

Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais

Social inequalities, healthcare and well-being: opportunities and obstacles on the horizon of transversal public policies

Rosana Magalhães¹

Luciene Burlandy²

Mônica de Castro Maia Senna³

Abstract *The development of a distributive justice model that is responsive to new claims and demands in the social policy field requires in-depth examinations and critiques of the ways in which public policies are drawn up and implemented. Reconstituting and analyzing different institutional dynamics, decision contexts and program performances emerge as tasks that are crucial to the quest for alternative ways of strengthening integration and empowerment experiences. The purpose of this article is to present these issues and help affirm commitments to transversal and convergent public actions combating poverty, social exclusion and unequal healthcare.*

Key words *Poverty, Public policy, Health equity*

Resumo *O desenvolvimento de um modelo de justiça distributiva capaz de responder às novas exigências e demandas no campo da proteção social submete ao exame e à crítica o desenho e a implementação de políticas públicas. Reconstituir e analisar diferentes dinâmicas institucionais, contextos decisórios e o desempenho de programas sociais emergem como tarefas cruciais para a busca de alternativas capazes de fortalecer experiências de integração e emancipação. Neste artigo, a perspectiva é trazer à tona estas questões contribuindo para afirmação do compromisso em torno de ações públicas transversais e convergentes contra a pobreza, a exclusão e as iniquidades em saúde.*

Palavras-chave *Pobreza, Política social, Equidade em saúde*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões 1480/910, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. rosana@ensp.fiocruz.br

² Faculdade de Nutrição, Universidade Federal Fluminense.

³ Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense.

Introdução

Os temas da pobreza e da desigualdade social têm acompanhado a civilização humana ao longo da história, mas a inserção na agenda pública como problemas prioritários irá acontecer a partir do desenvolvimento da moderna sociedade urbana e da reatualização do conceito de cidadania nos séculos XVIII e XIX. Como aponta Marshall¹, se na sociedade feudal não havia nenhum código de direitos e deveres capaz de orientar as relações sociais a despeito de privilégios enraizados, na modernidade a desigualdade deixa de ser natural e passa a estimular a busca de novas alternativas de convívio e integração social. Tal percurso, porém, revelou a existência de fortes antagonismos e tensões entre os ideais de igualdade e bem-estar e as distintas respostas institucionais aos dilemas da pobreza e da miséria. Muitas vezes aspectos morais, perspectivas punitivas e concepções conflitivas sobre direitos e obrigações sociais repercutiram em perfis distintos de proteção social. Na Europa, como analisa Paugam², modos de regulação da pobreza baseados na intervenção do Estado sob a égide da solidariedade nacional, no princípio de subsidiariedade ou na supremacia das comunidades locais evidenciaram a pluralidade de concepções em torno da questão social nos diferentes contextos nacionais. No entanto, a experiência do pleno emprego e a expansão dos benefícios sociais estruturada a partir da contribuição salarial fortaleceu mecanismos de integração social para além das redes de proteção tradicionalmente associada à família e ao pertencimento comunitário. Assim, o surgimento dos chamados *welfare states* após a Segunda Guerra Mundial consolidou um sistema de proteções e garantias no qual o direito à assistência residual foi substituído pelo direito universal ao bem-estar.

Após as décadas de 1970 e 1980, porém, transformações na dinâmica de trabalho e no perfil dos estados nacionais resultantes dos processos de globalização e inovação tecnológica reintroduziram a tensão entre o projeto de proteção social baseado nos direitos universais de cidadania e as possibilidades e alternativas concretas de integração. O desemprego estrutural, o enfraquecimento de formas tradicionais de associação e luta coletiva e a inadequação dos mecanismos de gestão pública dos novos problemas sociais multiplicaram experiências de vulnerabilidade, dependência e

exclusão entre grupos sociais anteriormente protegidos³.

