

## GASTOS SOCIAIS COM EDUCAÇÃO, SAÚDE E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: EFEITOS SOBRE A POBREZA NA MESORREGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE - MG ENTRE OS ANOS DE 2008 A 2012

*SOCIAL EXPENSES WITH EDUCATION, HEALTH, AND FAMILY BOLSA PROGRAM: EFFECTS ON POVERTY IN THE METROPOLITAN DEVELOPMENT OF BELO HORIZONTE - MG BETWEEN THE YEARS OF 2008 THE 2012.*

Ana Maria Lacerda de Freitas<sup>1</sup>, Luciene Rodrigues<sup>2</sup>,  
Pedro Ivo Jorge Gomes<sup>3</sup>, Renata Flávia Nobre Canela Dias<sup>4</sup>

RECEBIDO: 11/11/2017 | ACEITO: 11/03/2018

DOI: 10.5902/2317175829937

### RESUMO

A análise dos gastos sociais é uma importante ferramenta para mensuração do grau de desenvolvimento de uma nação. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo analisar os efeitos dos gastos sociais com educação, saúde e com o Programa Bolsa Família (PBF) na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte (MMBH), entre os anos de 2008 a 2012, com o intuito de explicar em que medida esses gastos sociais têm contribuído para a erradicação da pobreza. Para explicar a pobreza a partir das variáveis escolhidas (gastos com educação, saúde e PBF), os dados foram trabalhados através da Técnica Econométrica Dados em Painel. Os resultados demonstram que o objetivo do trabalho foi alcançado na medida em que foi possível verificar os efeitos da transferência per capita de renda (PBF) e dos gastos per capita com educação e saúde e o crescimento do PIB per capita sobre a pobreza nos municípios analisados.

**Palavras-chave:** Gastos Sociais. Educação. Saúde. PBF. Pobreza. Dados em Painel.

1 Doutoranda e mestre em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros- MG. Graduada em Economia e vinculada ao referido departamento da Unimontes.

2 Graduada em Economia, mestre em Economia Rural pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1992), Doutora em História Econômica pela Universidade de São Paulo - USP (1998) e Pós Doutorado em Sociologia Econômica pela Universidade de Nova Lisboa - Portugal (2007).

3 Doutor em Geografia pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU (2012/2016). Mestre em Desenvolvimento Social (2008/2010), graduado em Geografia e Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

4 Doutoranda e mestre em Educação pela Universidade de Uberaba. Graduada em pedagogia pela Universidade Estadual de Montes Claros e direito pelas Faculdades Integradas Pitagoras.

## 1 Introdução

A análise dos gastos sociais é uma importante ferramenta para mensuração do grau de desenvolvimento de uma nação. Entretanto, é uma tarefa árdua, seja em função da insuficiência e da qualidade das informações disponíveis, seja pelo número parco de metodologias para mensuração.

O aumento ou redução na destinação desses recursos para os gastos sociais, seja em saúde, educação, habitação ou saneamento, podem causar diversos efeitos sobre as desigualdades sociais, uma vez que estes têm maior capacidade estrutural no combate às desigualdades. (POCHMANN, 2007; LAVINAS, 2007). Dessa forma, analisar os gastos sociais com saúde e educação e seus efeitos sobre a pobreza é um tema recente e relevante para as discussões acadêmicas, sobretudo, para o desenho de novas políticas públicas cujo foco seja a minimização das disparidades no país.

Nesse sentido, verifica-se importância da participação do Estado para o crescimento econômico e para a distribuição de renda nos países em vias de desenvolvimento, assim como o seu papel enquanto facilitador do acesso da população aos direitos sociais por meio da ampliação dos gastos nas mais diversas esferas, principalmente no âmbito da proteção social, reconhecendo o impacto diferenciado gerado nos mais diversos grupos sociais, considerando as várias perspectivas, como as de gênero, raça, etnia, territorial, entre outras. Dessa forma, esta pesquisa procura discutir em que medida os gastos sociais têm contribuído para redução das desigualdades e erradicação da pobreza.

No Brasil, assiste-se, a partir dos anos 2000, um interesse na implantação dos programas de transferência de renda, dentre eles, o Programa Bolsa Família – PBF, que tem sido uma ferramenta de suma essencialidade para erradicação das situações de pobreza e extrema pobreza de parcela da população. Os gastos com o PBF são selecionados como uma das variáveis de pesquisa, para a análise dos gastos sociais com educação e saúde e de seus efeitos sobre a pobreza, considerando a sua relação direta com a educação e a saúde, uma vez que é um programa social destinado a famílias carentes, e tem como meta pro-

mover a segurança alimentar e nutricional dos seus beneficiários, bem como proporcionar o acesso aos direitos sociais básicos, como a educação, a partir do cumprimento das condicionalidades.

