou extrema pobreza, durante a presidência de Fernando Henrique Cardoso. A partir de sua análise, é possível perceber que os programas de transferência de renda criados exerceram pouco efeito sobre os indicadores de pobreza, que variavam em função da conjuntura econômica. S. Rocha atribui o pequeno impacto dos programas de transferência de renda em relação à proporção de pobres e indigentes ao baixo valor do benefício concedido às famílias, que não permitia que a renda ultrapassasse a linha de pobreza (Rocha, 2013).

Apesar das dificuldades, o período FHC foi determinante para a consagração das políticas focalizadas de transferência de renda no Brasil. A formalização do cadastro dos beneficiários, monitoramento e avaliação possibilitaram a ruptura com a tradição filantrópica e clientelista que vigorava no país até então. A concessão do benefício em dinheiro, em substituição da distribuição de cestas básicas ou vale-alimentação, também representou progresso, uma vez que ocasiona efeito imediato sobre a renda e garante autonomia do receptor com relação às suas decisões de consumo. Ao final de oito anos de

¹ O Ipea considera como extremamente pobres o percentual de pessoas na população total com renda domiciliar *per capita* inferior à linha de indigência (ou extrema pobreza). A linha de extrema pobreza é calculada a partir de uma estimativa do valor de uma cesta de alimentos com o mínimo de calorias necessárias para suprir adequadamente uma pessoa conforme metodologia desenvolvida pela comissão IBGE-IPEA-CEPAL. O cálculo da população pobre é feito tendo como base o dobro da linha de extrema pobreza (Ipea 2015).

mandato, os programas de transferência de renda, juntamente com sua concepção de instrumento de combate à pobreza, estendiam-se por todo o país (Rocha, 2013; Soares, 2012).

2.2. A CONSOLIDAÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA NOS GOVERNOS DO PARTIDO DOS TRABALHADORES: O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Em janeiro de 2003, Luiz Inácio Lula da Silva assume a presidência da República do Brasil e declara como prioridade de seu governo o combate à fome e à extrema pobreza. Uma de suas primeiras medidas administrativas foi o lançamento do Programa Fome Zero. Partindo do pressuposto de que a causa da fome no Brasil devia-se à dificuldade de acesso aos alimentos e não à escassez de produção, o plano de ação do primeiro Governo Lula tinha por objetivo enfrentar as causas estruturais da fome que provocam miséria e desigualdade social (Aranha, 2010).

No âmbito do Fome Zero, o programa destinado a complementar a receita para a compra de alimentos foi o Cartão Alimentação. Seguindo a linha dos programas de transferência de renda do Governo FHC, o Cartão Alimentação atendia famílias com renda *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo. Diferenciava-se, porém, por utilizar a renda como único critério de seleção, expandindo a clientela alvo para todas as famílias pobres do Brasil, e por estabelecer como benefício a quantia única de R\$50,00 independente da composição familiar. Entretanto, em setembro de 2003, o Cartão Alimentação havia favorecido apenas 0,4% dos 1,86 milhões de famílias previstas (MDS, 2004). O governo também enfrentava dificuldades em conciliar a gestão dos programas de transferência de renda do governo anterior com o cadastramento de novos beneficiários e incorporação da população pobre no Cartão Alimentação. Ademais, o Fome Zero sofria oposição política e civil devido à não exigência de contrapartidas em troca do auxílio (Rocha, 2013). Essas dificuldades acarretaram a suspensão do Cartão Alimentação e o lançamento do Programa Bolsa Família – PBF.

O Bolsa Família foi instituído em outubro de 2003. Assim como Fome Zero, o PBF tem por objetivo o combate à fome e à pobreza. Sua singularidade deve-se à unificação de todos os programas de transferência de renda não contributivos existentes até 2003 (Soares, 2012). O programa propõe-se a atuar em três frentes: transferência direta de renda, gerando alívio imediato da pobreza; exigência de contrapartidas e os programas complementares, com o intuito de romper com ciclo intergeracional da pobreza; e promoção do acesso a direitos básicos como saúde e educação e projetos de inclusão social e produtiva (Lemos & Pinheiro, 2013).

O quadro institucional do Bolsa Família permite a introdução de mudanças conforme o surgimento de necessidades, não possuindo regras de indexação formal para os benefícios, enfrentando apenas o limite orçamentário do Estado (Rocha, 2013). Portanto, o desenho do Bolsa Família descrito a seguir tem por base a configuração do programa em junho de 2015. O PBF divide os benefícios em seis categorias, de acordo com a renda mensal por pessoa, número de integrantes por domicílio, número de crianças e adolescentes com até 17 anos de idade e a presença de gestantes e nutrizes. Consideram-se elegíveis para o recebimento da transferência de renda famílias pobres, isto é, com renda mensal por pessoa entre R\$77,00 e R\$154,00², e famílias extremamente pobres, com renda mensal inferior a R\$77,00 (MDS, 2015).

Em troca da transferência de renda, os domicílios beneficiários devem assumir compromissos na área da educação e saúde, segundo sua composição. Tais compromissos são chamados de contrapartidas ou condicionalidades. As contrapartidas do Bolsa Família na saúde exigem das famílias beneficiárias o acompanhamento do cartão de vacinação e do estado nutricional e de desenvolvimento das crianças menores de 7 anos, através de consultas no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS³. Mulheres entre 14 e 44 anos também devem fazer acompanhamento médico e, quando gestantes ou

² R\$77,00 e R\$154,00 equivalem respectivamente a €21,87 e €43,75 na cotação do dia 10 de junho de 2015. Na data, €1 correspondia a R\$ 3,52.

³ O Sistema Único de Saúde – SUS é a denominação do sistema público de saúde do Brasil. Dele fazem parte os centros e postos de saúde, os hospitais públicos, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil.

nutrizes, as mulheres beneficiárias devem inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde para a realização do acompanhamento da saúde do bebê. As contrapartidas educacionais dispõem que todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mínima de 85% da carga horária. Para adolescentes entre 16 e 17 anos, a frequência mínima diminui para 75% (MDS, 2015).

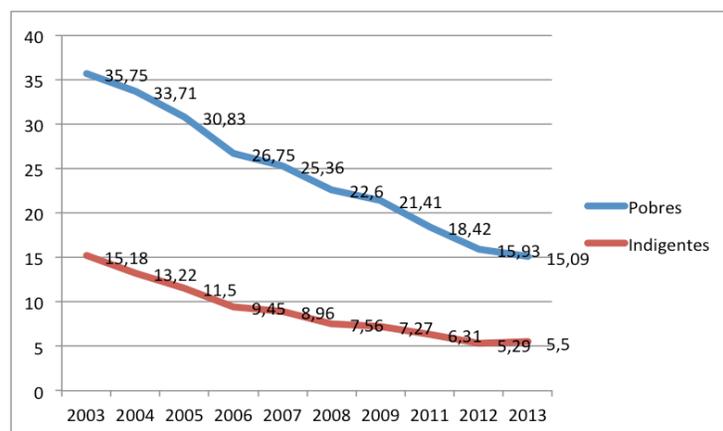
Inicialmente, as famílias recebem o benefício por um período de dois anos. Cabe aos agentes municipais a atualização do cadastro após este período para a verificação de mudanças nas condições de vida das famílias (Soares, 2012). Caso não haja, os domicílios permanecem beneficiários do programa. Portanto, não há um prazo determinado para recebimento do auxílio do Bolsa Família. O desligamento do programa ocorre quando famílias superam a linha da pobreza ou descumprem as contrapartidas. O acompanhamento das contrapartidas serve não somente como forma de triagem dos beneficiários, mas também como instrumento para monitorar a provisão de serviços de saúde, educação e assistência social por parte do poder público e para orientar as ações governamentais de auxílio às famílias que não cumpriram com as contrapartidas (MDS, 2015).

