

UniCEUB – Centro Universitário de Brasília
FAJS – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais

Breno Dias Oliveira

O Programa Bolsa Família como instrumento de efetivação de direitos sociais:
Uma análise das condicionalidades de saúde

Brasília
2015

Breno Dias Oliveira

O Programa Bolsa Família como instrumento de efetivação de direitos sociais:

Uma análise das condicionalidades de saúde

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Aline Albuquerque de Oliveira

Brasília

2015

Breno Dias Oliveira

O Programa Bolsa Família como instrumento de efetivação de direitos sociais:

Uma análise das condicionalidades de saúde

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Aline Albuquerque de Oliveira

Brasília, 15 de junho de 2015.

Banca Examinadora

Prof.^a Aline Albuquerque de Oliveira
Orientadora

Prof.^a Aléssia Chevitarese
Examinadora

Prof.^a Betina Silva
Examinadora

RESUMO

O presente trabalho aborda os programas de transferência de renda, que constituem diretriz de política pública relevante adotada em diversos países para reduzir a pobreza e extrema pobreza e ampliar o bem estar social. Particular ênfase é conferida à análise do Programa Bolsa Família e aos seus impactos sobre o perfil de distribuição de renda do país e a provisão de bens públicos essenciais. Enquanto objetivo central deste trabalho, tem-se o exame da efetividade das condicionalidades associadas aos indicadores de saúde sob o prisma teórico-normativo do direito à saúde. A pesquisa é desenvolvida a partir de revisão bibliográfica, visando examinar os postulados teóricos sobre os programas de transferência de renda e os preceitos da literatura especializada sobre o direito à saúde. Ademais, realiza-se análise documental, mediante sistematização das diversas informações disponíveis sobre o assunto para pautar a avaliação do impacto das condicionalidades de saúde. Os resultados das aludidas condicionalidades de saúde são analisados a partir dos indicadores de saúde, os quais abrangem aqueles referentes a desnutrição infantil, baixo peso ao nascer (BPN), índice de cobertura de vacinação, acompanhamento pré-natal, serviços assistenciais básicos de saúde e índice de mortalidade infantil. Conclui-se que apesar da melhoria dos indicadores de saúde referentes aos beneficiários do PBF, remanescem desafios atinentes aos padrões de acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Transferência de renda. Condicionalidades. Direito à saúde. Bolsa Família.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
1. FUNDAMENTO TEÓRICO E ABORDAGEM COMPARATIVA DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA.....	8
1.1. O PAPEL DO ESTADO NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS.....	8
1.2. COMPARAÇÃO ENTRE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA.....	13
1.2.1. Programas de Transferência de Renda Condicionada e Incondicionada.....	13
1.2.2. Arcabouço dos Programas de Transferência de Renda utilizados em diversos países...14	
1.2.3. Adoção de Programas de Transferência de Renda em países desenvolvidos.....	16
1.2.4. Adoção de Programas de Transferência de Renda nos países em desenvolvimento.....	17
2. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	22
2.1. HISTÓRICO.....	22
2.2. MARCO NORMATIVO.....	24
2.2.1. Objetivos.....	25
2.2.2. Benefícios.....	25
2.2.3. Condicionalidades.....	27
2.3. OPERACIONALIZAÇÃO.....	29
2.4. RESULTADOS GERAIS.....	31
3. CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	34
3.1. O DIREITO À SAÚDE.....	34
3.1.1. Direito à saúde como direito humano.....	34
3.1.2. Direito à saúde na Constituição Federal de 1988.....	37
3.1.3. Organização do Sistema Único de Saúde.....	39
3.1.4. Elementos do direito à saúde.....	41
3.1.5. Tipologia das obrigações estatais no campo da saúde.....	42
3.1.6. Monitoramento e avaliação: indicadores.....	45
3.2. CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA ÁREA DE SAÚDE.....	46
3.2.1. Acompanhamento das condicionalidades.....	46
3.2.2. Resultados dos indicadores de saúde: evidências da literatura.....	48
3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA À LUZ DO ARCABOUÇO TEÓRICO DO DIREITO À SAÚDE.....	52

CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	58

INTRODUÇÃO

A presente monografia aborda os programas de transferência de renda, que têm integrado o rol de diretrizes de políticas públicas de diversos países, sob a justificativa de reduzir a pobreza e extrema pobreza, bem como prover renda mínima para assegurar padrões dignos de coexistência aos beneficiários. Tais transferências podem caracterizar-se pela incondicionalidade, ou seja, independem de corresponsabilidade dos beneficiários, ou podem estar condicionadas ao cumprimento de condições específicas e corresponsabilidades, tais como nível mínimo de frequência à escola ou visita periódica ao centro de saúde.

Em particular, é conferida ênfase ao Programa Bolsa Família (PBF), instituído pelo Governo Federal, por meio da edição da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Como recorte analítico, este trabalho examina a efetividade das condicionalidades associadas aos indicadores de saúde do PBF sob o prisma teórico-normativo do direito à saúde.

A metodologia utilizada no estudo consignou exame bibliográfico sobre a matéria. Nesse sentido, investigou-se a literatura correlata ao tema, i.e., a contribuição de diferentes autores sobre o objeto de análise, com o intuito de sistematizar a abordagem especializada sobre os programas de transferência de renda. Em adição, a investigação e análise do tema contemplou pesquisa documental, com vistas a sistematizar as diversas informações disponíveis sobre o assunto e conformá-las sob um prisma de análise de impacto de programas e políticas públicas.

O primeiro capítulo apresenta levantamento acerca dos fundamentos teóricos da participação do Estado na alocação de recursos da qual emerge, ademais da função de promoção da eficiência econômica, a função redistributiva de renda e de provisão de bens públicos, como aqueles relacionados à saúde e à educação. A literatura examinada contempla as diferentes correntes de pensamento econômico, passando pelos autores clássicos como Adam Smith, Malthus e Marx, bem como autores modernos como Keynes e Buchanan.

Nesse contexto, as transferências de renda aparecem como diretriz peculiar de política pública, para equalizar a renda e promover bem estar de segmentos da população em situação de pobreza ou extrema pobreza e, portanto, de vulnerabilidade social. A literatura econômica aponta também que os sistemas de proteção social, instituídos a partir de ações inseridas em iniciativas do chamado Estado do bem-estar (“*Welfare State*”), constituem-se numa grande

conquista das democracias modernas, especialmente por assegurar estabilidade socioeconômica frente aos diversos riscos sociais.

Ademais, apresenta-se um breve levantamento dos programas de transferência de renda, tanto em países desenvolvidos, cujas primeiras experiências remontam a meados do século XX (e.g. Dinamarca e Reino Unido), quanto às variadas experiências vivenciadas em países latino-americanos em desenvolvimento como: México, Argentina, Chile, Colômbia, Nicarágua, El Salvador, Peru, Paraguai, Uruguai, Panamá, República Dominicana, Bolívia e Guatemala.

O segundo capítulo versa sobre o histórico da criação do PBF, abordando as iniciativas que precederam a edição da Lei nº 10.836/2004 e do Decreto nº 5.209/2004, bem como as bases normativas para a criação e regulamentação de aspectos da operacionalização do Programa. Sob esse enfoque, destacam-se os diversos aspectos presentes na legislação brasileira relativos ao “*modus operandi*” e aos objetivos, regras de elegibilidade, características dos benefícios e, em especial, no que se refere aos aspectos de condicionalidades, previstas no artigo 3º da Lei nº 10.836/2004.

Em adição, as condicionalidades são abordadas à luz do arcabouço de gestão operacional do programa e de sua estrutura de implementação. Nesse contexto, apresenta-se a lógica das condicionalidades, as competências para gestão descentralizada, o papel do Cadastro Único (CadÚnico) e do Sistema de Condicionalidades (SICON), a fiscalização e o controle e as penalizações pelo descumprimento das condicionalidades, as quais podem revestir-se de advertências brandas até, no limite, regras de exclusão do programa. Ademais, são examinadas outras dimensões do PBF, e.g., a ordem econômica, que remete à importância das transferências de renda no fluxo circular da renda, enfatizando o impacto das transferências monetárias realizadas aos beneficiários do Programa sobre o consumo e a produção dos bens e serviços para esse segmento de renda e, por conseguinte, sobre o lucro das empresas e a remuneração dos empregados, com efeito multiplicador sobre a atividade econômica. Apresenta-se, como análise de indicadores de curto prazo, conclusões de estudos que constatarem a melhoria do Índice de Gini com redução do percentual de pobres e do hiato de pobreza, e aqueles que tratam da eficiência relativa do PBF, comparativamente às mudanças nos gastos previdenciários, entre outros.

O terceiro capítulo apresenta exame detalhado acerca das condicionalidades referentes aos indicadores de saúde presentes no PBF, tendo como fundamento os postulados teóricos do direito à saúde, presente no âmbito de convenções internacionais, desde a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, passando pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, bem como pelo Pacto

Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU) de 1966. No âmbito da legislação brasileira, o amparo para o direito do cidadão à saúde e dever do Estado expressa-se na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 6º, trata dos direitos sociais, incluindo os relativos à educação, à assistência social, à previdência social, entre outros. A mesma Constituição também trata especificamente sobre o direito à saúde nos artigos 196 a 200, assegurando a disponibilização de serviços eficientes e de qualidade para toda a população visando, com isso, promover o bem estar da sociedade. O capítulo examina a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispendo sobre a organização do referido sistema e assentando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A literatura do direito à saúde contempla diversos aspectos jurídicos atinentes à tutela do bem público referenciado no preceito constitucional destacando-se aqueles relativos ao conteúdo do direito à saúde; à correlação entre o exercício da cidadania e o direito à saúde; à regulação dos direitos fundamentais à saúde; à responsabilidade e as garantias derivadas do direito à saúde, e ao financiamento à saúde, como ferramenta para concretização do direito à saúde, entre outros.

Com efeito, a ampla gama de aspectos jurídicos que o direito de proteção à saúde exige do Estado uma visão sistêmica, organizada e racionalizada para o planejamento das políticas públicas sociais devendo suas políticas orientarem-se de acordo com os princípios, metas e diretrizes, definidos na Constituição Federal de 1988, como alicerces para a estruturação de políticas de saúde e para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O enfoque das condicionalidades contempla ainda os elementos do direito da saúde e a tipologia das obrigações estatais no campo da saúde, que constituem fundamentos norteadores para a ação estatal na área sob análise. Em adição, são apresentadas considerações pertinentes ao acompanhamento dos indicadores e condicionalidades estabelecidos, em forma mais recente, no Plano Nacional de Saúde 2012-2015.

Finalmente, a partir dos fundamentos da literatura do direito à saúde, são analisados os resultados dos indicadores sociais relacionados às condicionalidades de saúde no âmbito do Programa Bolsa Família, quais sejam: desnutrição infantil, baixo peso ao nascer (BPN), índice de cobertura de vacinação, acompanhamento pré-natal, serviços assistenciais básicos de saúde e índice de mortalidade infantil.

1. FUNDAMENTO TEÓRICO E ABORDAGEM COMPARATIVA DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

1.1. O PAPEL DO ESTADO NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Os fundamentos teóricos para atuação do Estado derivam, *a priori*, de aspectos intrínsecos à organização da produção e distribuição de bens em determinado sistema econômico, que mitigam ou obstam a eficiência alocativa dos recursos e a maximização do bem estar da sociedade.

Stiglitz (1988) desenvolve abordagem atinente à *rationale* para a atividade do Estado, e assinala que existem seis importantes condições sob as quais as trocas e interações entre os diversos agentes e setores não conduzem à eficiência econômica. Neste caso, alude-se, sob o prisma teórico, à eficiência econômica ótima no sentido de Pareto. Significa dizer que, observadas condições ideais de concorrência, a eficiência econômica é obtida e, assim, não há nenhuma possibilidade de alteração, ou realocação de recursos na produção ou no consumo, que possibilite melhorar alguns sem piorar outros.

Nessa linha de raciocínio, a eficiência econômica não é atingida quando ocorrem as denominadas “falhas de mercado”. Essas se expressam por: (i) falhas de competição, se não houver condições para uma perfeita concorrência entre os agentes econômicos, cria-se ambiente propício para o surgimento de monopólios; (ii) bens públicos, i.e., bens para os quais o benefício social é superior ao benefício privado; (iii) externalidades, que referem-se aos efeitos e/ou impactos das ações de um indivíduo ou uma firma (não controláveis, *a priori*) sobre os demais; (iv) mercados incompletos, sob a hipótese de provisão inadequada de determinado bem ou serviço demandado; (v) falhas de informação, derivada da assimetria de informação entre os agentes econômicos; e (vi) desemprego, inflação e desequilíbrio, que apresentam, como traço peculiar, evidências atinentes a desequilíbrios na economia que requerem a ação do Estado (STIGLITZ, 1988).

Diante das falhas de mercado anteriormente mencionadas, são configurados cenários que evidenciam a *rationale* para a atuação do Estado, com vistas a restabelecer as condições necessárias e suficientes para promover a eficiência econômica. Além da contribuição da atividade estatal para a promoção da eficiência econômica, emerge, como atividade relevante e singular, a sua função redistributiva de renda e de provisão de bens sociais, a exemplo da educação básica. A equidade distributiva é intrinsecamente associada à promoção do bem estar da sociedade.

Usualmente, o papel distributivo do Estado pressupõe a realocação de recursos na sociedade, *e.g.*, mediante a implementação de diretrizes de política tributária (deduções, incentivos fiscais, tributação progressiva da renda, etc.), subsídios a famílias de baixa renda, programas de transferência de renda, entre outras diretrizes de políticas públicas, de forma a reduzir o índice de desigualdade de renda do país e promover o bem estar.

Outras perspectivas para a atuação do Estado decorrem dos paradigmas das análises normativa e positiva. Sob a ótica normativa, impõe-se avaliar a possibilidade de o Estado intervir na atividade econômica para promover uma “melhoria” na situação de indivíduos ou empresas sem, necessariamente, piorar a de outrem. Já a análise positiva focaliza a descrição das conseqüências dos programas de governo e da natureza do processo político.

É importante ressaltar que o papel do Estado na alocação de recursos é eminentemente referenciado à promoção do bem estar da sociedade. Todavia, uma análise da evolução das idéias econômicas revela que não há consenso sobre a forma ideal para pautar a ação do Estado. Nesse sentido, torna-se importante delinear os postulados teóricos sobre as distintas prescrições e abrangência da intervenção do Estado nas inter-relações entre os agentes econômicos.

Preliminarmente, cabe mencionar a segmentação teórica entre o pensamento liberal e o intervencionista. Os liberais conformaram a teoria neoclássica e “desenvolveram modelos teóricos altamente sofisticados para justificar o perfeito funcionamento das forças do livre mercado e para solapar (diminuir) o papel do governo na economia” (OMAR, 2014, p. 212).

De modo geral, a referência teórica da corrente liberal alude às idéias de Adam Smith, a partir do trabalho intitulado “A Riqueza das Nações”, de 1776. Nesse contexto, ratifica-se o pressuposto do *laissez-faire* (deixar fazer), da eficiência competitiva dos mercados e da liberdade de escolha individual para maximizar o produto e bem estar. Trata-se, em essência, de fundamentos contrários à intervenção do Estado na Economia.

Thomas Malthus (1798) desenvolveu sua teoria da população e da superprodução, alegando que as crises do sistema capitalista decorrem do seu próprio funcionamento. Manifestava-se contra qualquer política de governo em favor dos pobres.

David Ricardo (1817) construiu um modelo baseado na teoria da renda da terra e desenvolveu formulação teórica relevante quanto à distribuição de renda como fator primordial para o crescimento econômico. Nesse contexto, sustentava-se a mínima interferência do Estado na economia, tendo em vista que a liberdade econômica e a livre iniciativa conduziriam as ações dos agentes econômicos, de forma a promover maior igualdade social e o aumento da prosperidade nacional.

Ainda no que tange às funções do estado, Karl Marx, em sua obra “O Capital” (1894, vol. III) desenvolveu a teoria do valor-trabalho, da exploração (mais valia), da taxa de lucros declinante e do exército de reserva. Nesse contexto, o governo era considerado parte da superestrutura capitalista e a serviço desta.