Neste cenário transformado, apesar de ser possível constatar o crescimento da participação no mercado de trabalho especialmente das mulheres, a multiplicação de situações de instabilidade e precariedade do emprego e as perdas salariais têm afetado, de maneira dramática, as expectativas legítimas de bem-estar diferentes grupos sociais. Para Turner⁴, a tradicional estrutura de classes passa a evidenciar novas composições e arranjos sociais com o enfraquecimento da classe média e o crescimento dos chamados “working poor”. Além disso, o envelhecimento da população e a falta de oportunidades para os jovens alimentam disputas intergeracionais por recursos e ameaçam a construção de laços e vínculos sociais. Na verdade, a competitividade tende a inspirar fortemente as diferentes formas de interação humana e, assim, contribuir para o que Bauman⁵ vê como dois desenvolvimentos intimamente relacionados: ***o colapso das demandas coletivas por redistribuição e o crescimento selvagem da desigualdade***.

No Brasil, país que integra o conjunto de países considerados ricos com relação ao Produto Interno Bruto (PIB), verifica-se que, apesar da tendência declinante da desigualdade de renda entre 1995 e 2004⁶, mais de um terço da população é pobre. Ao mesmo tempo, se abandonamos os dados de renda monetária e incorporamos outras importantes dimensões da desigualdade, tais como o acesso à educação, serviços de saúde, terra e saneamento, percebemos a existência de amplos contingentes da população privados de direitos básicos de cidadania. Considerando a pobreza como um fenômeno complexo e multifacetado que envolve a capacidade das pessoas participarem do circuito de reciprocidade que garante direitos e prerrogativas e, principalmente, a inserção em um “mundo comum”, podemos dizer que os dilemas da integração social permanecem inescapáveis. Ao mesmo tempo, as políticas públicas têm um efeito paradoxal sobre o quadro social brasileiro na medida em que apresentam, em geral, baixa capacidade de promover equidade e alcançar os segmentos mais pobres e vulneráveis da população. Historicamente marcadas pelo autoritarismo, clientelismo e fragmentação institucional, as políticas sociais permanecem confrontadas com os dilemas do assistencialismo, do corporativismo e da ineficiência. Embora inovações políti-

cas e organizacionais importantes e voltadas ao alcance de maiores impactos redistributivos, consolidação de arranjos participativos e expansão de direitos sociais tenham sido implementadas sobretudo no contexto de redemocratização dos anos 80, o país enfrenta níveis intoleráveis de pobreza e exclusão social.

Em parte, a tendência de “reversão da agenda de reformas” na década de 1990 expressou os limites e as dificuldades presentes no cenário político e social brasileiro para o amadurecimento de compromissos públicos em torno da seguridade social e da equidade. Ainda que algumas iniciativas voltadas à expansão de benefícios não contributivos e superação da lógica da assistência tenham sido formuladas e implementadas no país após a Constituição de 1988, recursos insuficientes, segmentação de clientela e seletividade ameaçam o desenvolvimento de políticas sociais com vocação universal e orientadas pelos direitos de cidadania.

Pobreza, desigualdades sociais e saúde

Os impactos da pobreza no perfil de saúde dos diferentes grupos sociais são diversos e vêm sendo problematizados por múltiplos campos disciplinares em diferentes países do mundo. Sob distintas tradições do pensamento e conjunturas históricas, esses campos articulam-se, porém, em torno de um eixo analítico comum que é “o estudo dos determinantes sociais da doença e dos serviços de saúde”⁷.

Para Braveman⁸, as iniquidades em saúde não se referem a qualquer tipo de diferenças, mas aquelas que colocam determinados grupos sociais como, por exemplo, os mais pobres, as minorias étnicas e as mulheres em situações persistentes de desvantagem e discriminação, as quais afetam a saúde de modo distinto dos demais grupos sociais. Também é preciso considerar que a ocorrência de doenças em determinados grupos sociais contribui, por sua vez, para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas na medida em que impõe condições diferenciadas de conversão da renda e demais recursos disponíveis no âmbito familiar em bem-estar.