O controle das contrapartidas do Programa Bolsa Família até 2006 não era feito de maneira rigorosa, gerando críticas ao mesmo. Desde então, os dados coletados pelas secretarias municipais de Saúde e Educação nas escolas e postos de saúde foram sistematizados, visando maior eficiência no monitoramento (Rocha, 2013). O acompanhamento das contrapartidas na área da Educação é feito bimestralmente através do Sistema de Acompanhamento de Frequência Escolar do Programa Bolsa Família do Ministério da Educação. Cabe ao Operador Municipal Master inserir no Sistema as informações recolhidas nas escolas sobre os beneficiários sujeitos à contrapartida de frequência escolar e repassá-las ao Ministério da Educação. Na Saúde, o acompanhamento é feito através do Sistema Bolsa Família na Saúde do Ministério da Saúde. As Estratégias de Saúde da Família e/ou unidades de saúde coletam os dados dos beneficiários do Bolsa Família e registram as informações no Mapa Diário de Acompanhamento (Cobo, 2012). As informações coletadas são repassadas ao Ministério da Saúde semestralmente.

Em 2011, Dilma Rousseff assume a presidência do Brasil, dando continuidade ao governo do PT e à agenda contra a fome e à pobreza. Apesar dos progressos significativos das iniciativas implementadas nos dois mandatos do governo Lula, segundo o censo demográfico produzido pelo IBGE em 2010, ainda restavam no Brasil 16,2 milhões de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza. A nova estratégia para a erradicação da pobreza no governo Dilma foi sistematizada pelo Plano Brasil sem Miséria, que tem por objetivo a erradicação da extrema pobreza no país (Menezes; Brait-Poplawaki & Santarelli, 2012).

FIGURA 2

Evolução das Taxa de Pobreza e Indigência 2003-2013



Fonte: Ipeadata 2015: Ipeadata social

De fato houve grande avanço durante os governos do PT em termos de redução da pobreza. Cinco anos após o lançamento do Programa Bolsa Família, o Brasil alcançou uma das metas estipuladas pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio – ODM, reduzir o número de pessoas em situação de extrema pobreza pela metade, passando de 25,6% em 1990 para 4,8% em 2008⁴. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, o número de brasileiros vivendo em situação de indigência reduziu em 36% entre

⁴ A Organização das Nações Unidas - ONU considera como extremamente pobres as pessoas que vivem com menos de US\$ PPC 1,25 por dia, ou US\$ PPC 38,00 por mês.

2003 a 2013 . No mesmo período, a população pobre diminuiu em 42%, conforme o gráfico apresentado acima⁵ (Ipeadata, 2015). Contudo, é necessário considerar o peso dos PTRC na concretização desses resultados. A tabela a seguir permite a análise do impacto de três diferentes fontes de renda, entre 2001 e 2011, sobre as taxa de pobreza e indigência, são elas: (1) salários e rendimentos provenientes do trabalho; (2) salários e benefícios contributivos; (3) categorias (1) e (2) acrescidos de outros benefícios sociais (como o Bolsa Família) e demais fontes de renda.

Tabela I

Impacto de diferentes fontes de rendimento sobre as taxas de pobreza e indigência no Brasil 2001, 2005 e 2011
(pontos percentuais)

Taxa de pobreza	2001	2005	2011
Salários	48	35	26
Salários + benefícios contributivos	37	23	15
Salários + benefícios contributivos + benefícios sociais e outros	36	20	11
Taxa de indigência	2001	2005	2011
Salários	28	20	17
Salários + benefícios contributivos	17	10	7

Fonte: Lavinias 2013: 29

Dentre as fontes de renda apresentadas, os salários foram os que mais tiveram impacto sobre as taxas de pobreza e indigência no período, representando uma queda de 46% sobre taxa de pobreza e 39% na taxa de indigência. Em seguida, os benefícios contributivos são a segunda fonte de renda que mais colaboraram para a diminuição das taxas, reduzindo a

⁵ No ano de 2010 não houve coleta de dados devido à realização do censo.

pobreza numa média de 11 pontos percentuais entre 2001 e 2011, e a indigência numa média de 10 pontos percentuais. Em ambas as fontes de renda, a recuperação do salário mínimo foi o principal responsável pelos resultados, uma vez que seu valor foi triplicado entre janeiro de 2001 (R\$180,00) e janeiro de 2011 (R\$540,00)⁶. É importante notar que dois terços dos benefícios contributivos têm por base o valor do salário mínimo. Assim, através do exame da tabela, é possível perceber que os benefícios sociais não contributivos, tal qual o Bolsa família, não foram determinantes para redução das taxas de pobreza, representando em média a redução das taxas em 5 pontos percentuais na década analisada (Lavinias, 2013).

Todavia, estes benefícios tiveram efeito sobre a redução da desigualdade. Entre 1995 e 2007, foram responsáveis por 21% da redução da desigualdade no Brasil superados em importância apenas pela renda proveniente do trabalho (Soares *et al*, 2007). O alto impacto dos PTRC sobre a desigualdade deve-se ao fato dos rendimentos na base de distribuição serem muito baixos, fazendo com que transferências de renda, quando bem focalizadas na população pobre e mesmo que em valores diminutos, resultem na redução da desigualdade se repassadas a um grande número de indivíduos (Rocha, 2007). Todavia, a falta de equidade social permanece extremamente alta no Brasil, o coeficiente de Gini⁷ do país em 2001 era 0,569 e recuou para 0,501 em 2013⁸ (IBGE, 2014).

Atualmente, a expansão do Bolsa Família a todas as famílias em situação de extrema pobreza é uma das prioridades sociais do governo do PT. L. Lavinias alerta que a priorização dos PTRC não é a opção mais efetiva a longo prazo para a redução da pobreza e alcance de maior igualdade social. Assim como apontam diversos estudos, sistemas de proteção social universais e desmercantilizados, tal qual o modelo escandinavo, são mais distributivos e causam maior impacto sobre a pobreza. Contrariamente, o Brasil tem apostado na proteção social focalizada e residual (Lavinias, 2013).

⁶ Os valores de R\$180,00 e R\$540,00 correspondem respectivamente a €51,13 e €153,10 na cotação do dia 10 de junho de 2015. Os valores não estão atualizados pela inflação.

⁷ O Índice de Gini é uma medida do grau de concentração de rendimento, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (desigualdade máxima).

⁸ A média do coeficiente de Gini apresentada pelos países da OCDE em 2012 foi de 0,32.

A ampliação do acesso a serviços que geram bem-estar social, como saúde e educação e a melhoria da qualidade dos mesmos, são elementos indispensáveis para mudar a realidade do país. As contrapartidas previstas no desenho do PBF, se bem aplicadas e monitoradas, poderiam servir para a promoção do acesso a serviços públicos e acumulação de capital humano, fatores que podem colaborar para a melhoria social da população. O próximo capítulo será dedicado à análise das contrapartidas do Programa Bolsa Família, seus fundamentos, objetivos e resultados.

3. AS CONTRAPARTIDAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

3.1 DISCUSSÃO TEÓRICA SOBRE AS CONTRAPARTIDAS

A exigência de contrapartidas distingue os Programas de Transferência de Renda Condicionada das demais transferências governamentais. Sua incorporação nos PTRC parte do pressuposto que famílias em situação de pobreza investem pouco, ou não investem, em acúmulo de capital humano por uma questão de custo de oportunidades e que, portanto, acabam retidas num ciclo intergeracional de pobreza. Para além da transferência direta de renda, que teria por objetivo o alívio imediato da pobreza, o cumprimento das contrapartidas ofereceria uma solução a longo prazo para que as famílias receptoras desenvolvessem capacidades para romper com a pobreza a longo prazo.