Um novo paradigma sobre a função do estado na atividade econômica é instituído a partir de 1936. A teoria Keynesiana, desenvolvida a partir da publicação da “Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda” em 1936, representa um ponto de inflexão das idéias liberais. Nesse contexto, ao explicar a grande depressão econômica de 1929, Keynes identificou a insuficiência de demanda efetiva (gastos em consumo e investimentos), razão pela qual postulou a necessidade de intervenção do Estado como forma de “exercer uma influência orientadora sobre a proporção a consumir, em parte através de seu sistema de tributação, em parte por meio da fixação da taxa de juros e, em parte, talvez, recorrendo a outras medidas” (KEYNES, 1983, p. 256).

Buchanan (2003) desenvolveu a teoria da Escolha Pública, segundo a qual, a intervenção do governo pode contribuir para tornar ineficiente a alocação de recursos e pode não melhorar a situação. Assim, o Governo deveria abster-se de qualquer política ativa na economia.

À luz da visão liberal, o Estado deve garantir o bom funcionamento dos mercados, considerados, *a priori*, eficientes e auto-regulados. Nesse contexto, a política social assume caráter secundário, razão pela qual se desenvolve mediante ação pontual ou focalizada, com o intuito de combater a pobreza extrema e privações por parte de determinados segmentos da sociedade.

Por outro lado, a visão pró-intervenção do Estado na atividade econômica e promoção do bem estar social fundamenta-se, segundo Soares (2010, p. 5), nos seguintes pressupostos:

“[...] autores identificados com a teoria marxista, por exemplo, Sweezy e Laski (BARR, 2004), argumentam a favor da participação do Estado em todos os âmbitos do funcionamento da sociedade – o planejamento central -; defendem a planificação econômica; e associam diretamente as políticas sociais e econômicas, que são tratadas como uma só frente com um único e mesmo fim: bem-estar social na forma de equidade. [...] Numa outra via menos extremista e composta por posições de diversas gradações (partindo do utilitarismo, passando pelos princípios da justiça de Rawls até a social democracia), encontram-se os autores que apóiam, em grau diverso, o intervencionismo do Estado na economia, com o intuito de gerar maior equidade e eficiência.”

A despeito das diferentes linhas teóricas e prescrições de políticas existentes na literatura, não raras vezes antagônicas, constata-se a convergência quanto ao objetivo da intervenção estatal com vistas à promoção do bem estar da sociedade. O diferencial, de fato,

deriva da abrangência postulada para essa intervenção e da forma como o Estado deve prover os bens e serviços demandados pela sociedade.

Em linhas gerais, os fundamentos econômicos para a teoria do bem estar¹ consideram a maximização de uma função de bem estar dos indivíduos, que contempla as preferências de consumo de bens e serviços e, assim, a maximização da utilidade individual²; e das firmas, que visam precipuamente maximizar o lucro, mediante da organização da atividade produtiva (função de produção), com a melhor e mais eficiente combinação de insumos. O equilíbrio geral do sistema permite a otimização do bem estar da sociedade.

Assim, é importante examinar as formas de intervenção do Estado. Barr (2004) demonstra que a ação do Estado pode efetivar-se de quatro formas: A primeira é a regulação dos mercados, para assegurar normalidade aos fluxos de bens e serviços, em consonância com a qualidade e quantidade demandada e níveis de preço de mercado. Somam-se a estas a regulação de salários e da produção. A segunda modalidade é referenciada ao manejo da política fiscal, mediante diretrizes específicas para a política de gastos e de receitas, o que altera a restrição orçamentária dos agentes econômicos. Uma terceira via de intervenção ocorre mediante o controle de determinadas atividades econômicas, por meio da produção por parte do Estado. Por fim, apontam-se as transferências de renda, como diretriz peculiar de política fiscal, para equalizar a renda e promover bem estar de segmentos da população em situação pobreza ou extrema pobreza e, portanto, de vulnerabilidade social.

Os postulados e restrições à aplicação da teoria do bem estar merecem, todavia, a devida qualificação, considerando-se que a organização dos padrões de proteção social e garantia de direitos, adotados em países desenvolvidos no século XX e, em implementação nos países em desenvolvimento, fundamentam-se no paradigma do “Estado de bem-estar social”. Nesse contexto, assume particular relevância a função alocativa e distributiva do Estado, como ator relevante para assegurar direitos universais e promover o bem-estar social.

O denominado “Estado de bem estar social” é efetivamente associado ao desempenho de funções específicas e singulares por parte dos entes públicos, sobretudo no que concerne à ação normativa e reguladora das relações entre os agentes e setores econômicos. Nesse sentido, cabe ao Estado estabelecer as condições imprescindíveis e essenciais à garantia de direitos e ao efetivo exercício da cidadania.

¹ Ver, a propósito, ARROW, Kenneth J. **Social choice and Individual Values**. 2 ed. New Haven: Yale University Press, 1963.

² A maximização da utilidade individual deriva da abordagem utilitarista, que tem como fundamento a observação das escolhas feitas pelos indivíduos. Desta forma, a escolha que gerar maior utilidade é a mais justa. Releva notar, sob um prisma da aplicação teórico-pragmática, a relevância prática do utilitarismo, que pode ser associado ao exame de questões morais e políticas que podem induzir ao bem para o agregado de todas as pessoas.

Conforme ressalta Lavinias (1998, p. 5), os sistemas de proteção social constituem-se numa grande conquista das democracias modernas, especialmente por assegurar estabilidade socioeconômica frente aos riscos sociais. A propósito, Rego (2008, p. 156) registra que:

“O Estado, como agência pública que concede, reconhece e garante os direitos, desempenhou e desempenha um papel central na formação e na manutenção da cidadania contemporânea. Sua atuação através do papel normativo de suas instituições é indispensável à garantia da cidadania plena”.

Segundo Fiori (1997), é relevante atentar para a necessidade de identificação da tipologia aplicável ao conceito de *Welfare State* adotado em determinados países, considerando-se, por exemplo, as diferenças entre o padrão europeu, americano e o adotado na América Latina. A propósito, assinala que a complexidade de cada sistema, em que coexistem relações de ordem econômica, ideológica e política, traça elementos conceituais e distintivos do Estado de Bem-Estar Social contemporâneo. Assim, a tipologia aplicável a determinado país, ou conjunto de países, será derivada da aglutinação de várias experiências em uma base uniforme, todavia, com diferenciação na forma de financiamento, extensão dos serviços, dimensão e abrangência do setor público, grau de sensibilidade aos sistemas políticos, organização institucional, etc.

Sobre o arcabouço teórico aplicável ao Estado de bem estar social, e correlatas prescrições de política, Esping-Andersen (1990) propôs a tipologia denominada “regimes de *welfare states*”. Nesse contexto, foram organizados três grandes grupos, que se diferenciam em função da qualidade dos direitos sociais, do grau em que o sistema promove ou reproduz a estratificação social e na forma em que se relacionam em cada um dos casos, o Estado, o mercado e as famílias. Conforme Fiori (1997, p. 136), a aludida segmentação é dada por:

i. O *welfare state liberal*, em que predominam a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social e onde as regras para habilitação aos benefícios são estritas e muitas vezes associadas ao estigma". São seus exemplos típicos: Estados Unidos, Canadá e Austrália;

ii. Os *welfare states* conservadores e fortemente corporativistas, onde "predomina a preservação das diferenças de status; os direitos, portanto, aparecem ligados à classe e aos status e a ênfase estatal na manutenção das diferenças de *status* significa que seu impacto em termos de redistribuição é desprezível. Incluem-se aqui, como casos típicos, Áustria, França, Alemanha e Itália;

iii. Os *regimes social-democratas*, onde o universalismo e a desmercantilização atingem amplamente a classe média e onde todos os segmentos sociais são incorporados a um sistema universal de seguros no qual todos são simultaneamente (locais) beneficiários, dependentes e, em princípio, pagadores.”

Consigne-se que, nas formulações teóricas aplicáveis ao arcabouço de políticas que conformam as diversas tipologias de “Estado de Bem estar social”, destacam-se dois aspectos distintivos entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. No primeiro grupo, as políticas de proteção social apresentam caráter universal e contemplam, em suas diretrizes e objetivos, o intuito de aumentar a produtividade e fomentar o emprego. Nos países em desenvolvimento, as diretrizes pertinentes ao caráter universalista das garantias e direitos sociais assegurados como direito constitucional enfrentam diversos óbices. Em verdade, diversas restrições se impõem ao Estado na alocação de recursos para satisfazer inúmeras demandas da sociedade e, assim, determinam a eleição de prioridades e a focalização do gasto. Desta forma, a gestão dos escassos recursos públicos para a implementação das diversas diretrizes programáticas determina a definição de prioridades alocativas, notadamente para os segmentos mais necessitados e em situação de vulnerabilidade social. O Estado de Bem Estar Social, delineado em diversos países da América Latina, a despeito de preconizar uma ampla gama de direitos sociais, tem ampliado o rol de políticas focalizadas, com o intuito de resguardar direitos sociais básicos e promover a equidade na distribuição de renda. Nesse sentido, a acepção de estado de bem estar social – provedor de uma ampla gama de direitos sociais -, ainda requer diversos avanços, considerando-se que as etapas subsequentes aos programas focalizados de transferência de renda são usualmente indutoras de inserção laboral e, por conseguinte, geradoras de emprego, renda e melhoria do padrão de proteção social.

1.2. COMPARAÇÃO ENTRE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

1.2.1. Programas de Transferência de Renda Condicionada e Incondicionada

A literatura sobre programas de proteção social contempla alguns mecanismos usualmente associados à conformação das políticas públicas voltadas à redução da vulnerabilidade e risco social. De modo geral, essas políticas podem ser classificadas pela modalidade de benefício (em espécie ou bens) e por requerimentos dos programas (condicionais e incondicionais)³.

As transferências condicionadas de renda provêm recursos para os beneficiários com base no cumprimento de certas condições e co-responsabilidades, tais como um nível mínimo

³ Ver, a propósito, FISZBEIN, Ariel; SCHADY, Norbert (Org.). **Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty**. Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009. (A World Bank Policy Research Report).

de frequência à escola pelas crianças, visita periódica ao centro de saúde ou participação em programa de treinamento.

As transferências incondicionais de renda são adotadas por programas que implementam a política pública sem quaisquer co-responsabilidades por parte do beneficiário. São ilustrativas, nesse sentido, as políticas para resguardar a qualidade de vida dos idosos, tais como uma pensão social ou para crianças órfãs.

No Brasil, o exemplo mais evidente de transferência de renda condicional é o utilizado pelo Programa Bolsa Família, que contempla condicionalidades de educação e saúde. Por sua vez, as transferências não condicionadas podem ser ilustradas pelo exemplo do extinto Programa Auxílio Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de Janeiro de 2002. Essa política estabeleceu uma compensação às pessoas de baixa renda pelo corte dos subsídios ao gás de cozinha.

1.2.2. Arcabouço dos Programas de Transferência de Renda utilizados em diversos países

A partir da definição do papel do Estado na sociedade e do grau e alcance da intervenção que lhe é conferida é possível examinar porque as transferências de renda são utilizadas, as peculiaridades das políticas delineadas em diversos países, as formas de implementação e a efetividade da ação estatal em termos de promoção de maior equidade na distribuição da renda.

Em princípio, é importante segmentar as modalidades de transferência de renda a serem adotadas, considerando-se, entre outros aspectos, as necessidades de financiamento que tais políticas impõem. Assim, sob o prisma teórico, as transferências de renda podem ter caráter universal, razão pela qual configurariam um padrão de renda mínima para todos os cidadãos; ou serem focalizadas, com escopo limitado, público-alvo específico e demais critérios de elegibilidade voltados para a proteção social de determinado grupo social, comumente em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Com referência aos pressupostos das transferências de renda, a literatura assinala que estas podem ter cunho contributivo - dependendo de contribuição prévia por parte do beneficiário - ou não, sendo sujeitas a critérios de elegibilidade ou absolutamente incondicionais e universais.

Soares (2010) ressalta o exposto em Barr (2004), no que concerne aos objetivos dos Programas de Transferência Condicionada de Renda - PTCR, quais sejam: (i) garantir a alocação intertemporal de consumo através do ciclo de vida (*consumption smoothing*); (ii)

funcionar como seguro social; e (iii) reduzir a pobreza. De modo geral, a previdência é a principal forma de transferência de renda por parte da maioria dos governos. Somam-se a esta, o seguro desemprego e os programas assistenciais.

Sob esse prisma, os programas de transferência de renda com objetivo de reduzir a pobreza podem ser classificados a partir dos seguintes parâmetros: (i) critério renda, abaixo de um determinado patamar de sobrevivência; (ii) critério renda adicionada ao cumprimento de outras condicionalidades, e.g., frequência à escola e ações de saúde; e (iii) sem condicionalidades de qualquer natureza, i.e., sob a forma universal de garantia de renda mínima a todos os cidadãos.

Outra caracterização relevante dos PTCR refere-se às formas básicas de se proceder à focalização de um programa: através de um teste de renda (estabelecimento de uma linha demarcatória de indigência ou pobreza); da observação de indicadores de vulnerabilidade (existência de idosos, crianças e deficientes físicos na família); e da criação de estímulos às escolhas por parte da população que se pretende alcançar (*self-targeting*). Assim, os testes de renda e os indicadores de vulnerabilidade forneceram ao gestor da política pública os fundamentos para a definição das condicionalidades, considerando-se que, *a priori*, os benefícios do programa estão vinculados ao cumprimento de uma ou mais condicionalidade(s).

Em adição, torna-se importante considerar, *ex ante*, os parâmetros de avaliação do PTCR que serão adotados. Nesse contexto, impõe-se examinar se o programa reúne elementos que permitirão promover a eficiência horizontal que está relacionada à total cobertura, por parte de um programa, das pessoas que dele necessitam; ou seja, à garantia do recebimento de um benefício pelas pessoas consideradas elegíveis segundo os critérios predeterminados. Por outro lado, a eficiência vertical diz respeito a evitar que o auxílio financeiro seja concedido a pessoas que não se enquadrem no perfil de beneficiário pré-estabelecido.

À luz dos parâmetros teóricos anteriormente mencionados, constata-se que esses postulados pautaram a implementação dos primeiros programas de transferência de renda (PTR) nos países desenvolvidos, a partir de meados do século XX. Tais programas tiveram como intuito a garantia de direitos universais e foram consubstanciadas no rol de políticas previstas pelo Estado de bem estar social. Apresentamos, a seguir, breve síntese da experiência de implementação dessa modalidade de política pública em alguns países, considerados pelo grau de desenvolvimento ou a partir de experiências individualizadas.

1.2.3. Adoção de Programas de Transferência de Renda em países desenvolvidos

Lavinas (1998) e Vanderborght & Van Parijs (2006), destacam que as primeiras experiências com programas de renda mínima surgiram nos países desenvolvidos em meados do século XX, na medida em que o Estado de bem-estar foi se consolidando. Os países nórdicos foram pioneiros na introdução de programas de renda mínima.

Zimmermann (2008) registra que assinala que a Dinamarca foi uma das precursoras na implementação de programas de transferência de renda. Essa modalidade de proteção social foi sendo amplamente utilizada, destacando-se a experiência alemã, com a lei federal de auxílio social (*Sozialhilfe*), em 1961; os programas de renda mínima dos países baixos (1963) e a Bélgica, em 1974, com a predominância das políticas de acesso à renda e ao emprego. Ressalta-se, todavia que o debate sobre esses programas ganhou mais amplitude com a instituição tardia da *Revenu Minimum D'insertion* na França, em 1988.

A tabela 1 abaixo apresenta o marco inicial dos programas de renda mínima na Europa:

Tabela 1: Início dos Programas de Transferência de Renda na Europa

País	Data de início
Dinamarca	1933
Reino Unido	1948
Finlândia	1956
Suécia	1957
Alemanha	1961
Países Baixos	1963
Áustria	1974
Bélgica	1974
Irlanda	1977
Espanha	1988
França	1988-92
Portugal	1997

Fonte: Vanderborght e Van Parijs (2006, p. 42); Schmid (2002).