O presente trabalho tem como objetivo analisar os efeitos dos gastos sociais com educação, saúde e com o Programa Bolsa Família sobre a pobreza, na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte (MMBH), entre os anos de 2008 a 2012. Especificamente, pretende-se: i) discutir sobre os gastos sociais no Brasil, bem como os programas de transferências de renda; ii) apontar os repasses feitos para educação, saúde e para o Programa Bolsa família na RMBH; iii) criar um modelo econométrico que permita verificar a interação dessas variáveis em questão.

A questão que norteia esta pesquisa é: em que medida os gastos sociais com educação, saúde e com o PBF tem contribuído para a redução da pobreza MMBH entre os anos de 2008 a 2012? A hipótese que fundamenta esta pesquisa é de que o aumento nos gastos sociais em tela provoca um efeito multiplicador superior ao percentual investido, o que contribui diretamente para a redução da pobreza no Brasil.

Inicialmente, ressalta-se a escolha da Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte (MMBH) como recorte geográfico. A MMBH possui atualmente 105 municípios agrupados em oito microrregiões, a saber: Microrregião de Belo Horizonte, Conceição do Mato Dentro, Conselheiro Lafaiete, Itabira, Itaguara, Ouro Preto, Pará de Minas e Sete Lagoas, totalizando 6.234.915 habitantes, numa área aproximada de 39.573 km<sup>2</sup>, com uma densidade de 157,6 hab./km<sup>25</sup>.

Cabe destacar que as regiões metropolitanas se formam a partir do momento em que se percebe um conglomerado de cidades com características semelhantes que vão além das fronteiras municipais e, portanto, compartilha tanto dos mesmos serviços e oportunidades, quanto dos mesmos problemas. Para tanto, o macrozoneamento consiste num instrumento de planejamento e organização territorial justa e sustentável, para o enfrentamento e busca de soluções compartilhadas na região metropolitana, em substituição à insuficiência da busca de soluções em nível local (PLANO METROPOLITANO, 2016).

A base temporal da pesquisa está compreendida entre os anos de 2008 a 2012, com o objetivo de verificar as consequências dos gastos com educação, saúde e PBF sobre a redução da pobreza nesse período de tempo, em todos os 105 municípios da MMBH. Este trabalho está dividido em quatro sessões. A primeira parte conta com o referencial teórico, em que discute-se sobre os gastos sociais com saúde, educação e com os programas de transferência de renda, sobretudo, o Programa Bolsa Família. Na segunda parte, a metodologia do trabalho trata sobre os procedimentos metodológicos, partindo-se para a análise e discussão dos resultados.

5 Disponível em: <http://www.cidade-brasil.com.br/mesorregiao-metropolitana-de-belo-horizonte.html?c=habitants>. Acesso em 16 ago. 2016.

## Gastos Sociais

Os gastos dizem respeito ao montante de recursos destinados à quitação/atenção às demandas, no caso do governo, podem ser classificados em gastos públicos e gastos governamentais. Os gastos públicos, na perspectiva de Riani (2009), podem ser definidos como a escolha do governo no que tange aos diversos serviços prestados à sociedade, diferenciando-se em quantidade e qualidade. Pode ainda ser considerado “o custo da provisão dos bens e serviços executados pelo setor público que aparece nas contas orçamentárias do governo, ou seja, as despesas realizadas pelas unidades diretas e indiretas da administração governamental”, podendo ser considerado somente os gastos com as esferas do governo, autarquias e fundações (RIANI, 2009:79).

Para Souza (2007:14), gastos sociais são os “gastos destinados à provisão de bens e serviços meritórios ou do tipo quase-públicos, aqueles que proveem bens e serviços para a coletividade”. São considerados gastos sociais as despesas destinadas à assistência social; previdência social, saúde, educação, cultura, urbanismo, habitação e Saneamento. No presente trabalho, a ênfase será somente aos gastos sociais, mais precisamente aos gastos com educação, saúde e com o PBF, que faz parte da Assistência Social (REZENDE, 2001; SOUZA, 2007),

O estudo dos gastos públicos, sobretudo, dos gastos sociais é de fundamental importância para se conhecer os recursos disponíveis e os efetivamente destinados a áreas sociais, nos diversos contextos – econômico político e social.

A análise dos mecanismos de distribuição dos recursos públicos ajudará no monitoramento dos gastos em políticas públicas, auxiliando na consolidação de um instrumento específico, para acompanhamento e fiscalização da formulação e implementação de tais políticas pelos movimentos sociais. Essa análise dos gastos<sup>6</sup> mostra o dispêndio de recursos orçamentários entre os diversos setores de atuação governamental. E este, quando comparado ao gasto público total, permite medir a importância dada a cada área social e indicar a direção estatal.