Ademais, as contrapartidas teriam também por função instigar a demanda por serviços sociais. Esse é o argumento usado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que acredita que, ao exigir contrapartidas dos receptores do Programa Bolsa Família cria um canal de acesso aos serviços de educação e saúde, colaborando assim para o fim de reprodução da pobreza entre gerações (Sousa, Ximenes & Jaime, 2014). Por outro lado, o aumento da demanda por serviços de saúde e educação, gera pressão para a melhoria na prestação de tais provisões por parte do Estado e, se bem monitoradas, o não cumprimento das contrapartidas poderia servir para a detecção das vulnerabilidades dos beneficiários

além de apontar dificuldades na prestação dos serviços públicos (Draibe, 2003; Medeiros; Britto & Soares 2007).

Contudo, a legislação do Programa enfatiza o controle severo sobre o cumprimento das contrapartidas pelas famílias receptoras, cuja punição passa pelo bloqueio do auxílio durante um período de trinta dias, até total suspensão, caso não haja modificação de *status*. Monerrat indica que o conteúdo punitivo da legislação confronta a concepção divulgada pelo governo, a qual defende a instituição de contrapartidas como um canal estratégico para ampliação de serviços sociais básicos. Ao ressaltar a monitoração das condicionalidades como forma de penalização e não como um meio de acompanhamento das famílias em situação de pobreza, as contrapartidas tornam-se um mecanismo de restrição dos direitos sociais (Monnerat *et al.*, 2007).

O controle das contrapartidas é feito através do Cadastro Único. Este instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda foi criado com objetivo de detectar suas vulnerabilidades e orientá-las, numa perspectiva de integração de políticas sociais, para ações de melhoria do bem-estar, como saneamento básico, segurança, geração de renda e etc. . Porém, pesquisa de B. Cobo aponta que o CadÚnico não executa de forma satisfatório o propósito inicial, tendo como única funcionalidade a seleção de beneficiários para os programas sociais federais que o utilizam (Cobo, 2012).

Outra controvérsia sobre a imposição das contrapartidas é o fato de que vinculam direitos garantidos pela constituição (direito à assistência social, saúde e educação) ao cumprimento de exigências, colocando em questão sua pertinência desta obrigação, uma vez que é dever do Estado ofertar tais serviços. Na condição de direitos estabelecidos, as contrapartidas teriam por função apenas de reforçar práticas, porém, sua execução e controle acarretam em custos para o governo federal e municípios. Medeiros, Britto e Soares apontam que até o momento não há avaliações que possam ponderar os benefícios e custos de controle das contrapartidas do PBF em todo o país, de modo a mensurar conveniência desse mecanismo. Em defesa das condicionalidades, é usado o argumento de que elas fomentam uma cultura cívica de direitos e deveres, desvinculando a proteção social do assistencialismo (Medeiros; Britto & Soares, 2007; Monnerat *et al.*, 2007).

Em meio a tantos debates sobre o tema, convém analisar a origem da associação de determinadas obrigações ao recebimento de proteção social pelo Estado. Um argumento comum a diversos autores é o de que a adição das contrapartidas no desenho dos Programas de Transferência de Renda Condicionada justifica-se com base em preceitos morais que, por sua vez, remontam à construção do pensamento liberal.

A primeira política voltada à população pobre de que se tem notícia é a Lei dos Pobres⁹, Inglaterra, 1536. Essa lei era direcionada à população que estava à margem do trabalho, ou seja, idosos, inválidos, órfãos, crianças carentes e desocupados, e tinha um caráter mais punitivo que protetor, forçando a parcela da população apta à realização de trabalhos compulsórios nas chamadas *workhouse*¹⁰ e limitando a assistência social aos incapacitados, ou seja, idosos e inválidos.

Em 1795, num contexto de crise econômica e consequente agravamento da pobreza, foi criada a *Speenhamland Law*, considerada a primeira política que garantia um rendimento mínimo sem contrapartidas, permitindo uma renda àqueles que não conseguissem obter através do trabalho meios suficientes para sobrevivência. Porém, ao estabelecer um mínimo de rendimento, a *Speenhamland Law* punha-se contra os princípios liberais de livre mercado, constituindo-se num obstáculo para a formação do proletariado industrial. Assim, em 1834, através do estabelecimento da Lei Revisora das Leis dos Pobres,¹¹ a proteção social passou a ser mais residual, com o intuito de favorecer o desenvolvimento de uma economia de mercado (Pereira, 2011). A partir de então, é recorrente na história das sociedades capitalistas o “confronto ideológico, de cunho moralista, entre assistência social e trabalho” (Pereira, 2011: 106).

A redução da proteção social em favor de uma economia de mercado foi reforçada por argumentos teóricos que sustentavam a lógica liberal. Tais argumentos caracterizavam a assistência social como forma de controle estatal, geradora de dependência, cujo exercício

⁹ Em inglês, *Poor Law*

¹⁰ As *Workhouses*, em português Casas de Trabalho, eram instituições de correção da ociosidade e da vagabundagem. A população indigente era nelas abrigada, porém, em troca do benefício, eram forçados a trabalhar.

¹¹ Em inglês, *Poor Law Amendment Act*.

não promovia soluções para pobreza. P. Pereira cita Thomas Malthus como um exemplo entre os teóricos que exerceram forte influência sobre o pensamento liberal. Malthus considerava a ajuda aos pobres prejudicial ao espírito de independência e promotora de ociosidade (Pereira, 2011). O confronto ideológico entre assistência social e trabalho perdura até os dias atuais, e é nele que repousa parte das justificativas das contrapartidas, conforme afirmam Medeiros, Britto e Soares: “As condicionalidades em parte atendem às demandas daqueles que julgam que ninguém pode receber uma transferência do Estado - especialmente os pobres - sem prestar alguma contrapartida direta” (Medeiros, Britto & Soares, 2007: 18).

Para aqueles que seguem o pensamento liberal, o cumprimento das contrapartidas faz a vez da realização do trabalho, tornando o recebimento do benefício do Estado mais honrado. No caso brasileiro, a exigência de condicionalidades é determinante para a aceitação popular do Programa Bolsa Família. Estudo coordenado por L. Lavinias sobre o grau de aversão à desigualdade da população brasileira a partir dos resultados do Bolsa Família aponta que 68% dos entrevistados eram favoráveis ao cumprimento de contrapartidas nas áreas da saúde e educação por parte das crianças beneficiárias. A mesma pesquisa mostra que 56% dos investigados consideram que os adultos devem trabalhar em troca do benefício (Lavinias; Cobo *et al.*, 2012). Fica claro que para a população brasileira a exigência de contrapartidas em troca do recebimento do PBF exerce um papel moralizador.

Por sua vez, L. Lavinias atribui a incorporação das contrapartidas nos PTRC à política neoliberal. No contexto da redução do Estado de bem-estar social, os modelos de cobertura são focalizados ou sujeitos a provas de insuficiência econômica, com o objetivo de otimizar os dispêndios. Nesse sentido, uma das formas de focalização originada nos Estados Unidos da América na década de 1970, baseada na ideia de imposto negativo de Milton Friedman, foi oferecer incentivos fiscais como forma de incitar os pobres a trabalhar. Esse modelo, denominado “*workfare*”, oferece recompensas em troca do cumprimento de obrigações. Os PTRC da América Latina também foram fundados neste princípio de focalização. Entretanto, condicionar os benefícios sociais ao trabalho seria inviável devido à precariedade do mercado formal na região. Os países da América Latina não só

necessitavam de investimento para a geração de uma mão-de-obra que atendesse às novas demandas do mercado global, como possuíam déficits sociais gravíssimos. Deste modo, o desenho dos PTRC da região têm um “viés filantrópico: os custos impostos aos receptores – educação, atendimento aos centros de saúde- são na realidade benéficos a eles a longo prazo” (Lavinias, 2013 : 10, tradução nossa).

Outra questão que se coloca é sobre a efetividade das contrapartidas na quebra do ciclo da pobreza. Condicionar transferência de renda à frequência escolar e acompanhamento de saúde serão suficientes para que as famílias beneficiárias criem condições de superação da pobreza? Nas seções seguintes serão examinadas as justificativas para as escolhas das contrapartidas nas áreas da educação e saúde como eixos propulsores do desenvolvimento humano no país e os resultados de sua implementação até o momento.