Um aspecto interessante dos programas de transferência de renda europeus reside no fato de observar-se o claro intuito do poder público em prover renda em uma base efetivamente transitória. Isto porque, conforme assinala Zimmermann (2008), uma condicionalidade usualmente adotada nos programas europeus referia-se à disponibilidade do beneficiário do programa de transferência, declarada a priori, para aceitar uma ocupação, nos termos mediados

pela agência estatal de postos de trabalho, a partir das habilidades previamente identificadas. Assim, evidencia-se, na base estrutural do PTR europeus, a conexão dos beneficiários com o mercado laboral, o que demonstra o objetivo do poder público em promover a inclusão social e a inserção formal do público-alvo beneficiário, a partir da condicionalidade de adesão ao programa mediante anuência revelada à proposta de trabalho ofertada pelo estado.

Os registros precedentes são importantes para dimensionar regras imprescindíveis à implementação dos programas de transferência de renda e a experiência internacional derivada da implantação desses programas em diversos países da Europa.

1.2.4. Adoção de Programas de Transferência de Renda nos países em desenvolvimento

- Brasil

No Brasil, constata-se que até outubro de 2003, os programas de transferência de renda eram de natureza segmentada. Soares et al. (2007) lembra, a propósito, os seguintes programas: o “Programa de Erradicação do Trabalho Infantil” (PETI), instituído em 1996, com focalização nas crianças de 7 a 15 anos que trabalhavam, ou estavam sob o risco de trabalhar em atividades perigosas, insalubres ou degradantes. Em adição, foi criado em 2001, o “Programa Bolsa Escola”, que estabelecia a frequência mínima à escola de 85% no ano para crianças de 6 a 15 anos e contemplava limite de renda. Outro programa de transferência de renda instituído no período subsequente foi o “Programa Bolsa Alimentação” que previa, como condicionalidade, o aleitamento materno, a realização de exames pré-natais para gestantes e a vacinação de crianças. Além desses programas, que previam contrapartida por parte dos beneficiários, o governo também instituiu o “Vale-Gás”, uma transferência sem condicionalidades.

O Programa Bolsa Família foi instituído a partir de 2003 e incorporou todos os programas pré-existent⁴ num amplo programa de transferência de renda condicionada a famílias pobres e extremamente pobres. A implementação teve como ponto de partida as informações do Cadastro Único de famílias, criado em 2001, e posteriormente aperfeiçoado.

- México

Em 1997, o México instituiu o Programa “*Progres*”, com o objetivo de prover auxílio financeiro às famílias rurais extremamente pobres. Em 2001, o Programa foi reformulado em

⁴ O arcabouço de implementação do Programa Bolsa Família será apresentado em maiores detalhes no capítulo 2.

denominação e escopo, passando a denominar-se Programa “Oportunidades”, cujo público-alvo passou a abarcar as famílias pobres das áreas urbanas. Nesse caso, tornaram-se elegíveis ao programa famílias constituídas por crianças e jovens de 8-21 anos matriculados em ensino primário, secundário ou médio; lactantes de 4-24 meses, crianças de 2-5 anos com desnutrição.

Uma das especificidades do Programa “Oportunidades” deve-se ao fato de que o programa contempla, em suas premissas de formulação, um acréscimo do valor da bolsa-escola a cada nova série de estudo, com o intuito de incentivar a permanência das crianças na escola. Objetiva-se, portanto, reduzir o risco de evasão escolar à medida que se avança no ensino obrigatório, melhorando o interesse do mesmo para com outras perspectivas futuras de educação.

Ademais, o “Oportunidades” prevê condicionalidades sob a forma de frequência obrigatória dos bolsistas a 85% das aulas ao longo do ano letivo; ao cumprimento das consultas médicas e vacinação às crianças de até 5 anos e o acompanhamento médico pré natal caso para as grávidas. Lavinias (1998) ressalta que a essência do “*Progres*a” é formular “uma resposta integral na reversão das carências que afligem a população vivendo em uma situação de extrema pobreza” Constata-se, portanto, que o programa instituído no México sugere fortes similaridades com o programa Bolsa Família.

- Argentina

O Programa “*Ciudadanía Porteña*” foi instituído em 2005, e efetiva-se mediante a concessão de subsídios mensais para compra de alimentos, produtos de higiene e gás de cozinha. A operacionalização do Programa ocorre mediante a distribuição para as famílias beneficiárias de um cartão pré-carregado, que só pode ser usado para comprar itens de necessidade básica. São definidas condições a priori para fruição do benefício, na forma de responsabilidades de cumprimento de ações de saúde e educação para crianças de famílias beneficiadas.

- Chile

O Programa “*Chile Solidario*” prevê transferências aos beneficiários por um determinado período de tempo, com a presunção de que o PTCR forneça meios necessários e suficientes para que se tornem independentes.

- Colômbia

Na Colômbia, foi instituído PCTR denominado "*Familias en Acción*", que autoriza transferência condicional de renda, na forma de subsídios para a nutrição e educação para os filhos menores de famílias e grupos indígenas que vivam em extrema pobreza.

- Nicarágua

A Nicarágua instituiu, em 2000, o PCTR intitulado "*Red de Protección Social*", que é implementado mediante transferência de renda a família pobres, sob a condição de que todos os moradores do domicílio visitem postos de saúde e seminários, e as crianças frequentem a escola.

- El Salvador

Em 2005, El Salvador instituiu o programa "*Comunidades Solidarias Rurales*", conhecido até o ano de 2009 como "*Rede Solidaria*" (2005-2009). Trata, em essência da concessão de subsídios mensais às mulheres extremamente pobres, chefes de domicílio, que cumpram as condicionalidades estabelecidas, a exemplo da frequência escolar e assistência à saúde para crianças e adolescentes.

- Peru

O Peru instituiu em 2005, o "*Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres*", que estabelece a concessão de transferências condicionadas de renda, com ênfase nos aspectos nutricionais, e direcionado a grupos mais pobres e vulneráveis. O foco do programa é especialmente voltado às famílias rurais com mulheres grávidas e crianças até 14 anos de idade. A finalidade principal do Programa é a luta contra a pobreza e desnutrição crônica infantil, a partir da articulação de programas sociais.

- Paraguai

No Paraguai, foram implementados dois programas de transferência de renda em 2005. O primeiro, denominado Programa "*Abrazo*", tem como objetivo principal a diminuição do trabalho infantil, por meio das transferências monetárias, atividades e acompanhamento de

crianças em situação de trabalho infantil e suas famílias. O Programa “*Tekoporã*” estabelece transferência de renda condicionada a famílias mais pobres do país, com o objetivo de melhorar a nutrição, saúde e educação, mediante as contrapartidas dos beneficiários de frequência escolar, visitas regulares a centros de saúde e a atualização das imunizações.

- Uruguai

No Uruguai, o PTCR denomina-se “*Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social*” - PANES e efetiva-se mediante transferência condicional de renda o “*Ingreso Ciudadano*”. O PANES foi instituído em 2005, em meio à crise econômica que afetou o país e vigorou até o ano de 2007. Em meio a este período, o programa Tarjeta Alimentaria foi criado, em 2006, com o objetivo de que os mais pobres possam acessar a produtos da cesta básica, de acordo com as necessidades de cada núcleo familiar. Por fim, em 2008 foi implantado o programa “*Asignaciones Familiares*” (para o qual foram transferidos os antigos beneficiários do “*Ingreso Ciudadano*”), um programa de transferências monetárias destinadas a crianças e adolescentes em situação socioeconômica mais vulnerável, que prevê condicionalidades na área da educação.

- Panamá

No ano de 2005, foi criado no Panamá o programa “*Bonos Familiares para la Compra de Alimentos*”, que é implementado por meio de transferências de renda em zonas rurais, preferencialmente indígenas. O Programa é considerado um componente especial, que integra o programa “*Red de Oportunidades*” desde 2006, Programa este de proteção social que inclui a transferência condicional de renda para mulheres chefes de domicílio, assistência social às famílias beneficiárias e prestação de serviços básicos nas áreas mais pobres, tendo por objetivo a redução da pobreza extrema do país.

- República Dominicana

O Programa “*Solidariedad*” foi implantado na República Dominicana também no ano de 2005, após a crise econômica que afetou o país no ano de 2003, tornando-se parte da rede de proteção social governamental. Destina-se a famílias em condição de extrema pobreza, com filhos menos de 16 anos, mulheres grávidas e/ou com chefes de família desempregados.

- Bolívia

Na Bolívia, o Programa “*Bono Juancito Pinto*” foi implantado no ano de 2006, com ênfase na eliminação do trabalho infantil e no aumento da matrícula escolar. O Programa “*Bono Madre Niño-Niña Juana Azurduy*” foi criado em 2009, com o objetivo de tornar efetivos os direitos fundamentais de acesso a saúde e desenvolvimento integral, a fim de diminuir os índices de mortalidade materna e infantil e a desnutrição crônica de crianças menores de dois anos.

- Guatemala

A Guatemala foi o último país da região latino-americana a implantar o seu primeiro programa de transferência de renda, com a criação do programa “*Mi Familia Progresá*”, no ano de 2008. O mesmo possui ênfase nos aspectos nutricionais, tendo como população alvo famílias em situação de extrema pobreza, com menores de 15 anos e mães gestantes.

A partir da experiência internacional dos Programas de transferência condicionada de renda, é possível constatar alguns traços comuns, seja no que tange à garantia de direitos sociais intrínsecos ao indivíduo, notadamente saúde e educação, seja nos aspectos econômicos, referenciados precipuamente á provisão de renda mínima para garantir o acesso ao consumo de bens essenciais por famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Assim, a política de transferência de renda objetiva precipuamente prover padrão mínimo de recursos às famílias carentes para permitir o acesso a bens de consumo essenciais. Em adição, as condicionalidade visam propiciar a superação da situação de vulnerabilidade social e suprimir o ciclo vicioso da pobreza, notadamente mediante a promoção de condições de saúde e de melhoria do capital humano dessas famílias, por meio da educação. Em última instância, promove-se a redução das desigualdades e a melhoria do bem estar da sociedade.

2. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

2.1. HISTÓRICO

A instituição de diretrizes de políticas públicas referenciadas a transferências de renda como instrumento relevante da ação do Estado contra a pobreza deriva, eminentemente, do novo marco das políticas sociais delineadas no âmbito da Constituição Federal de 1988. Releva notar, a propósito, os termos do artigo 3º, inciso III da Carta Magna, que preceitua como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais⁵.

Assim, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, configurou-se um novo arcabouço de direitos com vistas a pautar as relações econômicas e sociais. Convém mencionar, *e.g.*, a equiparação de direitos dos trabalhadores rurais e urbanos. Além disso, foi definido um patamar mínimo de referência para os benefícios, com limite inferior igual ao salário mínimo e, ainda, que estes devem ter reajuste anual, como forma de preservar o seu valor real. Nesse contexto, foram lançadas as bases para a articulação de ações públicas, sobretudo na área de previdência e assistência, com vistas a resguardar direitos essenciais e promover o bem estar dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade.

Diante desse cenário, foram lançadas novas bases para nortear as políticas de combate à pobreza, conforme observado no início dos anos noventa. Em verdade, as aludidas políticas fundamentaram-se nos postulados constitucionais, de modo geral, e na idéia de garantia de renda mínima, conforme proposto pelo Projeto de Lei do Senado nº 80, de 1991, posteriormente convertido na Lei nº 10.835, de 8 de janeiro de 2004.⁶ O mecanismo proposto para a garantia de renda mínima foi associado à lógica de provisão de patamar mínimo de renda monetária para assegurar a satisfação de necessidades básicas. A denominação de imposto de renda negativo deve à similaridade reversa ao imposto de renda, que se trata de transferência de renda do contribuinte ao erário, para rendimentos auferidos acima do mínimo. A renda mínima seria aplicável àqueles que recebem rendimentos abaixo de um mínimo necessário à sobrevivência.

⁵ Em um contexto de desigualdade histórica, é possível associar o Programa Bolsa Família às prescrições de política afirmativas, *i.e.*, que visam orientar a ação do Estado, ainda que de modo especial e temporário, para promover a supressão de alguma espécie de discriminação ou desvantagem, e, dessa forma, restaurar o princípio da igualdade material.

⁶ Vide, a propósito, SUPPLY, Eduardo Matarazzo. Imposto Negativo: A garantia de renda mínima. **Teoria e Debate**, n. 15, ago./out. 1991. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/editora/teoria-e-debate/edicoes-anteriores/economia-imposto-negativo-garantia-de-renda>>. Acesso em: 20 out. 2014.

Registre-se que as ações de garantia de renda mínima foram adotadas, de forma pioneira, por alguns Municípios brasileiros. Sem prejuízo de outras experiências locais já implementadas em meados dos anos noventa, cabe mencionar o Programa Bolsa Escola, do Distrito Federal⁷, o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima para Famílias com Filhos em Situação de Risco, implementado em Campinas, o Programa Nossa Família, adotado em Santos⁸ e o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima, de Ribeirão Preto⁹.

É importante notar que os programas de renda mínima implementados em alguns Municípios brasileiros apresentaram elementos distintivos ante o proposto originalmente pelo Senador Eduardo Suplicy. Neste caso, o principal beneficiário da política não é o indivíduo, mas, sim, a família. Assim, tais programas prevêem transferência de renda a famílias que atendam critérios de elegibilidade previamente definidos, notadamente de renda, e que se comprometam com a condicionalidade precípua de manutenção do filho na escola.

Os programas federais foram adotados no período subsequente. Em princípio, cabe registrar que a União instituiu apoio financeiro aos Municípios que adotassem programa de garantia de renda mínima, nos termos da Lei nº 9.533, de 10 de dezembro de 1997. Importa notar, todavia, que a organização da ação do Estado em prol da erradicação da pobreza já tinha sido objeto de normatização, nos termos do Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995, que instituiu o Programa Comunidade Solidária. Este Programa contemplava a participação de diversos segmentos da sociedade, da classe empresarial, do terceiro setor e viabilizou a organização de vinte subprogramas, executados por nove Ministérios (Agricultura, Educação, Esportes, Fazenda, Justiça, Planejamento, Previdência, Assistência Social, Saúde e Trabalho). Conforme dispõe o artigo 1º do citado Decreto:

“Art. 1º. O Programa Comunidade Solidária, vinculado à Presidência da República, tem por objeto coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas e, em especial, o combate à fome e à pobreza.”

A partir das ações do Programa Comunidade Solidária, outros programas complementares e que poderiam aumentar a sinergia no combate à pobreza foram adotados, quais sejam: (i) o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, em 1996; (ii) o Programa Bolsa Escola Federal, institucionalizado em 2001 – Lei nº 10.219/2001; (iii) o Programa Bolsa Alimentação - Lei nº 2.206/2001; (iv) o Programa Auxílio-Gás, adotado em

⁷ O programa Bolsa-Escola do DF foi instituído pela Lei nº 16.270, de 22 de janeiro de 1995.

⁸ Lei Municipal nº 1.146/1995.

⁹ Lei Municipal nº 7.188/95.

virtude da retirada dos subsídios aos derivados de petróleo, em 2000; (v) o Programa Bolsa Renda – Medida Provisória 2.203, de 2001; (vi) Criação do Cadastro Único dos Programas Sociais, em 2001.

O Programa Bolsa Família foi instituído pela Medida Provisória¹⁰ nº 132, de 30 de outubro de 2003, convertida posteriormente na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. A norma original do Programa buscou otimizar as políticas pré-existentes e instituiu a unificação e consolidação da estrutura fragmentada de programas voltados para o combate à fome e erradicação da pobreza. Assim, estabeleceu a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Educação – “Bolsa Escola”, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001; do Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA, criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003; do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à saúde – “Bolsa Alimentação”, instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001; do Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002; e do Cadastramento Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001. É imperioso reconhecer que a nova organização do Programa propiciou ganhos de escala na execução, ratificou a diretriz de descentralização insculpida na Constituição de 1988 e criou um poderoso instrumento de monitoramento e controle de políticas públicas voltadas para a identificação e caracterização das famílias de baixa renda e, assim de erradicação da pobreza, na forma do novo Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único).

2.2. MARCO NORMATIVO

A Medida Provisória nº 132, de 2003 e a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, constituem as normas básicas que disciplinam a implementação do Programa Bolsa Família.

De acordo com o parágrafo único do artigo 1º da Lei nº 10.836 de 2004, o Programa Bolsa Família tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as dos seguintes programas: (i) “Bolsa Escola”, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, (ii) “Cartão Alimentação”, criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, (iii) “Bolsa Alimentação”,

¹⁰ De acordo com o artigo 62, *caput*, da Constituição Federal de 1988, é permitida a adoção de medidas provisórias em caso de relevância e urgência. No caso do PBF, uma das críticas apontadas se refere ao fato de que, apesar da relevância da agenda de combate à pobreza, a matéria poderia ter sido discutida previamente nas casas legislativas.

instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001, (iii) “Auxílio-Gás”, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e (iv) Cadastramento Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001.