No Brasil, a produção científica no campo da Saúde Coletiva tem trazido evidências claras sobre a profunda articulação entre condições de vida e níveis de saúde da população⁹. Em um país marcado por elevados índices de pobreza e de desigualdade social, diversos estudos têm buscado compreender como as desigualdades

socioeconômicas, étnico-raciais, regionais e de gênero produzem impacto no perfil de morbimortalidade da população e no acesso e utilização dos serviços de saúde¹⁰. Como mostra Travassos¹¹ a partir dos dados da PNAD de 1998, gênero, cor e condições sociais expressas em anos de escolaridade e posição do chefe da família no mercado de trabalho influenciam as chances de utilização dos serviços de saúde. A pesquisa de Landman¹² realizada no município do Rio de Janeiro no início dos anos 90 aponta a associação entre concentração residencial de pobreza e maiores níveis de mortalidade infantil, menor expectativa de vida e maior taxa de homicídios. Apesar dos inegáveis avanços obtidos através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de expansão de oferta e cobertura dos serviços, ainda persistem acentuadas disparidades entre grupos sociais e entre regiões do país. Os grupos mais pobres e de baixa escolaridade, os afro-descendentes, os indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste tendem a apresentar maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e apresentam piores indicadores sanitários.

Como parte desta dinâmica de reflexão em torno das interações entre processos sociais e saúde, a perspectiva da promoção à saúde, que ganha impulso a partir do Informe Lalonde divulgado em 1974 no Canadá¹³, ressalta a relevância de políticas públicas capazes de proporcionar à população as condições necessárias para alcançar melhores resultados e controle sobre sua saúde, incluindo o acesso a bens e equipamentos coletivos, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, além de justiça social, paz e equidade. As dimensões do desenvolvimento comunitário e da participação social nas diferentes arenas decisórias das políticas públicas são também valorizadas reconhecendo, portanto, a importância da “redistribuição do poder” no campo da promoção da saúde¹⁴. Este verdadeiro “mosaico” de pontos de vista e referenciais teórico-metodológicos coloca atenção especial na investigação avaliativa de políticas públicas intersetoriais.

Assim, de um lado, a abordagem da promoção da saúde, ao sublinhar as especificidades de processos macro e micro-sociais que resultam em situações desiguais no acesso à saúde, contribui para avaliar os impactos das políticas públicas destinadas a enfrentar quadros de pobreza e desigualdade social. Por outro lado, o estudo e acompanhamento das ações estratégicas voltadas à redução da po-

breza e da miséria tende a integrar, cada vez mais, as reflexões sobre saúde no país.

Programas de transferência condicionada de renda: alcances e limites

Os programas de transferência condicionada de renda – *conditional cash transfers* – têm alcançado, após a década de 1990, especial destaque no debate sobre as políticas públicas de proteção social e combate à pobreza. Frente às transformações nas condições de vida ligadas ao aumento do desemprego, precarização das relações de trabalho e crise de laços e vínculos sociais, tais programas emergem como alternativas às ações tradicionais no campo da assistência social.

Assim, para além do alívio da miséria e da fome, visam garantir impactos positivos no desenvolvimento de capital humano através da transferência de benefícios monetários não contributivos associados a contrapartidas sociais. As contrapartidas ou condicionalidades exigidas às famílias ou indivíduos podem incluir a manutenção dos filhos na escola, o uso dos serviços básicos de saúde ou, ainda, a inserção em ações complementares de capacitação profissional e geração de emprego e renda favorecendo, portanto, efeitos em longo prazo no perfil de desigualdades sociais.

A implementação de múltiplas experiências na Europa, América Latina e África tem despertado o interesse no acompanhamento das ações e na avaliação de resultados. Ainda que a maioria dos estudos reitere os pontos de contato entre as distintas iniciativas, existem também fortes evidências de que o desenho operacional e os processos de cadastramento, seleção e monitoramento variam de acordo com as respectivas dinâmicas político-institucionais locais. Na França e na Espanha, o desemprego prolongado e a erosão das formas de solidariedade familiar e comunitária têm impacto na identidade social de categorias da população antes fortemente protegidas. Assim, no contexto europeu, as políticas de transferência de renda tendem a buscar corrigir a estigmatização e discriminação reintegrando os indivíduos ao mercado de trabalho¹⁵. A análise de Rawlings & Rubio¹⁶ sobre os programas desenvolvidos na segunda metade dos anos 1990 no México, Colômbia, Honduras, Jamaica, Nicarágua e Turquia mostra que, nestes países, os auxílios monetários são combinados à frequência escolar e acesso aos serviços de saúde visando contribuir, de um lado,