3.2 CONTRAPARTIDAS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO

Conforme explicitado anteriormente, a concepção do Bolsa Família deu-se a partir da fusão dos PTRC do governo Fernando Henrique Cardoso, um dos quais o Bolsa Escola. Por sua vez, o Bolsa Escola originou-se da proposta apresentada pelo Partido dos Trabalhadores nas eleições de 1990, a qual relacionava transferência de renda mínima a educação. A proposta do PT partia do pressuposto que o motivo de impedimento da frequência escolar por crianças e adolescentes era a necessidade de trabalhar para complementar a renda familiar, ou o fato de famílias em condições de pobreza não atribuírem valor à educação. Portanto, através do pagamento de um benefício monetário, crianças e adolescentes não teriam que trabalhar para colaborar com a renda domiciliar e as famílias teriam um incentivo para enviá-las à escola, mesmo que não priorizassem a educação na formação de seus filhos (Silva; Yazbeck & Giovanni, 2012).

Handa e Davis inferem que a não priorização da educação está relacionada aos custos de oportunidade. Se a população pobre considerasse que investimento em educação pudesse gerar benefícios a longo prazo, o mesmo seria justificável sem que houvesse a necessidade de incentivos para frequência escolar. No entanto, quando a qualidade do

ensino é ruim, a frequência escolar não constitui-se obrigatoriamente em maior qualificação. Assim, mesmo após o término do ciclo escolar, as oportunidades de ingresso no mercado de trabalho, que supostamente levariam a maior geração de renda e a consequente saída da condição de pobreza, continuam limitadas (Handa e Davis, 2006).

Quanto à conjectura de que a transferência de renda suprimiria a necessidade do trabalho infantil para a complementação da renda doméstica, Brito e Kerstenetzky, após análise dos dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2006*, assinalam que a proporção de crianças entre 5 e 9 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família que exerceram algum trabalho no ano de referência era de 2,4%, enquanto a porcentagem de crianças não beneficiárias era de 1%. Já a proporção de crianças beneficiárias entre 10 e 15 anos que executaram algum trabalho na semana de referência da pesquisa era de 15,1%, valor significativamente maior que os 8,6% para o conjunto de não beneficiários com a mesma idade. Os resultados apresentados são opostos às expectativas dos formuladores do Bolsa Escola. As autoras do trabalho atribuem os resultados ao baixo valor do benefício concedido às famílias, que não demonstra ser suficiente para conter a necessidade de acréscimo de renda através do trabalho infantil (Brito & Kerstenetzky, 2011).

No contexto de implementação dos Programas de Transferência de Renda Condicionada imperava no Brasil e na América Latina o pensamento político e económico neoliberal, dentro do qual a formação de mão-de-obra apta a atender às novas demandas do mercado global assumia um importante papel (Silva, Yazbek e Giovanni, 2012:). Pode-se, assim, relacionar a contrapartida educacional à necessidade de aquisição de habilidades e conhecimentos necessários ao aumento da produtividade da mão-de-obra dos países em desenvolvimento e ao incremento de renda individual, soluções para problema da pobreza segundo a Teoria do Capital Humano.

A Teoria do Capital Humano foi concebida na década de sessenta, a partir dos trabalhos de Theodore W. Schultz. Tal teórico reconhece o capital humano como um dos fatores mais importantes para o crescimento da economia nacional, sendo o insumo associado à capacidade de força de trabalho. A teoria defende que o investimento em capital humano, através da educação, treinamentos, saúde e migração, é o elemento que mais influencia o aumento do salário dos indivíduos. A partir dessa concepção, a educação

passa a ser considerada como investimento que estimularia um conjunto de habilidades e destrezas, levando ao aumento da produtividade e elevação salarial, beneficiando a sociedade como um todo (Kwon, 2009).

Nesse sentido, através da exigência da contrapartida educacional para crianças e adolescentes, o Estado operaria como agente financiador do investimento em educação. O retorno desse investimento seria concretizado quando, após aquisição de habilidades e destrezas, o jovem tivesse seu trabalho valorizado e o vendesse no mercado. A. Pires critica esse entendimento, pois ele sujeita a valorização do processo educativo às forças do mercado, sem que haja consideração sobre a importância da educação na formação de indivíduos como um todo (Pires, 2013).

Quanto ao efeito do recebimento do Bolsa Família sobre a participação escolar, Brauw *et al.* computam um aumento pouco significativo (4,5 pontos percentuais) entre o total de crianças em idade escolar (6-17 anos) do universo amostral calculado a partir de dados da Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – AIBF-I (2005) e da AIBF-2 (2009), conforme a tabela a seguir¹²:

Tabela II

**Impacto do Bolsa Família na probabilidade de frequentar a escola
(pontos percentuais)**

Total de participação	Total	Rural	Urbana	Nordeste	Demais regiões brasileiras*
6-17 anos	0,045	0,074	0,033	0,143	-0,017
6-14 anos	0,030	-0,003	0,021	0,092	-0,022
15-17 anos	0,073	0,149	0,064	0,166	-0,008

Fonte: Brauw *et al.* 2014: 14

*Demais regiões brasileiras exceto a região Nordeste

¹² Os resultados do estudo são baseados em estimativas de diferença única dos resultados em nível individual mensurados em 2009 (na Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família- AIBF 2), utilizando estimativas do peso de propensão de pontuação (tradução livre do inglês *propensity score weights*) em nível doméstico nos fatores observáveis de 2005 (na AIBF -1)(Braw *et. al* 2014 : 13).

O estudo mostra que o PBF exerce maior impacto nas áreas rurais e na região Nordeste, notavelmente são estas as zonas de maior pobreza no Brasil. Na área rural, o benefício do Bolsa Família aumenta em 7,4 pontos percentuais as chances de crianças entre 6-17 anos frequentarem a escola, taxa que sobe para 14,9 pontos entre jovens de 15 a 17 anos. Na região Nordeste o efeito do Programa é significativo, elevando em 14,3 pontos percentuais a probabilidade de participação escolar entre crianças de 6 a 17 anos e em 16,6 pontos para as faixas etárias entre 15 a 17 anos (Brauw *et al.*, 2014).

Diferentemente do quadro imperante no período da criação do Bolsa Escola, a frequência escolar não é hoje uma questão preocupante no Brasil. Em 1995, quando surgiram os primeiros programas regionais de transferência de renda condicionada a contrapartidas na área da educação, a taxa de escolarização das crianças entre 7 a 14 anos era de 90,2% (IBGE, 2015). Em 2013, de acordo com dados da PNAD, 98,4% das crianças entre 6 a 14 anos de idade frequentavam escola (IBGE, 2013). Os dados mostram que matrícula escolar está praticamente universalizada para a faixa etária de escolaridade obrigatória.

Brauw *et al.* também mediram o impacto do Bolsa Família sobre a progressão escolar, repetência e abandono. Os resultados são apresentados na tabela abaixo:

Tabela III

**Impacto do Bolsa Família sobre a progressão escolar, repetência e abandono escolar
(pontos percentuais)**

Faixa etária	Total	Rural	Urbana	Nordeste	Demais regiões brasileiras*
Progressão escolar					
6-17 anos	0,039	0,104	0,017	0,093	0,004
6-14 anos	0,002	-0,027	-0,003	0,032	-0,029

As contrapartidas do Programa Bolsa Família

15-17 anos	0,112	0,201	0,086	0,127	0,095
Repetência					
6-17 anos	-0,013	-0,023	-0,007	0,027	0,001
6-14 anos	0,014	0,064	0,000	0,013	0,011
15-17 anos	-0,058	-0,098	-0,041	<0,001	-0,118
Abandono escolar					
6-17 anos	-0,027	-0,08	-0,009	-0,092	0,023
6-14 anos	-0,016	-0,037	0,003	-0,044	0,017
15-17 anos	-0,054	-0,014	-0,045	-0,128	0,024

Fonte: Brauw *et al.* 2014: 15 e 16

*Demais regiões brasileiras exceto a região Nordeste

O efeito do PBF sobre a progressão escolar é baixo, representado um aumento de 3,9 pontos percentuais para o total de crianças entre 6 a 17 anos que recebem o benefício do programa. Entretanto, o baixo impacto para a progressão e repetência podem ser atribuídos a política de progressão continuada para o Ensino Fundamental¹³, sob a qual a prática da reprovação, salvo poucas exceções, foi banida. Nas áreas rurais, para a faixa etária entre 15 a 17 anos, a amplificação da progressão escolar corresponde à diminuição do abandono. Para o mesmo grupo etário nas demais regiões do país, o incremento da progressão reverte-se no decréscimo da repetência e nas áreas urbanas o impacto do Programa resulta num fraco aumento da progressão e redução pouco significativa na reprovação e abandono escolar (Brauw *et al.*, 2014).