2.2.1. Objetivos

Segundo Soares (2010), os dois principais objetivos de um programa de transferência condicionada de renda, como o Programa Bolsa Família, são: o alívio imediato das condições de pobreza através de transferências periódicas de benefícios financeiros, e o rompimento do ciclo intergeracional (entre gerações) de transmissão da pobreza por meio de articulação intersetorial para garantir, por meio das condicionalidades, o acesso a serviços básicos como saúde e educação.

Especificamente no caso do PBF, de acordo com o artigo 4º do Decreto nº 5.209 de 2004, os objetivos básicos, em relação às famílias beneficiárias, consistem em: a) promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; b) combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; c) estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; d) combater a pobreza; e e) promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

2.2.2. Benefícios

De acordo com o artigo 18 do Decreto nº 5.209, de 2004, na redação dada pelo Decreto nº 8.232, de 2014, o Programa Bolsa Família é destinado a famílias pobres, assim consideradas aquelas cuja renda mensal por pessoa seja de R\$77,01 a R\$154,00, e extremamente pobres, assim consideradas aquelas que possuam renda mensal por pessoa de até R\$77,00.

A concessão dos benefícios é baseada em informações das famílias contidas no Cadastro Único (CadÚnico), dentre as quais: a renda mensal por pessoa, o número de integrantes, o número de crianças entre 0 (zero) e 15 (quinze) anos de idade, o número de adolescentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezesete) anos e a existência de gestantes e nutrizes (BRASIL, 2014).

Segundo o artigo 2º da Lei nº 10.836, de 2004, existem basicamente quatro espécies de benefícios financeiros do Programa Bolsa Família, quais sejam: (i) o benefício básico; (ii) o benefício variável, destinado a famílias com crianças de zero a 15 anos, gestantes e/ou nutrizes;

(iii) o benefício variável, vinculado ao adolescente; e (iv) o benefício para superação da extrema pobreza.

O benefício básico ou fixo é concedido apenas a famílias extremamente pobres, assim consideradas aquelas com renda mensal de até R\$77,00 (setenta e sete reais) por pessoa. O valor atual do benefício básico é de R\$77,00 (setenta e sete reais) mensais¹¹.

O benefício variável é destinado a famílias pobres e extremamente pobres que possuam em sua composição gestantes, nutrizes ou crianças de 0 (zero) e 15 (quinze) anos de idade. Há um limite de 5 (cinco) benefícios variáveis por família. O valor atual do benefício variável é de R\$35,00 (trinta e cinco reais) mensais¹².

O benefício variável vinculado ao adolescente é concedido à famílias pobres ou extremamente pobres que possuam em sua composição adolescentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos. A Lei estabelece um limite de até 2 (dois) benefícios variáveis vinculados ao adolescente por família. O valor atual do benefício variável vinculado ao adolescente é de R\$42,00 (quarenta e dois reais) mensais¹³.

O benefício para superação da extrema pobreza é destinado às famílias beneficiárias do PBF que atendam a dois requisitos simultaneamente: (i) a existência de crianças entre 0 (zero) e 15 (quinze) anos de idade; e (ii) apresentem soma da renda familiar mensal e dos benefícios financeiros recebidos (básico, variável ou variável vinculado ao adolescente) de até R\$77,00 (setenta reais) por pessoa. Esse benefício é calculado caso a caso a fim de garantir que as famílias ultrapassem o valor limite de renda da extrema pobreza.

Os benefícios financeiros são pagos mensalmente através de cartão magnético bancário, fornecido pela Caixa Econômica Federal, com a identificação do uso do responsável, mediante o Número de Identificação Social, de uso do Governo Federal, nos termos do §11 do artigo 2º da Lei nº 10.836 de 2004. Cabe destacar que, nos termos ao §14 do artigo 2º da Lei nº 10.836 de 2004 e artigo 23-A, *caput*, do Decreto nº 5.209 de 2014, o pagamento dos benefícios é feito preferencialmente à mulher, devendo, quando possível, ser indicada como responsável pela unidade familiar no ato do cadastramento.

Segundo Rego e Pinzani (2013), tal priorização dada às mulheres, as quais correspondem a mais de 90% dos titulares do cartão do PBF, tem contribuído para o empoderamento feminino nos espaços públicos e privados, e ao ganho de autonomia das mulheres e de ampliação da cidadania.

¹¹ Nos termos definidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS (BRASIL, 2014).

¹² Idem NR 11.

¹³ Ibidem NR 11.

De acordo com pesquisa realizada pelos autores, as mulheres beneficiárias vêm adquirindo maior autonomia e poder nas decisões familiares e na compra de bens duráveis, remédios e vestuário, em comparação com as mulheres não beneficiárias. Tal resultado mostra que as mulheres que são titulares do benefício do PBF possuem ganhos na relação de gênero na medida em que se tornam mais independentes dos maridos financeiramente, passando a ter maior poder de barganha no que tange a alocação de recursos no domicílio e aumentando o nível de interação social (SUAREZ; LIBARDONI, 2007).

Conforme aponta o Ministério do Desenvolvimento Social¹⁴, há razões inequívocas quanto à prioridade conferida às mulheres para a titularidade do benefício do Programa Bolsa Família, particularmente no que se refere às decisões de alocação da renda do PBF no consumo de bens que efetivamente beneficiam a família.

2.2.3. Condicionalidades

As condicionalidades do Programa Bolsa Família estão previstas no artigo 3º da Lei nº 10.836/2004. Tais condicionalidades visam à garantia de acesso aos direitos à saúde e educação, previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988. Na área de saúde, deve-se fazer o acompanhamento do cartão de vacinação, bem como do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. Além disso, as mulheres, se gestantes ou nutrizes, devem realizar o exame pré-natal e o acompanhamento de sua saúde e da criança. Na área da educação, exige-se a frequência escolar mínima de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária escolar mensal, em estabelecimentos de ensino regular, de crianças e adolescentes de 6 (seis) a 15 (quinze) anos de idade, e de 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária escolar mensal de jovens com idade de 16 (dezesesseis) e (dezessete) anos.

Segundo o artigo 27 do Decreto nº 5.209, de 2004, as condicionalidades representam as contrapartidas que devem ser cumpridas pelas famílias beneficiárias para a manutenção dos benefícios e possuem os seguintes objetivos: a) estimular as famílias beneficiárias a exercer seu direito de acesso às políticas públicas de saúde, educação e assistência social, promovendo a melhoria das condições de vida da população e; b) identificar as vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços públicos a que têm direito, por meio do monitoramento de seu cumprimento.

¹⁴ Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2011/marco/bravas-mulheres-do-bolsa-familia>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

A responsabilidade pelo acompanhamento e fiscalização do cumprimento das condicionalidades, de acordo com o artigo 28 do Decreto nº 5.209, de 2004, cabe: ao Ministério da Saúde, quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação e da vigilância alimentar e nutricional das crianças até sete anos de idade; e ao Ministério da Educação, quanto à frequência escolar mínima das crianças e adolescentes.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2014), são definidos parâmetros claros para o descumprimento das condicionalidades. Assim, os efeitos derivados da inobservância de quaisquer condicionalidades são gradativos, possibilitando a identificação das famílias beneficiárias que não cumprem as condicionalidades e o seu acompanhamento com vistas a sanar os problemas que geraram o descumprimento.

Após a constatação do descumprimento, o órgão gestor emite uma advertência. A família recebe uma notificação sobre o descumprimento da condicionalidade. Tal efeito fica registrado no histórico de descumprimento da família durante seis meses. Após decorrido esse período, caso a família incorra novamente em um descumprimento, o efeito será uma nova advertência. Todavia, se durante o período de 6 meses da última advertência, a família incorrer em um novo descumprimento, o efeito será o bloqueio do benefício por 30 dias, podendo ser sacado apenas junto com o benefício do mês seguinte.

Uma vez realizado o bloqueio do benefício, caso a família incorra novamente em um descumprimento de uma condicionalidade, o efeito será a suspensão do benefício pelo prazo de 60 (sessenta) dias, durante o qual não poderá ser sacado. Se a família continuar descumprindo as condicionalidades dentro do período de seis meses após a última suspensão, ela receberá novo efeito de suspensão e, assim, sucessivamente — ou seja, a suspensão será reiterada. O número de suspensões reiteradas da família será monitorado no Sistema de Condicionalidades (Sicon) e representará um indicativo de que a família está em situação de vulnerabilidade, necessitando de uma ação da Assistência Social.

Finalmente, o último efeito é o cancelamento do benefício, o qual somente poderá ser efetuado se a família estiver na fase de suspensão (período de seis meses após o último efeito de suspensão), tiver sido acompanhada pela Assistência Social, com registro no Sicon e, mesmo assim, continuar descumprindo as condicionalidades por um período maior do que 12 (doze) meses, contados a partir da data em que houver a coincidência do registro dos dois requisitos anteriores. Logo, trata-se de medida excepcional.

Todavia, não serão penalizadas as famílias que não cumprirem as condicionalidades previstas na hipótese de ausência de oferta do respectivo serviço, por força maior ou caso fortuito, conforme dispõe o §5º do artigo 28 do referido Decreto nº 5.209, de 2004.

2.3. OPERACIONALIZAÇÃO

O Programa Bolsa Família é operacionalizado à luz das diretrizes normativas previstas no Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamentou a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Trata-se, a propósito, de arcabouço regulamentar que ratifica a implementação de diretrizes de políticas públicas mediante descentralização da ação do Estado para os entes locais e que *pari passu*, fortalece, o papel do monitoramento dos conselhos de controle social.

A estrutura operacional do Programa Bolsa Família é intrinsecamente associada aos eixos que o conformam, quais sejam: a) a transferência direta de renda às famílias beneficiárias; b) o cumprimento e controle das condicionalidades nas áreas de educação e saúde; e c) a execução das ações e programas complementares, com vistas à superação da situação de vulnerabilidade social.

Preliminarmente, cabe registrar que a unificação dos diversos programas federais que precederam o PBF foi acompanhada, igualmente, pela unificação do órgão gestor e executor. Assim, nos termos do artigo 2º do Decreto nº 5.209/2004, foram conferidas ao MDS as seguintes atribuições:

“Art. 2º. Cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome coordenar, gerir e operacionalizar o Programa Bolsa Família e, em especial, executar as seguintes atividades:

I - realizar a gestão dos benefícios do Programa Bolsa Família;

II - supervisionar o cumprimento das condicionalidades e promover a oferta dos programas complementares, em articulação com os Ministérios setoriais e demais entes federados;

III - acompanhar e fiscalizar a execução do Programa Bolsa Família, podendo utilizar-se, para tanto, de mecanismos intersetoriais;

IV - disciplinar, coordenar e implementar as ações de apoio financeiro à qualidade da gestão e da execução descentralizada do Programa Bolsa Família; e

V - coordenar, gerir e operacionalizar o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.”

Em consonância com as atribuições que lhe foram conferidas, cabe ainda ao MDS presidir o Conselho Gestor do PBF - CGPBF, constituído por diversos órgãos e entidades federais que compõem a dinâmica de implementação das ações do programa. Assim, além do MDS, o CGPBF é constituído pelos seguintes órgãos: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Fazenda, Casa Civil da Presidência da República e a Caixa Econômica Federal, esta na qualidade de agente operador

do Programa. O referido Comitê é responsável pelas seguintes ações: definição de diretrizes pertinentes à formulação e integração de políticas públicas ao PBF; formulação de normas e procedimentos sobre o desenvolvimento e implementação do Programa; e definição de iniciativas para instituição de políticas públicas sociais visando promover a emancipação das famílias beneficiadas pelo Programa nas esferas federal, estadual e municipal.

Outro aspecto relevante no processo de operacionalização do PBF refere-se a definição de competências e responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e Municípios na execução do PBF. Trata-se, em verdade, de política pública que efetiva-se mediante modelo de gestão descentralizada. Dessa forma, a implementação do programa pressupõe a concatenação de esforços e ações dos diversos entes federados para assegurar a focalização do gasto nos extratos da população efetivamente mais pobres.

O apoio e efetiva adesão dos Estados e Municípios ao PBF efetivam-se mediante convênios formais a serem firmados com o MDS. Sem prejuízo de outras condições e demais critérios de operacionalização estabelecidos pelo órgão central, a adesão ao Programa pressupõe a existência de “instância de controle social na respectiva esfera federativa” e a “indicação de gestor municipal do Programa Bolsa Família e, no caso dos Estados e do Distrito Federal, do coordenador do Programa”, nos termos dos incisos I e II do §3º do artigo 11 do Decreto nº 5.209, de 2004.

No processo de gestão descentralizada para a execução do PBF, releva notar a competência dos Estados e Municípios quanto à acurácia e fidedignidade de insumo relevante para gestão e execução do programa, atinente às informações do Cadastro Único das famílias beneficiárias. O Cadastro Único consigna um rol de informações que reúnem elementos para assegurar a efetiva focalização do gasto alocado ao PBF e assim a efetividade dos critérios de elegibilidade previstos para o Programa. Desta forma, cabe aos Estados prover apoio e estímulo ao cadastramento pelos Municípios; aos Municípios, compete a inscrição das famílias pobres do Município no Cadastramento Único do Governo Federal; e ao Distrito Federal, cabe proceder à inscrição das famílias pobres no Cadastramento Único do Governo Federal.

Ainda no que tange ao Cadastramento Único, constata-se a importância da ação dos entes federados na dinâmica de atualização e revisão das informações do público-alvo do Programa. É importante considerar, *e.g.*, as mudanças de rendimento familiar e demais critérios de elegibilidade do programa, que podem propiciar a emancipação das unidades beneficiárias e permitir a otimização dos recursos públicos alocados ao programa.

A gestão do PBF compreende: a) a habilitação e seleção das famílias cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; b) a administração dos benefícios

para implantação, continuidade dos pagamentos e controle da situação e composição dos benefícios financeiros; c) o monitoramento da emissão e entrega da notificação sobre a concessão de benefício ao seu titular; d) o acompanhamento dos processos de emissão, expedição, entrega e ativação dos cartões magnéticos; e) o acompanhamento da rede de canais de pagamento posta à disposição das famílias beneficiárias durante o período de pagamento, das formas de saque utilizadas e da qualidade dos serviços prestados e; f) a promoção e acompanhamento de acordos de cooperação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

À luz do arcabouço de diretrizes mencionadas, o processo de transferência direta de renda às famílias elegíveis ao PBF ocorre mediante transferências regulares de recursos do MDS ao ente federado que tenha aderido ao Programa para apoio às ações de gestão descentralizada. A propósito, o montante devido a cada gestor local será equivalente ao respectivo Índice de Gestão Descentralizada, em âmbito estadual e municipal (IGD-E e IGD-M), que contempla uma série de indicadores da qualidade da gestão. O efetivo repasse de recursos para apoio financeiro aos entes executores do PBF realiza-se diretamente ao Fundo Nacional de Assistência Social e aos Fundos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

2.4. RESULTADOS GERAIS

O Programa Bolsa Família apresenta diretrizes claras no que tange à ação do Estado em prover renda às famílias pobres, para assegurar condições dignas de coexistência e, *pari passu*, promover melhoria dos padrões de educação e saúde dos beneficiários. Nesse sentido, os resultados do Programa são comumente aferidos em função dos parâmetros de acesso e melhoria do desempenho educacional dos alunos beneficiários e dos padrões de redução da desnutrição e insegurança alimentar e nutricional. Diversos indicadores podem ser considerados nesse contexto, a redução da mortalidade infantil e das internações hospitalares das crianças de 0 a 5 anos; redução da taxa de evasão escolar dos beneficiários, entre outros.

Outra dimensão dos resultados do PBF, de ordem econômica, alude à importância das transferências de renda no fluxo circular da renda (NERI; VAZ; SOUZA, 2013). Nesse contexto, cabe avaliar o impacto das transferências monetárias realizadas aos beneficiários do PBF sobre o consumo e a produção dos bens e serviços para esse segmento de renda e, por conseguinte, sobre o lucro das empresas e remuneração dos empregados.