para romper o ciclo de transmissão intergeracional da pobreza na medida em que aumentam o capital humano de jovens e crianças e, por outro lado, amenizar as carências mais imediatas das famílias. As experiências também revelam que a transferência de recursos é, em geral, realizada diretamente aos pobres e a titularidade dos benefícios é preferencialmente concedida às mulheres, na perspectiva de reduzir custos administrativos e explorar o pressuposto de que as mulheres tendem a maximizar as estratégias familiares de sobrevivência e melhoria do bem-estar. Os programas de transferência de renda também tendem a fortalecer a economia local, além de favorecer a autonomia dos usuários em relação à utilização dos recursos.

No entanto, existem também diferenças significativas no desenho operacional dos programas de transferência condicionada de renda ligadas à natureza e abrangência dos fenômenos da pobreza e da exclusão em cada realidade local. No México e na Colômbia, por exemplo, o valor do benefício monetário cresce à medida que os jovens avançam nos níveis de escolaridade, sendo, portanto, maior no ensino médio do que no fundamental. Frente às barreiras sociais e culturais para a elevação do nível educacional especialmente vividas pelas mulheres, o programa mexicano Oportunidades inclui ainda um incentivo financeiro para que as meninas consigam concluir o ciclo escolar. Como ressaltam os autores, os programas de transferência condicionada de renda diferem ainda no que se refere à incorporação de incentivos para facilitar o acesso aos serviços de saúde ou o maior envolvimento de professores. Na Nicarágua, para cada criança participando do programa, o professor recebe um bônus visando influenciar tanto o padrão de acompanhamento do desempenho escolar como a relações de compromisso entre as escolas e as famílias beneficiárias. Ainda no que tange às diferenças na estrutura de incentivos vinculada aos programas, recursos humanos e materiais podem ser disponibilizados para a rede pública de saúde, educação, transporte e saneamento a fim de viabilizar a convergência de ações públicas para a população-alvo.

Assim, a despeito das semelhanças entre as iniciativas, critérios de elegibilidade, suportes financeiros e gerenciais, as estratégias de implementação e avaliação adotadas tendem a espelhar as especificidades dos perfis locais de pobreza, exclusão e proteção social. Cabe nesse sentido perguntar, em um contexto marcado pelas profundas disparidades regionais e desigualdades soci-

ais como o brasileiro, como as políticas de transferência condicionada de renda podem impactar as condições de vida e saúde da população.

A experiência brasileira

No Brasil, onde a situação de pobreza e vulnerabilidade da população é alimentada por déficits históricos de integração e fragilidade do sistema de proteção social, a introdução de programas de transferência condicionada de renda ganha força a partir do debate em torno do projeto de lei de autoria do Senador Eduardo Suplicy de 1991, que visava instituir o Programa de Renda Mínima e, mais tarde, através das experiências pioneiras desenvolvidas nos municípios de Campinas, Ribeirão Preto, Belo Horizonte e no Distrito Federal.

O aprendizado institucional obtido a partir de programas e projetos de renda mínima federais, estaduais e municipais e a implantação de um cadastro único para os beneficiários das políticas sociais, em 2001 – o CADÚNICO – contribuíram para a elaboração de uma proposta unificada capaz de superar a heterogeneidade das iniciativas, maximizar os benefícios e articular as diversas esferas de governo. Desse modo, o Programa Bolsa Família, instituído em outubro de 2003 pelo governo federal¹⁷ e inicialmente implantado em municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) localizados nas regiões Norte e Nordeste do país, torna-se um dos principais eixos da política social. O programa é voltado para as famílias vivendo em pobreza e pobreza extrema, definidas a partir do critério de renda monetária. Além do benefício fixo de 60 reais, a família tem direito a um auxílio de 15 reais por cada gestante, nutriz ou criança na faixa etária de 0 a 15 anos, até o limite de três filhos. As famílias pobres sem filhos, gestantes ou nutrizas podem ser contempladas, mas recebem apenas o valor fixo estipulado pelo programa. As condicionalidades legalmente exigidas são a frequência escolar de crianças e jovens, o acompanhamento do pré-natal, a manutenção do esquema de imunização, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantis e, ainda, a participação em programas complementares de alfabetização de adultos e capacitação profissional.