Mesmo que de baixo impacto, os resultados observados não podem ser necessariamente atribuídos à exigência de contrapartidas. Medeiros, Britto e Soares observam que em famílias beneficiadas por programas sem condicionalidades, como o Benefício de Prestação

¹³ Freqüentam o Ensino Fundamental crianças entre 6 e 14 anos.

Continuada e a aposentadoria rural, a transferência de renda por si própria resultou em efeitos positivos sobre a escolaridade das crianças (Medeiros, Britto e Soares, 2007).

Deve-se considerar que a contrapartida em educação do Bolsa Família exige matrícula e a frequência escolar de crianças e adolescentes, fatores que isoladamente são insuficientes para a construção de capital humano. Na concepção dos PTRC, investimentos em educação e seus resultados são conhecidos mas o percurso é desconsiderado. Essa escolha parte do pressuposto que quanto mais anos um indivíduo passa na escola maior será seu benefício em termos de ganhos económicos. Porém, desconsidera a qualidade do ensino. Em países onde esses programas são implementados, a qualidade da educação oferecida é deficiente em diversas dimensões: baixa qualificação e abstenção de educadores, falta de infraestrutura, falta de material didático, etc. . O oferecimento de incentivos financeiros pode manter o aluno na escola mas não modifica as condições que ocasionam a reprovação, abandono escolar ou a não aquisição de conhecimentos (Reimers, Silva & Trevino, 2006).

Dentre os 36 países avaliados pelo Programa Internacional de Avaliação de Estudantes¹⁴ da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE, em 2012, quanto à aquisição de conhecimentos e habilidades essenciais para a plena participação nas sociedades modernas, o Brasil apresentou o pior desempenho, revelando a debilidade da qualidade de ensino (OECD,2013). Assim, as contrapartidas em educação não asseguram a construção de capital humano. Para isto, seria fundamental o investimento na melhoria qualidade da educação no país. Mecanismos de apoio voltados para crianças assistidas pelo programa, como reforço escolar e jornada ampliada, seriam recursos propostos para a melhoria da qualidade de ensino nas escolas públicas brasileiras, todavia eles não fazem parte do desenho do Bolsa Família (Rocha, 2012).

¹⁴ Em inglês, *Programme for International Student Assessment* - PISA.

3.3 CONTRAPARTIDAS NA ÁREA DA SAÚDE

Para analisar as contrapartidas do Bolsa Família na área da saúde, é importante notar que as mesmas são voltadas para uma parcela restrita dos beneficiários do Programa: gestantes, nutrízes e crianças na primeira infância (entre 0 a 6 anos). A focalização nesse grupo revela que tais contrapartidas visam especialmente favorecer o desenvolvimento infantil e melhora da saúde de gestantes. Tais objetivos podem ser explicados pela ótica da Teoria do Capital Humano e/ou pelas metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Sob a perspectiva da acumulação de capital humano, a primeira infância é tida como momento crucial para a intervenção, já que o cérebro se desenvolve com mais intensidade nos primeiros anos de vida, determinando a capacidade cognitiva e produtiva do futuro adulto (Pen, 2002). A saúde tem efeito direto e indireto sobre a formação de capital humano: direto porque pessoas doentes tendem a ser menos produtivas, o que conseqüentemente afeta seus salários, assim como a renda agregada da economia; e indireto, pois a qualidade da saúde e nutrição influenciam na capacidade cognitiva do indivíduo, que, por sua vez, afeta o processo educativo e de treinamento (Tejado, Jacinto & Santos, 2012).

Neste sentido, é necessário ressaltar a influência da boa nutrição como um dos principais contribuintes para o desenvolvimento físico, motor e cognitivo das crianças, em especial daquelas na faixa etária entre 0 e 5 anos. Assim, saúde e nutrição são elementos correlacionados. A desnutrição está entre as principais causas de déficits no desenvolvimento, mortalidade em crianças menores de cinco anos e ocorrência de doenças crônicas em outras fases da vida (Jaime *et al.*, 2014).

Também é possível relacionar as contrapartidas na área da saúde aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O programa Bolsa Alimentação, do qual tais contrapartidas são oriundas, foi lançado em 2001 após estabelecimento dos ODM, em setembro de 2000, quando 189 nações, incluindo o Brasil, firmaram o compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Silva, Yazbek e Giovanni apontam que iniciativas locais priorizam em seus objetivos a permanência na escola e a garantia de renda mínima

(Silva, Yazbek e Giovanni, 2012). Portanto, diferentemente do Bolsa Escola, o lançamento de um Programa de Transferência de Renda federal diretamente vinculado à melhoria da qualidade da saúde não teve como principal impulso a pressão interna. Podemos assim atribuir a criação do Bolsa Alimentação à mobilização internacional em torno do tema.

Reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna são, respectivamente, o quarto e o quinto ODM. Os dados brasileiros para os dois objetivos no ano de referência (1990) eram alarmantes: a taxa de mortalidade infantil¹⁵ era de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos¹⁶, era de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2011, as taxas foram reduzidas e os objetivos estabelecidos alcançados antes da data prevista (2015): a relação de mortes de crianças com menos de um ano de idade passou para 15,3 óbitos por mil nascidos; e a taxa de mortalidade na infância caiu para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos. A queda das taxas é atribuída à melhora nas condições sanitárias e sociais da população, em especial, por meio de ações como a estratégia de Saúde da Família e do Programa Bolsa Família (Ipea & SPI/MP, 2014). Rasella *et al.*, estimam que o Bolsa Família contribuiu para a diminuição de 19,4% da taxa de mortalidade infantil no Brasil no período entre 2004 e 2009. Dentre as causas de morte associadas à pobreza, a mortalidade por diarreia apresentou queda de 46% e por desnutrição diminuiu em 58,2% (Rasella *et al.*, 2013).

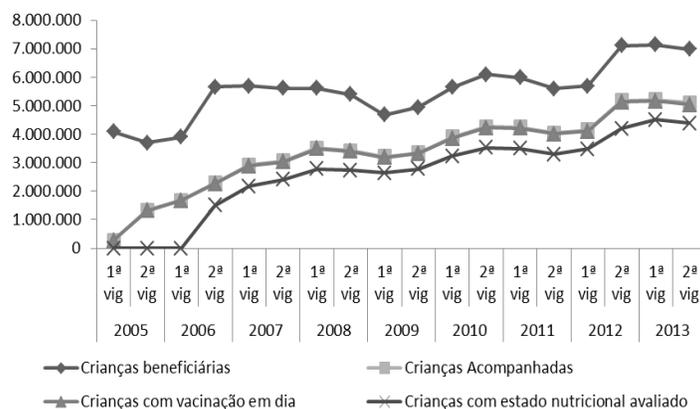
O conjunto de contrapartidas na área da saúde prevêem a vacinação e o acompanhamento nutricional das crianças menores de sete anos. Através do exame da Figura 3, observa-se que 73,07% das crianças beneficiárias foram acompanhadas, das quais 98,7% estavam com o calendário vacinal em dia e 85,9% tiveram os dados nutricionais coletados, resultados considerados satisfatório pelos autores do estudo (Lima *et al.*, 2014).