Ainda sob a ótica econômica, Neri, Vaz e Souza (2013) demonstraram que as transferências do PBF apresentam importante efeito multiplicador sobre a atividade econômica. No que tange ao PIB, os autores constaram um efeito multiplicador de 1,78, ou seja, para cada R\$ 1,00 gasto no PBF, houve um estímulo ao crescimento do PIB no montante de R\$ 1,78.

Os impactos do Programa Bolsa família, a partir das avaliações já realizadas, apontam no sentido de uma garantia efetiva da fruição de direitos essenciais pelas famílias beneficiárias. Ao propiciar a regularidade de renda, o Programa amplia o consumo e modifica a dinâmica das economias locais, com efeitos positivos para o desenvolvimento regional.

Impõe-se assinalar que, sob um prisma de custo-benefício, o Programa aduz efeitos inequívocos. Isto porque, a um custo relativamente reduzido (R\$ 27,2 bilhões do Orçamento Geral da União para atender 14 milhões de famílias), ou aproximadamente 0,5% do PIB (NERI; VAZ; SOUZA, 2013), o Programa tem alcançado resultados significativos na melhoria da qualidade de vida e redução da pobreza do público-alvo.

Ao considerar-se a formulação original do Programa, sem a criação do benefício para a superação da extrema pobreza, foram realizadas estimativas de redução de 30% (Soares et al., 2010) a 50% (Souza et al., 2011) da extrema pobreza no Brasil. Os resultados do PBF revelam, portanto, um baixo custo relativo e um elevado benefício a partir da implementação da transferência de renda que o conforma.

Cumprе salientar ainda o fato de que, a despeito de não contemplar a redução da desigualdade, como um objetivo *a priori*, a implementação do Programa também resultou em efetiva redução da desigualdade de renda do País. Com efeito, o índice de Gini do Brasil evoluiu de 0,583, em 2003, para 0,526, em 2012, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2012. Há relativo consenso na literatura especializada quanto ao ineditismo da queda no coeficiente de Gini a partir do início dos anos 2000, considerando como parâmetro de comparação a sua mensuração desde os anos 1970.

As avaliações do PBF, no transcurso de dez anos de vigência do Programa, revelam seu elevado grau de focalização e um forte impacto na pobreza e na desigualdade de renda. Destacam-se, a propósito, sua estrutura de implementação e capacidade de alcançar aos mais pobres. Além disto, as análises realizadas sempre apontam as possibilidades de avanços que podem ser derivados das lições já extraídas da implementação Programa, para efeito da definição de suas diretrizes de longo prazo.

No que concerne aos impactos de curto prazo do PBF sobre a pobreza e a desigualdade, cabe mencionar estudos organizados por Barros, Foguel e Ulyseia (2007), que mostram um decréscimo de 4,5% do coeficiente de Gini da renda *per capita* familiar, entre 2001 e 2005, dos

quais metade deve-se às mudanças na distribuição da renda não provenientes do trabalho. Destas, o PBF contribuiu com 12%, e, por ser o programa com ações mais focalizadas entre os mais pobres, parece ter sido o mais eficiente.

Soares e Sátyro (2009) afirmam que o PBF é responsável por uma queda de 8% na proporção de pobres e 18% no hiato de pobreza, utilizando dados de pesquisas domiciliares de 2006, que é a diferença em termos percentuais da renda média dos pobres em relação ao valor da linha de pobreza. Por sua vez, Barros, Carvalho e Franco (2010) examinam os determinantes imediatos da redução da pobreza no período entre 2001 e 2008, e demonstram que a queda da desigualdade se deve ao fato de a renda dos mais pobres ter crescido mais rapidamente que a dos mais ricos. Os autores estimam que o PBF contribuiu com 15% do total da queda da incidência da extrema pobreza e com 35% da redução do hiato da extrema pobreza. Outros estudos, como Lindert et al. (2007) e Neri (2009), estendem o período de análise até 2008 e encontram efeitos do PBF da ordem de 17% do total da redução observada do índice de Gini.

Sob o mesmo prisma de análise, Kakwani, Neri e Son (2010) encontram efeitos maiores do Bolsa Família no período, por usar uma função de bem-estar mais pró-pobre, isto é, mais sensível às mudanças na baixa renda. A conclusão foi que um pequeno aumento nos programas de transferência de renda governamentais focalizados produziu um impacto dez vezes maior nas condições de vida dos pobres que as mudanças nos gastos previdenciários.

Conforme assinala Neri et al. (2013), os resultados obtidos indicam que, uma vez medida a redução da desigualdade através da variação do índice de Gini para a distribuição da renda *per capita* entre os estados, as diversas fontes de renda apresentaram as seguintes contribuições: i) a maior parte da redução da desigualdade pode ser atribuída às dinâmicas de renda do trabalho dos setores econômicos (81%), com a indústria e os serviços favorecendo a diminuição da desigualdade regional e a agricultura agindo no sentido contrário; ii) as aposentadorias e pensões e os aluguéis e doações também impediram maior redução da desigualdade regional; iii) as rendas referentes ao PBF e ao Benefício de Prestação Continuada contribuíram, respectivamente, com cerca de 15,0% e 9,3% da redução do índice de Gini da desigualdade regional no período.

Assim, há relativo consenso na literatura sobre políticas públicas quanto à efetividade do PBF, considerados os diversos aspectos atinentes ao espectro e abrangência dos programas de transferência de renda. Além de demonstrar significativo êxito na consecução dos objetivos inicialmente traçados, de propiciar alívio imediato da pobreza e promover as bases intertemporais para melhoria dos padrões de saúde e educação, o PBF gera significativas externalidades positivas para a sociedade, ao reduzir os níveis de desigualdade de renda.

3. CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

3.1. O DIREITO À SAÚDE

3.1.1. Direito à saúde como direito humano

A Constituição da Organização Mundial de Saúde¹⁵ (OMS) de 1946 define saúde como: “a situação de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. De acordo com a OMS, é “direito fundamental de todo ser humano o desfrute do mais alto nível possível de saúde sem distinção de qualquer natureza”. Ademais, “é dever de todo Estado a promoção e proteção da saúde de sua população”.

Trata-se de direito social que demanda, prioritariamente, uma postura ativa, de atuação do Estado por meio de prestações efetivas para a sua concretização. Nesse sentido, o direito à saúde vem sendo objeto de positivação no plano internacional por meio de diversos acordos e convenções no âmbito de Organismos Internacionais, em particular devido à importância e ao papel essencial da participação do Estado na adoção e implementação de políticas públicas¹⁶ na área da saúde.

Em relação à positivação do direito à saúde no plano internacional, destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1948, quanto ao seu pioneirismo em relação à previsão expressa do direito à saúde como condição precípua para assegurar o bem estar das famílias. A propósito, cabe citar o artigo 25 do referido documento:

“Artigo 25º

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.
2. A maternidade e a infância têm direito à ajuda e à assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.”

¹⁵ Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

¹⁶ Conforme Bucci (2006), política pública pode ser definida como: “o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados [...] visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Política Pública**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 39).

Ademais, cabe destacar as disposições emanadas pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU)¹⁷ de 1966, o qual estabelece em seu artigo 12:

“Artigo 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.”

A respeito desse dispositivo, o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas¹⁸ elaborou a “Recomendação Geral nº 14”, de 2000, concernente ao direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental. Analisando a referida Recomendação, Oliveira (2010) assinala que o significado da expressão “mais alto nível possível de saúde” abrange tanto as condições biológicas e socioeconômicas essenciais da pessoa humana, quanto os recursos e investimentos do Estado vinculados a tal finalidade. A autora acrescenta ainda que o direito à saúde pode ser concebido como o direito à fruição de uma gama de bens, serviços e condições necessárias para se alcançar o mais elevado nível de saúde.

Portanto, entende-se que o direito à saúde deve ser considerado em sua concepção mais ampla, que envolve o direito de exigir a atuação do Estado tanto em relação aos seus

¹⁷ Aprovado no Brasil pelo Decreto Legislativo n. 226, de 12 de dezembro de 1991, ratificada em 24 de janeiro de 1992 e promulgada pelo Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992.

¹⁸ “O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR) é o órgão de especialistas independentes que monitora a implementação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais pelos seus Estados Partes. O Comitê foi criado nos termos da Resolução ECOSOC 1985/17, de 28 de maio de 1985 para exercer as funções de monitoramento atribuídas ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) na Parte IV do Pacto. Todos os Estados Partes são obrigados a apresentar relatórios periódicos à Comissão sobre a forma como os direitos estão sendo implementados. Os Estados devem comunicar inicialmente no prazo de dois anos após a adesão ao Pacto e, posteriormente, de cinco em cinco anos. A Comissão examina cada relatório e aborda as suas preocupações e recomendações ao Estado parte na forma de "observações finais". Além do procedimento de notificação, o Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que entrou em vigor em 05 de maio de 2013, prevê a competência Comitê para receber e apreciar as comunicações de indivíduos alegando que os seus direitos decorrentes do Pacto tem foram violados. O Comitê também pode, em certas circunstâncias, proceder a inquéritos por violações graves e sistemáticas de qualquer dos direitos econômicos, sociais e culturais estabelecidas no Pacto, e considerar as queixas inter-estaduais. O Comitê se reúne em Genebra, e normalmente mantém duas sessões por ano, que consiste em uma plenária de três semanas e uma semana de grupo de trabalho pré-sessões. O Comitê também publica a sua interpretação das disposições do Pacto, conhecidos como comentários gerais.” (Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CESCR/Pages/CESCRIntro.aspx>>. Acesso em: 02 abr. 2015. Tradução nossa.)

determinantes básicos, como a disponibilização de água potável e serviços de saneamento básico, quanto em relação ao fornecimento de medicamentos, bem como atendimento, instalações e tratamento médicos adequados.

Ainda no âmbito das Nações Unidas, oportuno mencionar as seguintes convenções que abordam a questão do direito à saúde: a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher¹⁹, que trata, em seu art. 12, do compromisso de adoção de medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres em relação ao cuidado com a saúde e acesso aos serviços médicos, bem como assistência adequada durante a gravidez e a lactância; a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência²⁰, que trata, em seu art. 25, da adoção de medidas para garantir às pessoas com deficiência o acesso aos serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação; a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias, que prevê, em seu artigo 28, o direito dos trabalhadores migrantes e seus familiares de receber os cuidados médicos urgentes, em igualdade com os nacionais; a Convenção sobre os Direitos da Criança²¹, que dispõe, em seu artigo 24, acerca do direito de toda criança de gozar do melhor estado de saúde possível.

No âmbito do sistema interamericano (OEA), cabe mencionar o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “Protocolo de San Salvador”²², adotado no âmbito da OEA em 1988, que prevê, em seu artigo 10, o direito de toda pessoa à saúde, incluindo atendimento primário, imunização, prevenção e tratamento de doenças, programas de educação da população e satisfação das necessidades dos grupos de risco mais elevado e que, devido à sua condição de pobreza, estejam em situação de maior vulnerabilidade.

Ressalta-se ainda que a Constituição Federal de 1988²³, em seu art. 5º, §2º, ao incluir no rol de direitos protegidos constitucionalmente os direitos e garantias enunciados nos tratados

¹⁹ Aprovada inicialmente no Brasil pelo Decreto Legislativo n. 93, de 14 de junho de 1983 (com reservas), ratificada em 1º de fevereiro de 1984 e promulgada pelo Decreto n. 89.460, de 20 de março de 1984. Posteriormente, aprovada sem reservas por meio do Decreto Legislativo n. 26, de 22 de junho de 1994, e promulgada pelo Decreto n. 4.377, de 13 de setembro de 2002.

²⁰ Aprovada no Brasil pelo Decreto Legislativo n. 186, de 09 de julho de 2008, ratificada em 1º de agosto de 2008 e promulgada pelo Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009.

²¹ Aprovada no Brasil pelo Decreto Legislativo n. 28, de 14 de setembro de 1990, ratificada em 24 de setembro de 1990 e promulgada pelo Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990.

²² Aprovado no Brasil pelo Decreto Legislativo n. 56, de 19 de abril de 1995, ratificado em 21 de agosto de 1996 e promulgado pelo Decreto n. 3.321, de 30 de dezembro de 1999.

²³ “Art. 5º [...] § 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”

internacionais de que o Brasil é parte, conseqüentemente, acaba por incorporá-los ao ordenamento jurídico interno com *status* de norma constitucional.

Destarte, considera-se que as aludidas normas emanam diretrizes expressas pertinentes à responsabilidade do Estado em promover a saúde física e mental de seus cidadãos. Tais diretrizes devem pautar a ação setorial do Estado na área de saúde, a fim de assegurar a disponibilização de serviços de saúde eficientes e de qualidade para toda a população e, assim, promover o bem estar da sociedade.

3.1.2. Direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira Constituição Brasileira a reconhecer e consagrar expressamente o direito à saúde como direito social fundamental. A previsão expressa encontra-se em seu artigo 6º que trata dos direitos sociais²⁴, os quais abrangem também direitos relativos à educação, à assistência social, à previdência social, entre outros. Além disso, há previsão específica acerca do direito à saúde nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988²⁵.

²⁴ “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

²⁵ A constituição Federal de 1988 estabelece em seu art. 197 que: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” e remeteu, por meio do parágrafo 3º do art. 198, para o âmbito de Lei Complementar o disciplinamento acerca de aplicação de percentuais mínimos de recursos públicos nas ações e serviços de saúde, critérios de rateio de recursos entre União, Estados, DF e Municípios; fiscalização, avaliação e controle da despesa pública. A Lei Complementar nº 141, de 2012, disciplinou os aspectos acima citados. Por esta referida LC a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Caso ocorra variação negativa do PIB, o valor a ser aplicado não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, percentuais mínimos da arrecadação dos impostos e dos recursos específicos, deduzidas, no caso dos estados, as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal. Demonstrativo específico integra o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) em cumprimento ao art. 35 da Lei Complementar nº 141 de 2012, o qual determina que as receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal. Ademais constitui fator determinante para a elaboração do demonstrativo, o disposto no art. 25, § 1º, inciso IV, alínea b, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar nº 101, de 2000, que estabelece como condição para o recebimento de transferências voluntárias por parte do ente da Federação, o cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde. As orientações para a elaboração do demonstrativo específico encontram-se em: STN. **Manual de Demonstrativos Fiscais**: Aplicados à União e aos Estados. Distrito Federal e Municípios. 6 ed. Brasília: 2014. p.397-478. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/documents/10180/367031/MDF_6a_edicao/38fc07ec-07c7-4e83-b43a-fc7372be5eb5>. Acesso em: 05 abr. 2015.

Ressalta-se que a saúde, além de direito fundamental, é também dever do Estado, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que preceitua:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Assim, considera-se a obrigação precípua do poder público para com a efetivação do direito à saúde, através da implementação de políticas públicas e gestão descentralizada de ações e recursos.

Na literatura do direito à saúde, diversos aspectos jurídicos atinentes à tutela da saúde são abordados por diversos autores, dentre os quais, cabe mencionar: o conteúdo do direito à saúde (DALLARI, 2009; SARLET, 2007; OLIVEIRA, 2010); a correlação entre o exercício da cidadania e o direito à saúde (ARNAUD; CAPELLER, 2009); a regulação dos direitos fundamentais à saúde (CASTRO, 2002); a responsabilidade e as garantias derivadas do direito à saúde (DALLARI, 1994), e o financiamento à saúde, como ferramenta para concretização do direito à saúde (GALDINO, 2005; SARLET, 2003), entre outros.

Por oportuno, cabe registrar os apontamentos de Salazar e Grou (2009, p. 29-30) sobre a matéria em apreço:

“(i) o direito público à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (artigo 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integralidade deve zelar, de maneira responsável, o poder público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar;

(ii) o direito à saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa a consequência constitucional indissociável do direito à vida. O poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano de organização administrativa federativa brasileira, não pode mostra-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional;

(iii) o caráter programático da regra inscrita no artigo 196 da carta política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inseqüente, sob pena de o poder público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria lei fundamental”.