Segundo dados do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), em maio de 2005, estavam sendo atendidos 5.539 municípios, 99,6% do total do país, totalizando 7 milhões de famílias e cerca de 28 milhões de pessoas. Ainda, de acordo com o MDS, o alcance da meta de cobertura de

11,2 milhões de famílias em dezembro de 2006 envolveu um custo médio de 7,5 bilhões de reais.

Para Villatoro¹⁸, porém, as evidências em torno de impactos e custo-efetividade dos programas de transferência condicionada de renda mostram importantes limitações e desafios. O fortalecimento do componente educacional, por exemplo, envolve garantir que os benefícios sejam superiores ao custo oportunidade da manutenção das crianças na escola e, também, incorporar estratégias inovadoras voltadas à mudança de valores e atitudes em relação à educação. Em estudo realizado pelo autor sobre o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) em 2004, foi identificado que apenas 11% dos adultos beneficiários em Pernambuco e 18% na Bahia avaliavam ser necessário a frequência escolar das crianças e, mais de 50% não consideravam o trabalho infantil prejudicial. A fraca articulação com iniciativas voltadas à inserção ocupacional, por outro lado, tende a dificultar o processo de autonomização das famílias.

Na 3^o Conferência Internacional sobre Programas de Transferência de Renda realizada em 2006 na Turquia¹⁹, uma das conclusões acerca dos impactos e efeitos dos programas é de que, apesar de existirem sólidas evidências sobre o aumento da utilização de serviços de saúde e educação principalmente entre os grupos que tinham menos acesso anteriormente ao recebimento dos benefícios, os resultados “ finais ” em educação e saúde são menos consistentes. Ainda que os ganhos em anos de escolaridade e redução das taxas de mortalidade infantil entre famílias beneficiadas expressem avanços inegáveis, no que se refere ao desempenho escolar e situação nutricional os impactos tendem a ser menos significativos. Segundo os pesquisadores, mudanças na qualidade dos serviços e até mesmo reorientações no padrão de escolhas e comportamentos dos beneficiários devem ser introduzidas a fim de ampliar a efetividade dos programas de transferência condicionada de renda. Outra conclusão importante é a de que nas regiões onde a qualidade e o acesso aos serviços sociais não são adequados, a exigência de cumprimento das condicionalidades pode levar a uma “ focalização espúria ”, excluindo os mais necessitados e vulneráveis.

A flexibilidade para alterar os rumos dos programas de acordo com contextos institucionais, culturais e sociais específicos torna-se, assim, uma questão chave. Ou seja, os resultados negativos podem estar associados a constrangimentos no âmbito das famílias ou ao perfil das práticas institucionais locais. Tal diagnóstico contribui para

a construção de intervenções contextualizadas e, portanto, capazes de potencializar mudanças estratégicas. Na Jamaica, por exemplo, o programa de transferência de renda discrimina positivamente pessoas portadoras de deficiências físicas e no Quênia os órfãos representam o alvo prioritário. Há também um consenso razoável de que os programas de transferência de renda devem ter um horizonte temporal mais longo – quinze anos no mínimo – para que seja possível acompanhar processos heterogêneos de privação e responder de maneira mais adequada e contínua às especificidades das famílias beneficiadas, confrontando alternativas e ampliando aprendizados institucionais através de esforços permanentes de avaliação e monitoramento.

Algumas conclusões

A complexidade das transformações contemporâneas envolvendo a desestabilização da condição salarial, a crise dos sistemas tradicionais de proteção social e a multiplicação de situações de precariedade como a segregação sócio-espacial, a feminização da pobreza, as desigualdades de básica étnica e diferentes experiências de vulnerabilidade impõem uma profunda revisão analítica e a ampliação do debate sobre o campo da gestão pública. A adoção de estratégias seletivas e segmentadas não consegue responder às exigências e demandas sociais qualificadas em sua diversidade regional e local. A perspectiva de um horizonte de políticas “transversais” que envolvem diferentes compromissos públicos entre Estado, mercado e organizações comunitárias em direção à equidade ganha, assim, relevância e prioridade. Especificamente no que se refere à saúde da população, as deman-