¹⁵ Taxa de crianças mortas com menos de um ano.

¹⁶ Taxa de mortalidade na infância

FIGURA 3

Número de crianças beneficiárias do PBF, acompanhadas, com vacinação em dia e com dados nutricionais coletados 2005-2013 (pontos percentuais)



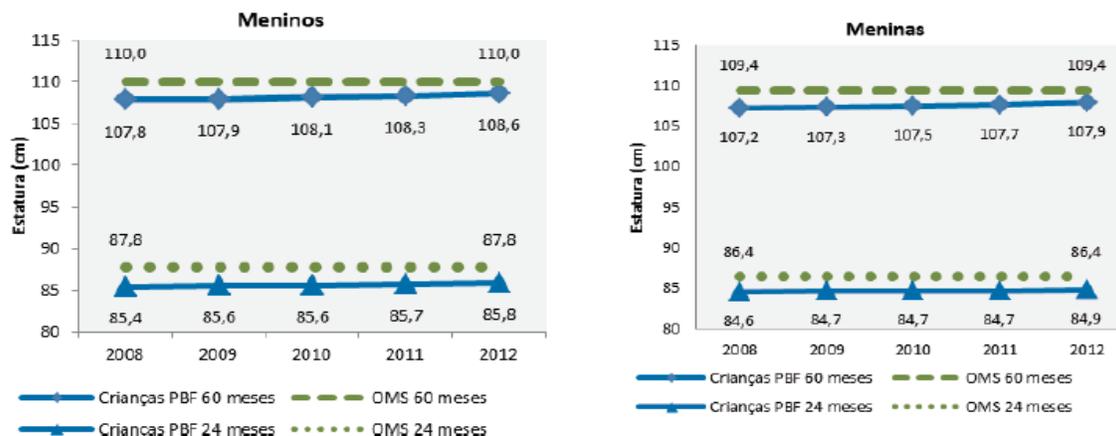
Fonte: Lima *et al* 2014: 32

Jaime *et al* realizaram um estudo sobre o estado nutricional das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família entre 2008 e 2012. Para tanto, tomaram como referência o valor médio anual estipulado pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

A Figura 4 mostra crescimento do valor médio anual da estatura das crianças receptoras do PBF, aproximando-se da média estabelecida pela OMS. O aumento da estatura chega a 0,80 cm entre os meninos e 0,70 cm entre as meninas de 60 meses de idade. Para crianças com até 24 meses, o crescimento no período foi de 0,40 cm entre os meninos e 0,30 cm entre as meninas. Já na análise do peso médio anual das crianças beneficiárias (Figura 5), constatou-se aumento de 0,4kg para crianças de 60 meses em ambos os sexos. Os beneficiários de 24 meses obtiveram um aumento sutil de 0,1 kg entre os meninos e 0,2 kg entre as meninas. O aumento na estatura e peso das crianças beneficiárias do Bolsa Família acompanhadas nas condicionalidades de saúde mostram que as contrapartidas são relevantes para a melhoria da condição nutricional e de saúde do grupo de beneficiários mais vulnerável, o grupo infantil.

FIGURA 4

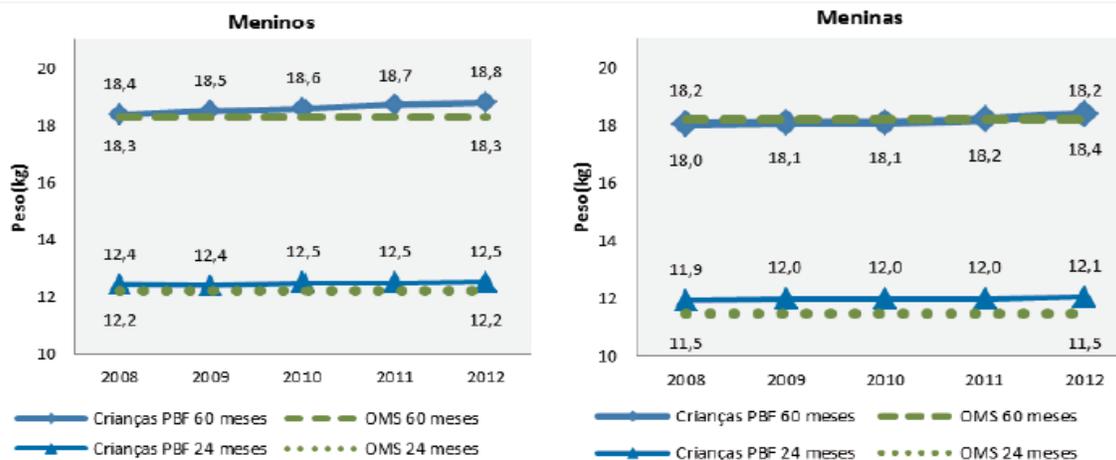
Estatura média das crianças de 24 meses e de 60 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas nas contrapartidas de saúde 2008-2012



Fonte: Jaime *et al.* 2014: 56

FIGURA 5

Peso médio (kg) das crianças de 24 meses e de 60 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas nas contrapartidas de saúde 2008-2012



Fonte: Jaime *et al.* 2014: 57

Quanto ao ODM 5, melhora da saúde materna, foram estabelecidas duas metas globais. O Brasil enfrenta dificuldades em alcançar a META A (reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990). Contudo, avanços foram obtidos até 2011, sendo a taxa de mortalidade materna reduzida em 55%. O governo brasileiro justifica a dificuldade de diminuição da mortalidade materna ao elevado número de partos cesáreos realizados no Brasil. Segundo o mesmo, chance de morte em partos cesáreos é 3,5 vezes maior que a de partos normais. A META B (universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva), em 2011, estava prestes a ser alcançada. Até a data, 99% dos partos eram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde e 90% das gestantes realizaram quatro ou mais consultas pré-natais (Ipea & SPI/MP, 2014).

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das mães e crianças beneficiárias do PBF, em 2011, foi implementado o Benefício Variável Gestante para gestantes que realizam o acompanhamento pré-natal. Durante toda a gravidez devem ser realizados exames laboratoriais que visam identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à gestante ou ao bebê. Segundo dados do MDS, no período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013, o percentual de beneficiárias grávidas que iniciaram o acompanhamento aumentou em 60%, colaborando para a concretização da META B (MDS, 2015).

A adesão às contrapartidas na área da saúde é mais dificultosa quando comparada às contrapartidas na educação, fato atribuído: a pouca difusão da informação sobre o retorno econômico do investimento em saúde; as dificuldades de acesso aos serviços; ou até mesmo pela existência de medo ou atitude hostil com respeito à medicina moderna, por questões psicológicas ou culturais. Nesse sentido, há uma falha de mercado com relação aos cuidados básicos com a saúde, criando a necessidade de intervenção, através da exigência de contrapartidas, para que os beneficiários busquem pelos serviços (Handa & Davis, 2006). Faz-se então necessário examinar os fatores que influenciam tal resistência.

Poderíamos considerar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde como um dos fatores de objeção a procura por serviços de saúde. Entretanto, segundo dados da PNAD, das pessoas que buscaram atendimento de saúde em 2008, 96,3% foram atendidas na primeira vez, dentre as quais 94,5% possuíam renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (IBGE,

2010). Assim, Paim *et al.* atribuem a resistência à procura por serviços de saúde à má qualidade dos serviços oferecidos, conforme o trecho a seguir: “(...) talvez adiem a decisão de buscar cuidado de saúde em função das experiências negativas para obter atendimento no passado ou relacionadas ao cuidado que receberam” (Paim *et al.*, 2011).