Sob um prisma de argumentação similar, Fonte (2013, p. 209) assinala que:

“A pretensão universalista do artigo 196, da Constituição Federal de 1988, embora louvável, do ponto de vista de meta social, revela-se absolutamente inviável no plano prático, de modo que não pode ser acolhida sem ressalva. De toda sorte, ao

condicionar o direito à saúde (direito à prestação de saúde) às políticas sociais e econômicas, tem-se que o artigo 196 somente pode ser interpretado como uma norma principiológica. Portanto, as pretensões de saúde pública destinadas à manutenção da vida são imediatamente exigíveis nessa concepção abstrata, de mínimo existencial, mas não o resto, que depende de políticas públicas.”

Assim, a provisão de um bem público essencial pelo Estado, na forma das diversas modalidades de serviços de saúde, deve efetivar-se com o grau de prioridade que lhe é peculiar, porém sempre à luz da estrutura programática da ação estatal para os outros dispêndios da área social e em consonância com as diretrizes da política econômica. Não se pode desconsiderar, a propósito, que os parâmetros da conjuntura econômica doméstica e do cenário internacional condicionam, de forma efetiva, a trajetória de implementação das políticas públicas do país.

Deve-se reconhecer ainda, conforme enfatiza Aith (2007, p. 134), que a implementação das políticas públicas, tanto econômicas quanto sociais, deve ser orientada pelos objetivos fundamentais da República estabelecidos no artigo 3º da Constituição Federal, dentre os quais se inclui o de “garantir o desenvolvimento nacional” de forma a “erradicar a pobreza e a marginalização”.

Desse modo, o direito à saúde exige do Estado uma visão sistêmica, organizada e racionalizada para o planejamento das políticas públicas sociais. Ademais, as políticas públicas devem estar pautadas de acordo com os princípios, metas e diretrizes definidos na Constituição Federal de 1988 como alicerces para a estruturação de políticas de saúde e para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.3. Organização do Sistema Único de Saúde

O direito à saúde, definido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi materializado por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do referido sistema, assentando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

Além de reconhecer a saúde como direito fundamental, a Constituição Federal de 1988 estabelece em seu artigo 198 as bases do SUS, posteriormente detalhadas pela Lei nº 8.080 de 1990. Com efeito, nos termos do referido dispositivo, as diretrizes constitucionais do SUS incluem: a descentralização; a integralidade do atendimento da saúde, priorizando-se as atividades de prevenção, sem prejuízo dos serviços médicos assistenciais; e a participação da sociedade.

Por sua vez, os princípios do SUS estão previstos no artigo 7º da Lei nº 8.080/1990:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.”

Cabe ressaltar ainda que os princípios do SUS devem ser considerados em conjunto com os direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição, conforme destaca Weichert (2004, p. 157):

“Os princípios do SUS não são isolados e dissociados dos demais princípios constitucionais, em especial dos estruturantes e dos consagradores de direitos fundamentais. Pelo contrário, eles estariam em relação a estes no patamar de subprincípios instrumentais para a concretização dos valores constitucionais que pairam no patamar mais alto da Constituição, em especial os previstos nos arts. 1º a 4º.

Conectam-se os princípios do SUS também ao sistema de direitos e garantias fundamentais (individuais, coletivos e sociais), concretizando o direito à vida, à integridade física, à saúde e ao bem-estar pleno. Ao mesmo tempo em que são concretizadores de princípios constitucionais genéricos, os princípios do SUS exercem semelhante papel em face das demais regras do sistema.”

Em virtude de seu caráter universal, Magalhães Júnior et al. (2013) destacam que o SUS é considerado uma importante política de promoção de inclusão social e seus avanços têm sido significativos nos últimos anos, apesar de persistirem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público equânime e eficiente.

A fim de melhorar a situação da saúde da população e reduzir as iniquidades, deve-se considerar a denominada abordagem dos determinantes sociais. Tal abordagem reconhece o fato de que as iniquidades no âmbito da saúde envolvem o enfrentamento das iniquidades sociais, e prevê a construção de intervenções coordenadas e coerentes entre si, capazes de potencializar a redução da vulnerabilidade e da desigualdade social (BRASIL, 2008).

Desse modo, a superação das desigualdades consiste em um desafio no âmbito da saúde pública e acredita-se que o SUS possa promover a equidade no acesso a serviços de saúde, sem comprometer seu caráter universal e igualitário (PAIM, 2006). Trata-se da grande contribuição do SUS para a agenda de redução da pobreza no Brasil, traduzida pela busca da garantia da inclusão e, conseqüentemente, redução da vulnerabilidade social, com equalização das oportunidades para as famílias mais humildes (MAGALHÃES JÚNIOR et al., 2013).

3.1.4. Elementos do direito à saúde

Com o propósito de especificar o conteúdo do direito de toda pessoa de desfrutar mais alto nível possível de saúde física e mental, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, em sua “Recomendação Geral n. 14”, indica quatro elementos do direito à saúde, quais sejam: (i) disponibilidade; (ii) acessibilidade; (iii) aceitabilidade e (iv) qualidade. A seguir, tais elementos são detalhados com base no referido documento (COMITÊ, 2000).

A disponibilidade refere-se à existência de número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, bem como de políticas e programas na área. Tais serviços incluem também aqueles relacionados aos determinantes básicos de saúde, como água limpa e potável, e condições sanitárias adequadas. Ademais, compreende-se a existência de pessoal médico e de medicamentos essenciais, assim definidos no Programa de Ação sobre medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A acessibilidade consiste no dever assumido pelo Estado no sentido de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação de qualquer natureza. Tal elemento subdivide-se em quatro dimensões superpostas: não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica e acesso à informação. A não discriminação refere-se à acessibilidade de fato e de direito aos setores marginalizados e vulneráveis da população. A acessibilidade física diz respeito ao alcance geográfico das instalações, bens e serviços de saúde em relação aos grupos vulneráveis e marginalizados, assim como uma distância geográfica razoável dos serviços médicos e determinantes básicos da saúde, inclusive em relação às zonas rurais. A acessibilidade econômica implica que os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos, inclusive os grupos socialmente desfavorecidos, assim como o pagamento pelos serviços de atenção à saúde, relacionados com seus fatores determinantes básicos deve atender ao princípio da equidade. O acesso à informação compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações sobre as questões relacionadas à saúde.

A aceitabilidade refere-se ao respeito pela ética médica e padrões culturais, inclusive das minorias, povos e comunidades indígenas, assim como o respeito pela confiabilidade e melhoria efetiva do estado de saúde das pessoas que são tratadas pelo sistema de saúde.

Por último, a qualidade diz respeito à adequação das instalações, bens e serviços de saúde sob o ponto de vista científico e médico e da boa qualidade. Isso requer, dentre outras coisas, pessoal médico capacitado, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e em bom estado, além de água limpa potável e condições de higiene adequadas (COMITÊ, 2000).

3.1.5. Tipologia das obrigações estatais no campo da saúde

Em consonância com o entendimento do Comitê (2000), as obrigações estatais em relação ao direito à saúde podem ser classificadas nas seguintes espécies ou categorias: (i) obrigações legais de caráter geral, (ii) obrigações legais específicas, (iii) obrigações internacionais, e (iv) obrigações essenciais. Nesse sentido, apresenta-se abaixo breve descrição de cada espécie de obrigação, conforme Oliveira (2010).

As obrigações legais de caráter geral possuem caráter progressivo imanente, diante da necessidade de recursos financeiros e estrutura legal e administrativa adequada para a concretização do direito de toda pessoa de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental. Assim, a realização progressiva de tais obrigações implica a atribuição aos Estados da

obrigação concreta e permanente de avançar o mais rápido e eficazmente possível até a plena realização do estabelecido pelo artigo 12 do Pacto.

As obrigações legais específicas são definidas pelo Comitê como as obrigações de: respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, sendo que essa última abrange as obrigações de facilitar, proporcionar e promover.

Por sua vez, a obrigação de respeitar o direito à saúde caracteriza-se como uma obrigação de natureza negativa, porquanto gera para os Estados o dever de se abster de determinadas ações. Tal obrigação configura-se no dever estatal de não limitar o acesso igualitário aos serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos, não impor tratamentos coercitivos, além de não ocultar ou desvirtuar intencionalmente informações relacionadas com a saúde.

A obrigação de proteger refere-se à atuação do Estado na defesa dos indivíduos em face da ação de terceiros, assim abrange a adoção de condutas comissivas de modo a impedir que os particulares violem o direito à saúde da população. Além disso, implica no dever de adoção de leis, regulamentos e outras medidas com o objetivo de zelar pela prestação de serviços privados, controle da comercialização de insumos e medicamentos por terceiros, e medidas de proteção de todos os grupos vulneráveis ou marginalizados da sociedade, assim como zelar para que terceiros não limitem o acesso das pessoas à informações e serviços relacionados à saúde. Ressalta-se ainda, em relação à obrigação de proteger, que o Estado tem o dever de assegurar que a privatização ou terceirização de serviços e instalações de saúde não constituam uma ameaça à acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade de tais serviços.

A obrigação de realizar consiste em uma obrigação de natureza positiva e abrange a adoção de normativas, políticas, programas e fornecimento de infraestrutura sanitária, que proporcione à população a possibilidade de acesso a bens e serviços em saúde. Ademais, tal obrigação compreende a adequada formação do pessoal médico, a existência de um número suficiente de hospitais, clínicas e outros centros de saúde; o fomento às investigações e pesquisas médicas e educação em matéria de saúde, assim como a organização de campanhas de informação; e a difusão de informações adequadas sobre as formas de viver e alimentar-se de modo saudável. Destaca-se ainda, segundo Oliveira (2010, p. 96), que: “[...] a materialização do direito à saúde da população traz como consequência para o ente estatal a obrigação de se abster de estabelecer via ações, políticas ou leis, medidas que impeçam o acesso da população a instalações, bens e serviços de saúde”. Além disso, a obrigação de realizar implica no dever de adotar medidas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária e judicial, direcionadas à

plena realização dos direitos humanos, criando condições efetivas e materiais para que as pessoas possam fruir de seus direitos.

Com referência às obrigações internacionais, essas são aquelas que demandam cooperação internacional e assistência de natureza econômica ou técnica. Tais obrigações estão relacionadas à significativa desigualdade observada entre o estado de saúde de populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como o dever de cooperação dos governos com o objetivo de garantir a atenção primária a todos (PAHO, 2009).

Finalmente, as obrigações essenciais definem um padrão mínimo de serviços, bens, instalações e condições de saúde, que o Estado é responsável por assegurar a todos. Tais obrigações podem ser definidas como o “conteúdo tangível da dignidade humana” (OLIVEIRA, 2010), uma vez que o acesso aos seus elementos constituintes viabiliza a vida humana em condições dignas de existência. Os Estados têm o dever imediato de realizar as obrigações essenciais, assim, não se lhes aplica o princípio da realização progressiva dos direitos sociais, cabendo-lhes legislar, regulamentar, desenhar e efetivar políticas, assim como mobilizar recursos financeiros para atendê-las sem justificar sua demora ou inação na indisponibilidade ou inexistência de tais recursos.

As obrigações essenciais indicadas pelo Comitê (2000) incluem: a) garantir o direito de acesso a bens, instalações e serviços de saúde sob uma base não discriminatória, em especial com respeito a grupos vulneráveis ou marginalizados; b) assegurar o acesso a uma alimentação essencial mínima, nutritivamente adequada e segura; c) garantir o acesso à habitação, condições sanitárias e água potável; d) fornecer medicamentos essenciais, segundo o critério da OMS; e) zelar pela distribuição equitativa de bens, instalações e serviços de saúde; f) adotar e aplicar, a partir de estudos epidemiológicos, uma estratégia e plano de ação nacional de saúde pública, os quais prever métodos, bem como o direito a indicadores e bases de referência da saúde que permitam monitorar eficazmente os progressos realizados.

Finalmente, o Comitê (2000) destaca algumas obrigações de caráter mais específico, classificadas como prioritárias: a) zelar pela atenção à saúde materna e infantil; b) proporcionar imunização contra as principais enfermidades infecciosas; c) adotar medidas para prevenir, tratar e combater as enfermidades epidêmicas e endêmicas; d) estimular políticas educacionais que tenham como objeto o acesso à informação e; e) proporcionar capacitação adequada ao pessoal do setor da saúde.

3.1.6. Monitoramento e avaliação: indicadores

Os indicadores sociais constituem importante mecanismo de aferição de resultados das políticas públicas, permitindo a mensuração do progresso alcançado na fruição de determinado direito social. Nesse sentido, Gotti (2012, p. 251) ressalta que o papel dos indicadores consiste em demonstrar o “impacto da medida adotada no grau de fruição de um direito por seu público-alvo, com relação a um específico ponto de referência temporal”. Além disso, a autora destaca a relevância dos indicadores no aumento da transparência da ação estatal e na prestação de contas à população.

Por sua vez, Andrade (2007, p. 27) assinala que os indicadores são essenciais para o monitoramento da realidade social, das condições de vida e bem-estar da população, bem como para fins de formulação e reformulação de políticas públicas.

De modo geral, os indicadores permitem: (i) a fixação de metas e a avaliação dos avanços já atingidos rumo ao objetivo inicialmente traçado; (ii) a identificação de problemas por meio de um sistema de análise prévia que permite a adoção de medidas corretivas; e (iii) a sinalização de que avaliações mais detalhadas e aprofundadas se impõem para aferir os resultados das políticas públicas.

Os indicadores explicitam o resultado da ação do Estado, derivado da alocação de recursos dos contribuintes que, originalmente, disponibilizam ao Estado as fontes de financiamento para a provisão dos diversos bens e serviços públicos demandados pela sociedade. Desta forma, os indicadores demonstram, por um lado, a orientação do planejamento estatal na definição das diretrizes de políticas públicas de saúde; e, por outro, o resultado das ações do setor público, em termos do impacto efetivo dos programas, projetos e ações, para a melhoria das condições de saúde da população.

No que concerne ao objeto de estudo deste estudo, isto é, considerado o foco de avaliação da atuação estatal no campo da saúde, à luz das condicionalidades do PBF, é importante registrar a importância da análise dos indicadores de impacto do programa e, por conseguinte, os efeitos sobre a dinâmica de saúde e bem estar dos beneficiários, no período *ex post* à implementação do PBF. Isto porque, as diretrizes definidas no arcabouço do PBF estabelecem, no rol de condicionalidades, o acesso regular dos beneficiários a serviços básicos de saúde. Nesse sentido, a tendência dos indicadores de saúde do PBF deve aduzir forte convergência aos preceitos da teoria do direito à saúde, sobretudo no que concerne às ações de prevenção da saúde materno-infantil. Esse enfoque será apresentado na seção subsequente.

3.2. CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA ÁREA DE SAÚDE

Conforme visto no capítulo 2, o Programa Bolsa Família consiste em um programa de transferência de renda condicionada cuja finalidade é promover o acesso das famílias pobres e extremamente pobres aos direitos sociais e romper com o ciclo intergeracional da pobreza por meio do cumprimento das condicionalidades. Tais condicionalidades consistem em um conjunto de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social e constituem em um compromisso assumido por parte das famílias beneficiárias, assim como responsabilidade do Estado pela oferta de serviços públicos (IPEA, 2013).

Na área da saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de 7 anos e/ou gestantes. As atribuições do Ministério da Saúde, compartilhadas com as esferas estaduais e municipais do SUS incluem a oferta dos serviços para acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de 7 anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério (BRASIL, 2004b).

3.2.1. Acompanhamento das condicionalidades

A abrangência do PBF impõe gestão descentralizada a fim de assegurar maior efetividade à promoção dos direitos sociais. Desse modo, a gestão do PBF na saúde é compartilhada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Em virtude da capilaridade dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, os indicadores relacionados ao acompanhamento das condicionalidades foram incluídos nos instrumentos de gestão do SUS²⁶.

Inicialmente, cabe citar o denominado Pacto pela Saúde²⁷, que abrange um conjunto de indicadores de saúde convencionados entre gestores do SUS para o alcance de metas e objetivos baseados em prioridades da rede de atenção à saúde. No rol de indicadores para o

²⁶ Tais instrumentos consistem em mecanismos que garantem o funcionamento do SUS e abrangem: Agendas de Saúde; Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Plano Diretor de Regionalização (PDR); e Programação Pactuada e Integrada (PPI), entre outros. (BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2015.

²⁷ “Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.” Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

fortalecimento da atenção básica, está previsto o acompanhamento na saúde das famílias beneficiárias do PBF (BRASIL, 2009).