das passam a ser, cada vez mais, compatibilizadas e combinadas às exigências de trabalho, renda, alimentação, transporte, educação, lazer e cultura. Neste cenário, desenhos institucionais traduzidos em dispositivos intersetoriais capazes de garantir maior inserção e responsabilização de gestores e cidadãos tendem a alcançar maior impacto na redução das desigualdades sociais e melhoria dos níveis de bem-estar. A construção de uma agenda social comum a partir do diálogo entre diferentes atores sociais, capaz de aglutinar concepções e recursos distintos, a convergência em torno de objetivos, estratégias e resultados e, também, o monitoramento das ações através de indicadores qualitativos e quantitativos tornam-se, portanto, os novos desafios postos para a formulação e implementação de políticas sociais²⁰.

No Brasil, apesar da abrangência e do ritmo acelerado de expansão do programa Bolsa Família, ainda são poucos os esforços para avaliar os principais impactos e repercussões nas condições de vida e saúde da população atendida. Diferentemente do processo de implementação de programas de transferência condicionada de renda no México, Honduras e Nicarágua, não foram coletados dados para a construção de uma linha de base anterior à execução das ações. No entanto, estudos realizados por órgãos governamentais e instituições públicas de ensino e pesquisa têm revelado, a partir de abordagens metodológicas distintas, avanços, potencialidades e principais obstáculos para o alcance de resultados²¹. Resgatar tal aprendizado e estimular o exame e a análise das experiências em curso pode, sem dúvida, contribuir para a revisão de alternativas e, também, para consubstanciar escolhas políticas capazes de articular, de maneira sustentável, redistribuição, saúde e bem-estar.

Colaboradores

R Magalhães, L Burlandy e M de Castro Maia Senna participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Marshall TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 1963. p. 57-114.
2. Paugam S. *L'Europe face à la pauvreté - les expériences nationales de revenu minimum*. Paris: La Documentation Française; 1999.
3. Castel R. *As metamorfoses da questão social- Uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1998.
4. Turner BS. Contemporary problems in the theory of citizenship. In: Turner B, editor. *Citizenship and Social Theory*. London: Sage Publications; 2000. p. 1-18.
5. Bauman Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2005.
6. Barros RP *et al*. *Determinantes imediatos da queda da desigualdade de renda brasileira*. Rio de Janeiro: IPEA; 2006. [texto para discussão n. 1253]
7. WHO. *Action on the Social determinants of Health. Learning from previous experiences*. Geneva: WHO; 2005.
8. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurements. *Annu Rev Pub Health* 2006; 27: 167-94.
9. Nunes A *et al*. *Medindo desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: OMS/OPAS/IPEA; 2001.
10. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em Saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 2005-2008.
11. Travassos C *et al*. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11:365-373.
12. Landman CS *et al*. Desigualdade de renda e situação de saúde - o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:15-28.
13. Lalonde M. El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. In: OPS. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS; 1996.
14. Rootman I *et al*. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. European Series n. 92. Geneva: WHO Regional Publications; 2002.
15. Rosanvallon P. Les voies nouvelles de la solidarité. In: Rosanvallon P. *La nouvelle question sociale*. Paris: Editions du Seuil; 1995. p. 77-102.
16. Rawlings L, Rubio G. *Evaluation the Impact of Conditional Cash Transfers Programs: Lessons from Latin America*. Policy Research Working Paper Series n.3119. Washington, D.C.: The World Bank; 2003.
17. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social. Medida Provisória n.132 de 20 de outubro de 2003. Cria o Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União* 2003; 21 out.
18. Villatoro PS. *Programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias*. Santiago: CEPAL; 2004.
19. *Proceedings of the 3rd International Conditional Cash Transfers Conference*, 2006 June 26-30; Istambul, Turkey. Disponível em: <http://www.virtualcct.net>
20. Coady DP. Designing and Evaluating Social Safety Nets: Theory, evidence and policy conclusions. Washington, D.C.: IFRPI; 2004. [discussion paper n. 172]
21. Devereux S. *Social protection for the poor: lessons from recent international experience*. Brighton: Institute of Development Studies; 2002. [IDS Working Paper 142]