Da mesma forma que acontece no setor educacional, a qualidade da atenção à saúde no Brasil é um grave desafio a ser solucionado. Há uma grande ocorrência de efeitos adversos¹⁷ evitáveis, cerca de 67%, muitos dos quais atribuídos a medicamentos (Paim *et al.*, 2011). De Negri calcula um déficit de 420.000 leitos em serviços de urgência, ocasionando sobrecarga de profissionais, retardo no atendimento e consequente piora no prognóstico clínico (De Negri, 2014). Segundo Lima *et al.* o número de famílias beneficiárias do PBF aumentou de 33 mil famílias em 2005 para 8,6 milhões em 2013, fator que pode agravar as dificuldades na prestação do serviço de saúde (Lima *et al.*, 2014). Todavia, não foram encontrados estudos empíricos que calculem o impacto do Bolsa Família na qualidade da prestação dos serviços de saúde pública do Brasil.

Lima *et al.* constataram que 22% das famílias beneficiárias do PBF não realizavam acompanhamento, sem que se saiba se essa população teve acesso a serviços básicos de saúde (Lima *et al.*, 2014). Uma vez constatado o não cumprimento das contrapartidas, cabe ao Estado promover apoio para que essas famílias saiam da situação de vulnerabilidade. Contudo, para os beneficiários acompanhados, os resultados verificados foram positivos, o que demonstra a efetividade da imposição das contrapartidas para melhoria das condições de saúde da população, consequente acumulação de capital humano e consolidação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

¹⁷ Gallotti define efeitos adversos como “complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base” (Gallotti 2014: 114).

4. CONCLUSÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA

Nesta pesquisa analisou-se as contrapartidas do Programa Bolsa Família, um programa brasileiro de transferência de renda direta, subordinada ao atendimento a serviços de saúde e educação. O Bolsa Família é resultado da unificação de uma série de Programas de Transferência de Renda Condicionada implementados no Brasil na década de 1990 após adoção das reformas estruturais impostas pelas instituições de Bretton Woods, as quais recomendavam a redução da proteção social e a adesão de medidas focalizadas na população pobre.

Os PTRC possuem dois objetivos: a curto prazo propiciariam o alívio imediato da pobreza através da transferência monetária direta e por meio da exigência de contrapartidas, facilitariam o acúmulo de capital humano, que resultaria a longo prazo na melhoria econômica das famílias receptoras, possibilitando assim a ruptura do ciclo da pobreza entre as gerações. No entanto, a requisição das contrapartidas e a sua efetividade em cessar a pobreza intergeracional é objeto de divergências entre estudiosos.

As diversas percepções sobre o tema motivaram a realização desta investigação. Nela buscou-se compreender de que forma as contrapartidas em saúde e educação do Programa Bolsa Família são capazes de promover a acumulação de capital humano. Para tanto, examinou-se a incorporação dos Programas de Transferência de Renda ao Sistema de Proteção Social do Brasil, a configuração dos PTRC brasileiros, os preceitos que fundamentaram a exigência de contrapartidas em troca do recebimento de benefício financeiro e o porquê das áreas da educação e saúde terem sido eleitas como eixos propulsores de desenvolvimento.

Embora o Bolsa Família seja o maior Programa de Transferência de Renda Condicionada do mundo, a investigação sobre o tema das contrapartidas é dificultada pelo limitado leque de evidências sobre seus impactos. Até o momento de finalização desta dissertação, estava disponível ao público um número restrito de dados de pesquisas domiciliares longitudinais e de avaliações sobre o efeito de componentes específicos do Programa. Para uma investigação futura, seria relevante a realização de pesquisas que pudessem ponderar a relação entre benefícios e custos do controle das contrapartidas do

PBF em todo o país; mensurar o peso dos beneficiários do Bolsa Família no aumento da demanda por serviços de educação e saúde; estimar a quantidade de beneficiários que não cumprem as contrapartidas devido a deficiência do Estado em garantir acesso aos serviços sociais básicos. Somente após o esclarecimento destas questões será possível determinar a validade da exigência de contrapartidas em troca do auxílio monetário do Programa.

Quanto à eficácia das condicionalidades em promover a acumulação de capital humano no Brasil, o presente estudo conclui que as contrapartidas em educação não atendem ao objetivo proposto. As contrapartidas tiveram baixo impacto sobre a probabilidade de frequência escolar, apenas 4,5 pontos percentuais (Brauw *et al.* 2013), e não consideram a qualidade do ensino oferecido. Os incentivos financeiros podem manter o aluno na escola, porém não modificam as condições que ocasionam na reprovação ou a má qualidade do ensino, elementos cruciais para que o investimento em educação resulte em acumulação de capital humano.

Entretanto, compreende-se que as contrapartidas na área da saúde mostram-se mais eficazes em incitar tal acumulação. À parte as dificuldades de acesso e a qualidade dos serviços prestados, considera-se que haja *a priori* resistência à procura por serviços de saúde, criando a necessidade de intercessão para que beneficiários sujeitem-se ao acompanhamento na área. Ademais, as contrapartidas em saúde estão focadas em promover o desenvolvimento infantil e, sob a perspectiva da acumulação de capital humano, a primeira infância é o momento crítico de intervenção, determinando a capacidade cognitiva e produtiva do futuro adulto. As contrapartidas demonstraram-se efetivas sobre a melhoria da saúde dos beneficiários, reduzindo em 58,2% (Rasella *et al.*, 2013) a mortalidade infantil ligada a desnutrição e aumentando em 60% o acompanhamento pré-natal (MDS, 2015).

É importante considerar que isoladamente a acumulação de capital humano não promove a ruptura do ciclo da pobreza. A Teoria do Capital Humano subjugou os fatores estruturais que condicionam indivíduos a viver em situação de pobreza, atribuindo-os a falhas individuais. Como se, uma vez aptos a participar do mercado global, a população pudesse encontrar nele o apoio necessário para romper com as desigualdades imperantes há séculos no Brasil. Hoje o país passa por um momento de crise econômica e fica evidente que a

proteção social oferecida pelo Estado sobre a forma de PTRC, num contexto de inflação, não é suficiente para livrar a população dos limiares de pobreza e indigência, o que torna a redução da pobreza a longo prazo ainda mais improvável caso não haja investimento real na provisão de serviços universais de bem-estar social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranha, A. (2010). Fome Zero: Um projeto transformado em estratégia de governo. In: José Graziano da Silva; Mauro Eduardo Del Grossi; Caio Galvão de França. *Fome Zero: A Experiência Brasileira*. 1ª edição. Brasília: MDA. pp. 85 a 110.

Brauw, A; Gilligan, D. O; Hoddinott, J e Roy, S. (2014). *The Impact of Bolsa Família on Schooling: Girls Advantage Increases and Older Children Gain*. International Food Policy Research Institute. IFPRI Discussion Paper 01319. Washington DC. Janeiro de 2014.

Brito, A. e Kerstenetzky, C. (2011). *Beneficiários do Programa Bolsa Família e Mercado de Trabalho: Considerações Metodológicas e Substantivas*. Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento. Texto para Discussão 21. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense. [Em linha].Disponível em: http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD21_1.pdf. Acesso em 23 de junho de 2015.

CEPAL (2015). *Base de Dados de Programas de Proteção Social não contributiva da América Latina e Caribe*. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. [Base de Dados].

Cobo, B. (2012). *Políticas Focalizadas de Transferência de Renda: contextos e desafios*. 1ª Ed. São Paulo: Cortez.

De Negri F. A & Barbosa, Z. (2014). O papel do hospital na rede de atenção à saúde – elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. *Consensus* 11.[Em linha]

Disponível: <http://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/>. Acesso em 23 em julho de 2015.

Draibe, S. (2003). A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social–USP* 15 (2), 63-101.[Em linha].Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702003000200004&script=sci_arttext.

Acesso em 13 de agosto de 2015.

Gallotti, R. M. D. (2004). Eventos adversos: o que são?. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 50 (2), 114-114.[Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20754.pdf>.

Acesso em 23 de julho de 2015.