Vale mencionar também o Contrato Organizativo de Ação Pública do SUS (COAP)²⁸, compromisso firmado entre gestores do SUS para organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços na área de saúde. Tal compromisso prevê o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é um dos indicadores (indicador 1.5 da diretriz 1) componentes de sua parte II (BRASIL, 2012a).

Ressalta-se, ainda, que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF está incluído na agenda de ações estratégicas do Ministério da Saúde, na medida em que o objetivo estratégico 16 constante no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 consiste em “contribuir para erradicar a extrema pobreza no país”.

Ademais, o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 compõe o rol de diretrizes para pautar o cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF. O Plano destaca os fatores socioeconômicos, culturais, condições de vida e trabalho como condicionantes da saúde da população. Além de reforçar o papel do SUS na redução das desigualdades sociais, tem como objetivo aperfeiçoar o SUS para que a população tenha acesso integral às ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de saúde, a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2011).

De acordo com o livro “Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania” (CAMPELLO; NERI, 2013), coletânea de artigos organizada pelo IPEA sobre os dez anos de implementação do PBF, a política de transferência de renda que o conforma propiciou a efetiva garantia de direitos sociais às famílias elegíveis ao Programa, sob a forma de inclusão social, redução das desigualdades e promoção da cidadania.

Ademais, os trabalhos da referida coletânea evidenciam o êxito do PBF em reconhecer como prioridade de política pública na agenda governamental o efetivo “compromisso e oportunidade no exercício da equidade na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde e, conseqüentemente, na redução das vulnerabilidades” (MAGALHÃES et al., 2013, p. 101).

No que tange às diretrizes do PBF, é possível observar, à luz da concepção de justiça de Rawls (1997), que o programa atende a dois pressupostos fundamentais para o estabelecimento de uma sociedade mais justa, quais sejam: a igualdade de oportunidades, aberta a todos em

²⁸ Ver a propósito: BRASIL. Metas e indicadores para composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública: Caderno. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/contrato-organizativo-da-acao-publica-da-saude-coap/metas_e_indicadores_da_parte_2_do_coap.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

condições de plena equidade, e o repasse dos benefícios auferidos aos socialmente desfavorecidos. O conceito de justiça, assim delineado, pressupõe, *a priori*, o amparo aos menos favorecidos economicamente, com vistas a corrigir as desigualdades sociais. Considera-se que, objetivamente, as leis muitas vezes ignoram as minorias, razão pela qual, presume Rawls que o critério de justiça postulado reúne condições necessárias e suficientes para tornar uma sociedade justa e igualitária.

3.2.2. Resultados dos indicadores de saúde: evidências da literatura

Nesta seção, a partir do exame da literatura, apresentamos os principais resultados derivados da implementação do PBF, decorrentes da evolução de indicadores de saúde selecionados, conforme apresentados pelos estudos da coletânea do IPEA (2013) sobre os dez anos de implementação do Programa no Brasil, que consubstancia diversos estudos técnicos sobre a efetividade da política pública em apreço.

- Desnutrição Infantil

O artigo “Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil: 1996-2007” (Monteiro et al., 2009) apresenta exame minucioso da desnutrição infantil no Brasil e demonstra que esta foi reduzida em cerca de 50% no período de 1996 a 2007 (de 13,5% para 6,8%). Alega-se que dois terços da redução poderiam ser atribuídos à evolução favorável dos quatro fatores estudados: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias (programas de transferência de renda, dentre os quais o PBF); 11,6% à expansão da assistência à saúde (em especial à organização da atenção básica); e 4,3% à melhoria nas condições de saneamento. Assim, o estudo conclui que a conquista deste resultado depende da manutenção das políticas econômicas e sociais que têm favorecido o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento.

- Baixo Peso ao Nascer (BPN)

Em estudo intitulado “Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da região Nordeste” (Santos et al.,

2010), que avaliou o efeito do PBF sobre o baixo peso ao nascer, os resultados apontaram que a prevalência de baixo peso ao nascer nos filhos de mulheres beneficiárias do PBF (5,5%) foi menor que nas não beneficiárias (6,5%), no estrato de renda mais baixo (renda *per capita* mensal inferior à R\$ 70,00). Todavia, entre os filhos de famílias com renda *per capita* mais elevada (entre R\$ 70,00 e R\$ 140,00 mensais), a diferença não foi estatisticamente significativa. Por conseguinte, os autores concluíram que o benefício do PBF pode ter um papel importante na prevenção do baixo peso ao nascer, em especial nas famílias mais pobres.

- Vacinação

Em 2009, foi realizada a pesquisa intitulada “Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – 2ª rodada” (AIBF II), organizada pelo MDS com o objetivo de avaliar o impacto do programa nas condições de vida das famílias beneficiadas. A referida pesquisa efetuou o cotejo de famílias beneficiárias e não beneficiárias pelo Programa. A AIBF II focalizou, dentre outros indicadores, o cumprimento de importante condicionalidade do PBF, referente à observância do esquema vacinal no primeiro ano de vida. Observou-se que a proporção de crianças com até seis anos de idade que nunca recebeu nenhuma vacina caiu de 21% para 18% entre 2005 e 2009, mostrando algum aumento da cobertura de vacinação, porém pouco significativo.

De modo geral, a cobertura vacinal tende a ser um pouco maior entre as crianças de famílias beneficiárias do PBF. Com relação à análise de impacto, observou-se um efeito positivo do Programa sobre o esquema vacinal, especialmente quando se observam os índices de vacinação contra difteria, tétano e coqueluche (a chamada tríplice bacteriana – DTP) e contra a poliomielite. A DTP foi mais freqüente entre as famílias beneficiárias do PBF, com uma diferença de 15,5 pontos percentuais na segunda dose e 26 pontos percentuais na terceira dose. Por sua vez, a proporção de crianças beneficiárias que receberam a terceira dose da pólio no período apropriado foi 11,6 pontos percentuais maior que a proporção de crianças de famílias não beneficiárias.

- Acompanhamento Pré-Natal

Pela AIBF II, verificou-se que mulheres grávidas beneficiárias do programa também se mostraram mais presentes no acompanhamento pré-natal. O peso ao nascer médio dos filhos de mães beneficiárias do PBF (3,26 kg) é pouco superior ao das crianças de mães não beneficiárias (3,22 kg), uma diferença de apenas 0,04 kg. Tal fato decorreria da constatação de que, em

2009, as grávidas beneficiárias do programa apresentaram 1,6 visita de pré-natal a mais do que as não beneficiárias. Entre 2005 e 2009, o número de gestantes beneficiárias do PBF que não receberam cuidados pré-natais caiu de 19% para 5%, queda significativamente maior que a observada entre não beneficiárias, cujo percentual caiu de 23% para 12% durante o mesmo período.

- Serviços assistenciais básicos de saúde

A pesquisa AIBF II indica que os impactos do PBF sobre indicadores de saúde relevantes são potencializados quando associados aos serviços assistenciais básicos de saúde, como os que são ofertados pelo Programa Saúde da Família (PSF). Conforme apontam Januzzi e Pinto (2013, p. 188):

“[...] o PSF, por um lado, traz o serviço de saúde preventiva para mais próximo da população pobre e, por outro, atua na provisão dos serviços necessários ao cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF: cuidados pré e pós-natal, atividades educativas nas áreas de saúde e nutrição, vacinação e acompanhamento do desenvolvimento infantil.”

No projeto “Perfil epidemiológico dos beneficiários do Programa Bolsa Família e o desempenho dos serviços de atenção básica à saúde” (FACCHINNI et al., 2013), mães e responsáveis por crianças de até 7 anos de idade, residentes nas áreas de abrangência de 244 unidades básicas de saúde em 35 Municípios, participaram de pesquisa e responderam questões sobre o perfil dos beneficiários do PBF, a utilização de serviços de saúde, a frequência à escola e a exposição ao trabalho infantil. De acordo com o estudo, crianças menores de 7 anos beneficiárias do PBF utilizaram mais a unidade básica de saúde (UBS) da área de abrangência em comparação àquelas que não recebiam o benefício. Isto evidencia avanços importantes no aumento do atendimento básico à saúde de grupos vulneráveis. Na região Nordeste, a realização de sete ou mais consultas de pré-natal na UBS do bairro foi maior em gestantes de domicílios que recebiam o benefício do PBF, e 90% das gestantes receberam orientação para aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, independentemente da região. O esquema vacinal infantil em dia alcançou, no mínimo, 90% das crianças no Nordeste e 95% no Sul. No Nordeste, a realização de consulta de puericultura até os 15 dias de vida do bebê foi maior em beneficiários do PBF comparados aos não beneficiários. Tanto no Sul quanto no Nordeste, as consultas de puericultura de 15 dias a 1 ano de vida foram mais frequentes entre os beneficiários do PBF. O estudo concluiu que as condicionalidades do Programa Bolsa Família

poderiam abordar uma cadeia completa do processo de cuidado, por exemplo, desde o pré-natal até o primeiro ano de vida das crianças, passando pelos cuidados do pós-parto.

- Mortalidade Infantil;

Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a mortalidade infantil foram examinados no artigo “Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities” (RASELLA et al., 2013). O período de análise foi de 2004 a 2009 e teve como objetivo avaliar o efeito do programa sob as taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos nos Municípios brasileiros. Centrou-se nas causas associadas à pobreza, como a desnutrição, diarreia e infecções respiratórias, além de alguns dos potenciais mecanismos intermediários, tais como vacinação, assistência pré-natal e internações hospitalares.

O estudo constatou que, nos Municípios em que o PBF tinha alta cobertura, a mortalidade geral entre crianças reduziu em 17%, sendo que esta redução foi ainda mais elevada quando se considerou a mortalidade específica por algumas causas como a desnutrição, caso em que a queda foi de 65%, e a diarreia, cuja diminuição foi de 53%.

A explicação dos autores para o efeito do PBF é que o aumento da renda permitiu o acesso das crianças a alimentos e outros bens relacionados com a saúde. E estes fatores ajudam na redução da pobreza das famílias, melhora as condições de vida, eliminam as dificuldades no acesso à saúde e, conseqüentemente, contribuem para diminuição das mortes entre crianças. De forma geral, os autores reforçaram o quanto o programa de transferência de renda pode modificar as chances de sobrevivência das crianças, e espera-se que estes resultados contribuam para o debate sobre a relação entre as políticas sociais distributivas e as condições de saúde da população.

Em suma, os resultados dos indicadores de saúde indicam que as condicionalidades em saúde no PBF contribuíram para ampliar o acesso das famílias pobres e extremamente pobres aos serviços básicos de saúde e, assim, para garantir o exercício da cidadania de forma efetiva. Todavia, deve-se considerar a importância de outras ações conjuntas adotadas pelo Ministério da Saúde que contribuíram para o impacto observado, como o próprio Programa Saúde da Família. Ademais, apesar de ampliar o acesso aos serviços de saúde, as condicionalidades por si só não garantem o atendimento efetivo e adequado às necessidades da população, em que pese a ausência de médicos, medicamentos e instalações suficientes para atender a demanda da população, sobretudo a mais carente, que depende dos serviços da rede pública de saúde (SUS).

Assim, destaca-se a necessidade de maiores investimentos na qualidade dos serviços médicos, atendimento, instalações e equipamentos, disponibilização de medicamentos, treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, tanto nos grandes centros urbanos, quanto em áreas rurais afastadas, a fim de que seja de fato concretizado o direito à saúde, constitucionalmente assegurado.

3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA À LUZ DO ARCABOUÇO TEÓRICO DO DIREITO À SAÚDE

À luz dos preceitos emanados do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (2000), especificamente, em sua “Recomendação Geral nº. 14”, cabe ressaltar, em primeiro lugar, que os resultados do PBF demonstram que a disponibilidade dos bens e serviços de saúde não foram alterados em função do Programa. O que se observa, de fato, é que o PBF preconiza ações que propiciam um serviço de saúde preventiva e, assim, lança as bases para aprimorar os padrões sanitários e nutricionais dos beneficiários.

No que tange à ação efetiva de disponibilização de infraestrutura hospitalar para atendimento mediante internações, cabe registrar que a oferta de leitos nos hospitais públicos e privados do país situa-se abaixo do mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que são 3 leitos para cada grupo de mil habitantes. No Brasil, a média nacional reduziu de 3,71 leitos por mil habitantes em 1990, para 2,26 em 2009, segundo informações das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária do IBGE²⁹. Importante ressaltar, todavia, que os esclarecimentos apresentados pelo Ministério da Saúde³⁰, há uma tendência de redução de leitos em âmbito internacional. Para ilustrar, é citado o exemplo do Reino Unido, que reduziu o número de leitos hospitalares em 26%, entre 2003 e 2012, passando de 3,95 por 1.000 habitantes para 2,91 por 1.000 habitantes. Em adição, são mencionados os dados do Canadá, cujo indicador passou de 3,4 para 2,7, entre 2008 e 2010. Alega-se que a Organização Mundial de Saúde alterou, no período recente a referência fixa e sugerida de quantidade de leitos pelo número de habitantes. Sobre a evolução da disponibilidade de leitos hospitalares no país, o MS destaca que diversos fatores devem ser considerados nesse contexto, quais sejam: (a) redução pela saída dos pacientes atendidos pela saúde mental, muitos vivendo ali como moradores por décadas e, enfim, podendo ser cuidados em liberdade; (b) a evolução tecnologia médica, que diminuiu o

²⁹ Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS33>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

³⁰ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15145&catid=11&Itemid=103>. Acesso em: 20 abr. 2015.

tempo de internação dos pacientes; (c) adoção de estruturas de saúde mais resolutivas e próximas da população, a exemplo das UPA (Unidade de Pronto Atendimento); (d) reforço das atividades de prevenção e promoção da saúde, .e.g., no âmbito do PBF; (e) expansão dos leitos extra-hospitalares; (e) reforma de programas que focalizam o atendimento domiciliar.

Sob o prisma do atendimento à família, de forma integral, é de se observar que o PBF restringe o seu foco de ação, i.e., existem limites claros em relação à disponibilidade de serviços para pronto atendimento de diversas enfermidades que requerem internação e cuidados médicos. Os resultados mais efetivos na área de saúde são adstritos ao público-alvo constituído por crianças de 0 a 7 anos (atenção básica à saúde e vacinação) e gestantes (cuidados pré e pós-natal). Com efeito, segundo informações divulgadas pelo Tribunal de Contas da União, consolidadas em Relatório de Fiscalização sobre o Sistema de Saúde do Brasil³¹, o país reduziu a taxa de mortalidade infantil de 48,8 para 15,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos, entre 1990 e 2010. Foi apontado como fator relevante para essa melhora do indicador referenciado, a efetividade do Programa Nacional de Imunização, pois atingiu coberturas de vacinação infantil próximas a 100%.

Em segundo lugar, uma análise do elemento acessibilidade revela que os beneficiários do PBF têm exercido o direito de acesso a bens e serviços de saúde, considerando-se, todavia, o escopo da atuação prestacional postulado pelo Estado nesse contexto. É notório ressaltar, nesse sentido, o fato de que o programa destina-se à unidade familiar, que pode contemplar distintas faixas etárias e ser integrada por pessoas com problemas de saúde diferenciados. Todavia, a atenção primária à gestante e crianças de 0-7 anos constitui prioridade fundamental, razão pela qual compõe as condicionalidades de saúde do programa e, assim, o rol de informações a serem objeto de acompanhamento e monitoramento regular pelos gestores do PBF. Os resultados do PBF indicam que as ações de saúde preventiva e de serviços básicos de saúde associados ao cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF - cuidados pré e pós-natal, atividades educativas nas áreas de saúde e nutrição, vacinação e acompanhamento do desenvolvimento infantil – acarretam maior acesso a serviços de saúde, notadamente de grupos vulneráveis da população que cumprem os critérios de elegibilidade do Programa.

Acerca da acessibilidade econômica, é de se observar que a efetiva correlação do PBF com esse postulado do direito da saúde requer o avanço das políticas de geração de emprego e renda, ou de “portas de saída”, implementadas concomitantemente às demais ações do Programa. Cabe aos agentes reguladores dos serviços, e ao Estado no limite de sua intervenção

³¹ Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

na atividade econômica, instituir diretrizes para resguardar o princípio da equidade no acesso aos serviços.

Com referência à qualidade dos serviços, a acepção normativa alude à “adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico, médico e de boa qualidade” referência e, sob um prisma *strictu sensu*, impende reconhecer os enormes desafios interpostos aos gestores das políticas públicas de saúde para provisão de serviços de qualidade, assim definidos. Por outro lado, a melhoria de alguns indicadores de saúde propiciados pelo PBF, *e.g.*, a redução da mortalidade infantil, o devido acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil por meio da vigilância alimentar e nutricional; a garantia de vacinação para crianças menores de 7 anos e da assistência pré-natal e pós-parto, atestam a melhoria efetiva da qualidade de vida da população beneficiária e do correlato padrão de bem-estar. Remanescem, todavia, nos termos divulgados pelos gestores do PBF, desafios atinentes à melhoria da eficiência na identificação e localização das crianças, à ampliação da cobertura do acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família e ampliar ações voltadas à promoção da alimentação saudável e a prevenção e o controle de doenças e distúrbios nutricionais.

Em relação à tipologia das obrigações estatais no campo da saúde, entende-se que as condicionalidades do PBF se inserem no âmbito da obrigação de realizar o direito à saúde, na medida em que amplia a possibilidade de acesso das famílias pobres e extremamente pobres a bens e serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A contribuição da atividade estatal na provisão e tutela de bens públicos e, por conseguinte, na garantia de direitos independente das diversas correntes teóricas sobre a magnitude, dimensão e formas de intervenção do Estado na atividade econômica, é comumente associada à supressão de externalidades negativas e promoção do bem-estar da sociedade. Assim, justifica-se a ação do Estado com vistas à promoção da eficiência econômica e à distribuição equitativa da renda e da riqueza. No que concerne ao papel distributivo, incumbe ao poder público ordenar sua ação programática com o intuito de promover uma distribuição equânime da renda e o acesso universal a bens sociais e direitos intrínsecos, notadamente, saúde e educação.

Ante o imperativo de cumprir sua função distributiva e prover o bem-estar social, a ação estatal em diversos países tem consignado diretrizes de políticas públicas eminentemente referenciadas aos denominados programas de transferência de renda. Trata-se, efetivamente, de programas de focalização do gasto público em famílias pobres e extremamente pobres, comumente associados à provisão de renda para assegurar aos beneficiários padrões condignos de sobrevivência e de bem estar.

Os primeiros programas de transferência de renda foram adotados nos países desenvolvidos, à luz do denominado “Estado de Bem Estar Social” europeu, com início na Dinamarca, em 1933, seguida pelo Reino Unido. Suécia, Finlândia e outros. Nos países subdesenvolvidos existem diversas experiências similares, sob o prisma do alívio imediato das condições de pobreza e rompimento do círculo vicioso e intergeracional de transmissão da pobreza. De modo geral, os programas delineados consubstanciam transferência monetária de renda aos cidadãos que atendem os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Importante notar um traço comum dos aludidos programas, qual seja o cumprimento de condicionalidades de educação e saúde. São ilustrativos nesse sentido, os exemplos dos programas adotados no Brasil, México, Argentina, Chile, Colômbia, Nicarágua, El Salvador, Peru, Paraguai, Uruguai, Panamá, República Dominicana, Bolívia e Guatemala.

No que concerne à experiência do Brasil com programas de transferência de renda, observou-se que a fase inicial contemplou ações segmentadas, que foram posteriormente consolidadas no denominado Programa Bolsa Família, formalmente instituído em 2004. É notório reconhecer que a gestão descentralizada do Programa, que consubstancia a coordenação de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e vincula parcela relativamente modesta do Orçamento da União frente a outros gastos - recursos orçamentários

no valor de R\$ 27,2 bilhões, equivalente a 0,5% do PIB em 2014, para atender cerca de 14 milhões de famílias. Com efeito, o Programa tem demonstrado relativo êxito em alterar os padrões históricos de efetivo acesso a direitos sociais básicos constitucionalmente assegurados a todos os brasileiros.

Sobre os efeitos do PBF nos padrões distributivos de renda do país, há resultados incontestes nesse sentido, a partir da melhoria do índice de Gini, que constitui uma das medidas mais tradicionais de desigualdade de renda. Com efeito, o índice de Gini do Brasil evoluiu de 0,583, em 2003, para 0,526, em 2012, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2012.

Como recorte analítico do presente trabalho monográfico, focalizamos o direito à saúde e examinamos sua interconexão com o Programa Bolsa Família. Cumpre ressaltar que a análise do direito à saúde no âmbito do PBF restringe-se aos resultados observados a partir das condicionalidades previstas no programa que abrangem, de forma mais efetiva, os padrões de saúde de gestantes e crianças na faixa etária de 0 a 7 anos.

No que concerne à disponibilidade de serviços de saúde à família, de forma integral, o programa, existem limites claros em relação à disponibilidade de serviços para pronto atendimento de diversas enfermidades que requerem internação e cuidados médicos. Os resultados mais efetivos na área de saúde são adstritos ao público-alvo constituído por crianças de 0 a 7 anos (atenção básica à saúde e vacinação) e gestantes (cuidados pré e pós-natal). Essas ações têm apresentado resultados importantes em termos de assiduidade ao pré-natal, redução de baixo peso ao nascer, diminuição expressiva da mortalidade infantil, sobretudo por desnutrição (65%) e diarreia (53%); acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças de 0 a 7 anos; e o acesso a serviços preventivos de saúde.

Sobre a acessibilidade às ações e serviços públicos de saúde, a partir do rol de informações que são objeto de acompanhamento e monitoramento regular pelos gestores do PBF, constata-se efetiva ampliação do acesso à saúde para os beneficiários do programa. Os resultados do PBF indicam que as ações de saúde preventiva e de serviços básicos associados ao cumprimento das condicionalidades do PBF - cuidados pré e pós-natal, atividades educativas nas áreas de saúde e nutrição, vacinação e acompanhamento do desenvolvimento infantil – acarretam maior acesso a serviços de saúde, notadamente de grupos vulneráveis da população que cumprem os critérios de elegibilidade do Programa.

Com relação à qualidade dos serviços de saúde, considerada a partir da “adequação das instalações, bens e serviços de saúde sob o ponto de vista científico e médico e da boa qualidade” existem limitações e desafios a serem superados. Todavia, ante as limitações do

sistema de saúde nacional, a melhoria de alguns indicadores de saúde propiciados pelo PBF, já referenciados indica um aumento da qualidade de vida da população beneficiária e do correlato padrão de bem-estar. São ilustrativas nesse sentido, as ações do PBF atinentes à prevenção e assistência à saúde materno-infantil, com reflexo na evolução dos indicadores de saúde das gestantes e crianças de zero a sete anos de idade.

Cumpre-nos observar, todavia, que remanescem importantes desafios correlatos à melhoria dos padrões de acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Nos termos já apontados pelos gestores do PBF, remanescem desafios atinentes à melhoria da eficiência na identificação e localização das crianças, à ampliação da cobertura do acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família e a necessidade de ampliação de ações voltadas à promoção da alimentação saudável e à prevenção e controle de doenças de distúrbios nutricionais.

Outro desafio relevante refere-se à melhoria da acessibilidade econômica aos bens e serviços de saúde. Assim, a efetiva correlação do PBF com esse postulado do direito da saúde requer o avanço das políticas de geração de emprego e renda, ou de “portas de saída”, implementadas concomitantemente às demais ações do Programa. Nesse sentido, incube aos agentes reguladores dos serviços, e ao Estado no limite de sua intervenção na atividade econômica, instituir diretrizes para resguardar o princípio da equidade no acesso aos serviços.

Em conclusão, cabe ressaltar que o modelo de proteção social brasileiro tem conferido prioridade às transferências monetárias em detrimento da conjugação de todos os parâmetros do direito de saúde na efetiva melhoria dos serviços sociais disponibilizados a todos os cidadãos. Impõe, a propósito, análise acurada dos limites de efetividade dos programas de transferência de renda, como forma de assegurar direitos humanos e assim, a avaliação de políticas estruturais, consubstanciadas em uma agenda de reforma institucionais – e.g., reforma tributária e da sistemática de alguns benefícios sociais – com vistas a criar as condições imprescindíveis e essenciais à prestação de serviços públicos de qualidade, à redução da desigualdade de renda e à geração de emprego e renda no país.

REFERÊNCIAS:

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ANDRADE, Sérgio R. **Um Guia para a Localização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs)**. Programa Gestão Municipal e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. São Paulo: NAPP – Núcleo de Apoio a Políticas Públicas, out. 2007. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/publicacao/558/um-guia-para-a-localizacao-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio--odms->>. Acesso em: 04 abr. 2015.

ARNAUD, A. J.; CAPELLER, W. Cidadania e direito a Saúde In: COSTA, Alexandre Bernardino Costa et al.(orgs). **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

ASHER, J. **The right to health: a resource manual for NGOs**. Londres: Common-wealth Medical Trust, 2004.

BARR, N. **Economics of the Welfare State**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (Orgs.). **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. A focalização do Programa Bolsa Família em perspectiva comparada. In: CASTRO, J. A.; MODESTO, L. **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

_____. **Decreto n. 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 25 out. 2014.

_____. **Lei n. 10.836 de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. **Caderno de Metas e indicadores para composição da Parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria Interministerial n. 2.509, de 18 de novembro de 2004.** Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/mds/portarias/2004/Portaria,P20Interministerial,P20no,P202.509-,P20de,P2018,P20de,P20novembro,P20de,P202004.pdf.pagespeed.ce.VEB_CTZe4K.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Bolsa Família.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 25 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI. **Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados – Bolsa Família e Assistência Social.** Brasília, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – 2a Rodada (AIBF II).** Sumário Executivo. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Avaliacao deImpactoProgramaBolsaFamiliaII.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BUCHANAN, James M. **Public Choice: The Origins and Development of a Research Program.** Fairfax: Center for Study of Public Choice at George Mason University, 2003.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Política Pública: reflexões sobre o conceito jurídico.** São Paulo: Saraiva, 2006.

CAMPELLO, Teresa; NERI, Marcelo (orgs.). **Programa Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania,** Brasília: IPEA, 2013.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias,** Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135, jan/jun 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/soc/n7/a05n7.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

COMITÉ dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observación general n. 14, 2000. **Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** Disponível em: <www.un.org>. Acesso em: 23 jan. 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O conteúdo do direito à saúde. In: COSTA, Alexandre Bernardino Costa et al.(orgs.). **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde.** Brasília: CEAD/UnB, 2009.

_____. **O Direito Sanitário na Constituição brasileira de 1988: normatividade, garantias e seguridade social.** Brasília: OPAS, 1994

DEMO, Pedro. Santo Estado, Maldito Mercado: de certas esquerdas que são direitas. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 451-476, maio/ago. 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

FACCHINI, L. A. et al. **Perfil epidemiológico dos beneficiários do bolsa família e desempenho dos serviços básicos de saúde**. Pelotas: UFPEL, 2013. (Relatório final).

FIORI, José Luís. Estado de bem-estar social: padrões e crises. **Physis**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 129-147, dez. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n2/08.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

FONSECA, Ana M. Medeiros da. **Família e Política de Renda Mínima**. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas Públicas e Direitos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2013.

GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos Custos dos Direitos**: direitos não nascem em árvores. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

GOTTI, Alessandra. **Direitos sociais**: fundamentos, regime jurídico, implementação e aferição de resultados. São Paulo: Saraiva, 2012.

JANUZZI, Paulo de Martino; PINTO, Alexandro Rodrigues. Bolsa Família e seus impactos nas condições de vida da população brasileira: uma síntese dos principais achados da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Bolsa Família II. In: CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (Org.). **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea, 2013.

KAKWANI, Nanak; NERI, Marcelo; SON, Hyun H. Linkages between pro-poor growth, social programs and labor market: The Recent Brazilian Experience. **World Development**, v. 38, n. 6, p. 881- 884, 2010.

KEYNES, John Maynard. **Teoria Geral do Emprego, do juro e do dinheiro**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

LAVINAS, Lena. **Programas de garantia de renda mínima**: Perspectivas brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA, 1998 (Textos para discussão, n. 596).

LINDERT, K. et al. **The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família Program**: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. World Bank, 2007. (Discussion paper, n. 709).

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. de. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (Org.). **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

- MALTHUS, Thomas Robert. **An Essay on the Principle of Population**. 1 ed. Londres: J. Johnson, 1798.
- MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, Fev. 2009.
- NERI, M. Income Policies, Income Distribution and the Distribution of Opportunities in Brazil. In: BRAINARD, L.; MARTINEZ-DIAZ, L. **Brazil as an Economic Superpower?** Understanding Brazil's Changing Role in the Global Economy. Washington: Brookings Institution, 2009. p 219-270.
- NERI, M.; VAZ, F. M.; SOUZA, P. H. Efeitos macroeconômicos do Programa Bolsa Família: uma análise comparativa das transferências sociais. In: Campello, T.; Neri, M. **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.
- OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIV, n. 48, p. 92-100, jan-mar. 2010.
- OMS. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2015.
- PAN AMERICAN HEALTH ASSOCIATION (PAHO). **Declaración de Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaration.htm>. Acesso em: 30 jan. 2015.
- PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago 2006.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian Municipalities. **Lancet**, London, v. 382, 2013, p. 57-64.
- RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. Trad. Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- REGO, Walquíria Leão. Aspectos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. **Lua Nova**, São Paulo, n. 73, p. 147-185, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n73/n73a07>>. Acesso em: 4 set. 2014.
- REGO, Walquíria Leão; PINZANI, Alessandro. **Vozes do Bolsa Família**: Autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Editora da UNESP, 2013.
- RICARDO, David. **On the Principles of Political Economy and Taxation**. London: John Murray, 1817.
- SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola. **A defesa da saúde em juízo**: teoria e prática. São Paulo: Verbatim, 2009.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc. In: BRASIL. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_13_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set./nov. 2007. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/rere.asp>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SCHMID, Josef. **Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme**. 2. Ed. Opladen: Leske + Budrich, 2002.

SMITH, Adam. **An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations**. London: W. Strahan, 1776.

SOARES, F. V. Para onde caminham os programas de transferências condicionadas? As experiências comparadas do Brasil, México, Chile e Uruguai. In: CASTRO, J. A.; MODESTO, L. **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2010.

SOARES, Luísa de Azevedo Senra. **Transferências de renda: modalidades e finalidades**. Março, 2010. Disponível em: <<http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/luisaazevedoTransferenciasderendanoBrasil.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

SOARES, S. et al. Os impactos do benefício do Programa Bolsa Família sobre a desigualdade e a pobreza. In: ABRAHÃO, J. de C.; MODESTO, L. **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2010.

SOARES, S. et al. **Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade**. Brasília: IPEA, 2007. (Texto para discussão, n. 1293).

SORJ, Bernardo. **A democracia inesperada: cidadania, direitos humanos e desigualdade social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

SOUZA, P. H. et al. **Metodologia para simular o Bolsa Família**. Brasília: Ipea, 2011 (Texto para Discussão, n. 1.654).

STIGLITZ, J. **Economics of the public sector**. New York: W.W. Norton, 1988.

SUAREZ, M.; LIBARDONI, M. O impacto do Programa Bolsa Família: mudanças e continuidades na condição social das mulheres. In: VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. (Eds.). **Avaliação de políticas e programas do MDS: Resultados**. Volume II: Bolsa Família e assistência social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2007.

SUPLICY, Eduardo Matarazzo. Imposto Negativo: A garantia de renda mínima. **Teoria e Debate**, n. 15, ago./out. 1991. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/editora/teoria-e-debate/edicoes-anteriores/economia-imposto-negativo-garantia-de-renda>>. Acesso em: 20 out. 2014.

ULLRICH, Carsten. **Soziologie des Wohlfahrtstaates**. Eine Einführung. Frankfurt: Campus, 2005.

VANDERBORGHT, Yannick; VAN PARIJS, Philippe. **Renda Básica de Cidadania: Fundamentos éticos e Econômicos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

VIANA, Ana; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: Introduzindo o debate. In: VIANA, Ana; ELIAS, Paulo; IBÁÑEZ, Néson (Orgs.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 15-57.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

ZIMMERMANN, C.; SILVA, M.C. As experiências internacionais de renda mínima na redução da pobreza. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 82, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/082/82zimmermann.htm>>. Acesso em: 10 set. 2014.