Handa, S. & Benjamin, D. (2006). The Experience of Conditional Cash Transfers in Latin America and the Caribbean. *Development Policy Review.* 24 (5): 513-536.

IBGE (2010). *Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. [Base de dados]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PN_AD_2008_saude.pdf. Acesso em 9 de setembro de 2015.

IBGE (2013). *Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira*. 1ª edição. 32. Rio de Janeiro: 2013. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em 9 de setembro de 2015.

IBGE (2014). *PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasil e Síntese de Indicadores 2013*. [Base de dados]. Novembro de 2014. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Em linha]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm. Acesso em 02 de junho de 2015.

IBGE (2015). *Séries Históricas e Estatísticas: taxa de escolarização das pessoas de 5 a 25 anos, por grupos de idade*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Base de dados]. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=7&op=2&vcodigo=IU34&t=taxa-escolarizacao-pessoas-5-24-anos>. Acesso em 30 de junho de 2015

Ipea (2015). *Ipeadata: Base de dados e indicadores sociais*. [Base de Dados] Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Ipea (2015). *Metodologia na determinação das linhas de pobreza e indigência*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Ipea & SPI/MP (2014). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimento. 208.

Jaime, P. C *et al.* (2014). Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: Análise Transversal e Painel Longitudinal de 2008 a 2012. In: Sousa, M . F. de; Ximenes, D. A & Jaime, P. C. *Resultados, avanços e desafios das*

condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. N. 17. Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005. 64 p.; 28cm.

Kwon, D. (2009). *Human Capital and its Measurement* .The 3rd OECD World Forum on “Statistics, Knowledge and Policy”. Charting Progress, Building Visions, Improving Life. Busan, Korea - 27-30 October 2009. Organization for Economic Co-operation and Development. Publishing. [Em linha]. Disponível em: <http://www.oecd.org/site/progresskorea/44109779.pdf>. Acesso em 26 de junho de 2015.

Lavinas, L; Cobo, B; Veiga, A e Waltenberg, F. (2012). *Medindo o Grau de Aversão à Desigualdade da População Brasileira - um survey nacional*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia.[Em linha] Disponível em: http://oglobo.globo.com/arquivos/pais_relatorio_finep_desigualdade.pdf. Acesso em 13 de agosto de 2015.

Lavinas, L. (2013). 21st Century Welfare. *New Left Review* 84, 5-40. [Em linha]. Disponível em: <http://newleftreview.org/II/84/lena-lavinas-21st-century-welfare>. Acesso em 17 de julho de 2015.

Lemos, R. e Pinheiro, L. (2013).Análise do programas de transferência de renda no Brasil Bahia. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/26/renda-brasil.htm>. Acesso em 12 de junho de 2015.

Lima, A. M. C. *et al.* (2014). O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. In: Sousa, M . F. de; Ximenes, D. A e Jaime, P. C. *Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família*. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate 17, 49 a 64. Brasília : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

Magro, A. N. e Reis, C. N. (2011). Os Programas de Transferência de Renda da América Latina: panorama de experiências em desenvolvimento. *Observatório Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social* 5 (10) .[Em linha]. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/oidles/10/nmnr.htm>. Acesso em 9 de setembro de 2015.

MDS (2004). *Análise comparativa de programas de proteção social 1995 a 2003*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. [Em linha]. Disponível em: http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAnalise_comparativa_protecao_social.pdf. Acesso em: 9 de junho de 2015.

MDS (2015). *Benefícios* . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. [Em linha]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios>. Acesso em 26 de agosto de 2015

MDS (2015). *Bolsa Família: gestantes começam pré-natal mais cedo*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. [Em Linha]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2015/abril/bolsa-familia-gestantes-comecam-pre-natal-mais-cedo>. Acesso em 22 de julho de 2015.

MDS (2015). *Condicionalidades*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [Em linha]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>. Acesso em 26 de agosto de 2015..

Medeiros, M; Britto, T. e Soares, F. (2007). *Programas Focalizados de Transferência de Renda no Brasil: Contribuições para o Debate..* Texto para Discussão 1238. Brasília: Ipea

Menezes, F; Brait-Poplawaki. L e Santarelli, M. (2012). *Elementos do Sistema não Contributivo de Seguridade Social no Brasil: Plano Fome Zero ao Plano Brasil Sem Miséria*. Stuttgart: Brot für die Welt & Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) [Em linha]. Disponível em: https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Analyse/analyse_33_portugiesisch_Elementos_da_Seguridade_Social_no_Brasil.pdf. Acesso em 9 de setembro de 2015.

Monnerat *et al.* (2007). Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família *Ciência e Saúde Coletiva* 12 (6), 1453-1462. [Em linha]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600008. Acesso em 9 de setembro de 2015.

OECD (2013). *How's Life? 2013: Measuring Well-being*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Publishing. [Em linha]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/how_life-2013-6-en. Acesso em 1 de julho de 2015.

Oppenheimer, J e Carvalho, L. F. (1998). *Desenvolvimento económico e democracia política no contexto do ajustamento estrutural em África*. Documento de Trabalho: CESA 40, 28. Lisboa.

Paim, J *et. al* (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011:11-31. DOI: 10.1016/S0140-6736 (11) 60054-8. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf. Acesso em 23 de julho de 2015.

Pen, H. (2002). The World Bank's View of Early Childhood. *Sage Publications* 9 (1), 118–132. London, Thousand Oaks and New Delhi.

Pereira, P. (2011). *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 6 ed. São Paulo: Cortez.

Pires, A. (2013). Afinal, para que servem as condicionalidades em educação do Programa Bolsa Família? *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação* 21(80), 513-532. Rio de Janeiro. [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v21n80/a07v21n80>. Acesso em 9 de setembro de 2015.

Rasella, D *et al*. (2013). Effect of a conditional cash transfer programme on childhood 70 mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. 382 (8), 57-64.

Reimers, F; Silva, C e Trevino, E. (2006). *Where is the “Education: in Conditional Cash Transfers in Education?”. UIS Working Paper 4*. Montreal: UNESCO. [Em linha].

Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001476/147635e.pdf>. Acesso em 9 de setembro de 2015.

Rocha, S. (2007). Os “Novos” Programas de Transferências de Renda: impactos possíveis sobre a desigualdade no Brasil. In: Barros, R. P; Foguel, M. N & Ulyssca, G. *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente 2*, 552. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Abertura.pdf>. Acesso em 9 de setembro de 2015.

Rocha, S. (2013). *Transferência de Renda no Brasil. O fim da pobreza?*, 1ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Silva, M. O; Yazbek, M. C e Giovanni, G. (2012). *A política social brasileira no século XXI: prevalência dos programas de transferência de renda*. 6ª Ed. São Paulo: Cortez.

Soares, S. (2012). *Bolsa Família, its design, its impacts and possibilities for the Futures*. International Policy Centre for Inclusive Growth. Working Paper number 89. Brasília. Fevereiro, 2012. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper89.pdf>. Acesso em 9 de setembro de 2015.

Soares, S. *et al.* (2007). *Conditional Cash Transfers in Brazil, Chile and México: Impacts upon Inequality*. International Poverty Centre for Inclusive Growth. Working Paper 35. Brasília. Abril, 2007.[Em linha]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper35.pdf>.

Sousa, M . F. de; Ximenes, D. A e Jaime, P. C (2014). *Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família*. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. 17, 64. Brasília,,: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

Tejada, C. O; Jacinto, P. e Santos, A. (2012). Pobreza e saúde: evidências de causalidade em um painel de dados para o Brasil. *Estudos Econômicos* 42 (2) 229-261. São Paulo.[Em linha].Disponível em: http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/XI_ANPEC-Sul/artigos_pdf/a2/ANPEC-Sul-A2-17-pobreza_e_saude_evidenci.pdf. Acesso em 9 de setembro de 2015.

Veloso, F. A; Villela, A e Giambiagi, F. (2007). *Determinantes do milagre econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto para discussão 1273. Rio de Janeiro. Abril 2007.