Os gastos do governo, principalmente os relacionados, são de extrema relevância para atendimento a comunidade mais carente, uma vez que permitem minimizar as distorções de oportunidades geradas pelo sistema vigente (CASTRO, et al., 2003). Muitas pesquisas nos últimos anos têm apontado que os gastos sociais seja com saúde, educação, habitação, entre outros, possuem capacidade considerável no combate às desigualdades e a pobreza, entretanto, têm ganhado cada vez menos espaço nos orçamentos dos governos (DRUCK E FILGUEIRAS, 2007; POCHMANN, 2007; LAVINAS, 2007).

Verifica-se, dessa forma, que as discussões que contemplam os temas pobreza e desigualdades sociais podem ser minimizadas por esforços do go-

<sup>6</sup> O orçamento da união contempla a execução do planejamento governamental através do Plano Plurianual (PPA) que planeja os 4 anos de gestão. Com a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) são programadas as metas do PPA para um exercício, no caso, um ano e é expresso na Lei Orçamentária Anual (LOA) através do orçamento fiscal, o orçamento de investimento das empresas estatais e orçamento da seguridade social, inclusive emendas ao orçamento realizadas pelo legislativo.

verno, uma menor dedicação do Estado a essas questões reforçam e potencializam as situações de vulnerabilidade.

O gasto público permite a geração de renda, das quais milhares de famílias pobres são beneficiárias. Esse fato associado aos serviços que são subsidiados pelo governo como educação, saúde, educação, entre outros, permitirá, a longo prazo, um aumento do bem estar das famílias beneficiárias (MEDEIROS, 2011).

No Brasil, a consolidação do gasto público da esfera federal em áreas sociais foi iniciada na década de 1980<sup>7</sup>. Em função da limitação de recursos, faz-se necessário à delimitação dos gastos por parte do Estado.

### **Gastos com Educação**

A literatura acerca dos efeitos dos gastos públicos sobre a redução da pobreza tem apontado para uma minimização das desigualdades sociais. Como é o caso da pesquisa de Barros e Foguel (2000:12), na qual avaliaram a evidência nos gastos públicos sociais e a erradicação da pobreza no Brasil e concluíram que os “gastos com merenda, livro didático, pré-escola e primeiro grau trazem benefícios consideráveis e são bem focalizados”.

No Brasil, após o período do Regime Militar caracterizado pela centralização da União, os gastos públicos com educação iniciaram um processo de reestruturação através de duas lógicas principais: expansão e garantia de recursos para a educação pública, e descentralização do sistema tributário nacional (RODRIGUEZ, 2001).

Nas duas últimas décadas do século XX, nas reformas políticas e movimentos pela educação, predominava a lógica do aumento de recursos, com apoio da constituinte de 1988 e das constituintes estaduais e municipais, que fixaram, em várias unidades da federação, os gastos para educação em 30% da receita de impostos (RODRIGUEZ, 2001).

Nesse período, a inter relação dos recursos entre estados e municípios destinados ao “desenvolvimento e manutenção do ensino aumentaram 5% do total da receita de impostos e transferências, e delimitou-se o que poderia ser considerado como gastos com Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE)”, fato que contribuiu para que fossem minimizados os desvios de recursos do setor educacional para outras áreas (RODRIGUES, 2001:42).

A lógica da descentralização financeira seguiu na tendência da descentralização das competências e responsabilidades entre os diferentes entes federativos, frente às políticas públicas de proteção social, resultando na municipalização dos serviços educacionais (RODRIGUEZ, 2001).

A Constituição Federal de 1988 dedicou os artigos 205 ao 214 à educação<sup>8</sup>, determinando a organização do regime de colaboração entre os sistemas

<sup>7</sup> Nessa época houve um trabalho conjunto do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird) e do Instituto de Pesquisa Aplicada - IPEA. O primeiro levantamento cobriu o período 1980-1986 e vinha sendo atualizado até o ano de 1993, utilizando-se a mesma metodologia para obter as informações a partir dos dados anuais publicados no Balanço Geral da União (BGU).

<sup>8</sup> De acordo com o artigo 205 da Constituição Cidadã, a educação “direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. (BRASIL, 1988).

de ensino da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1988, Art. 211). Ao contrário do antigo modelo de centralização, a partir desse momento, a União deixou de ser o único ente federativo responsável pela organização e financiamento das políticas públicas e, no âmbito da educação, assumiu o papel de organizar e financiar o sistema federal de ensino e o dos Territórios, além de prestar “assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino” (BRASIL, 1988, Art. 211).

Outro aspecto importante é a fixação de uma porcentagem mínima anual da receita resultante de impostos, em 18% para a União e 25% para Estados, Distrito Federal e Municípios, para a manutenção e desenvolvimento do ensino (BRASIL, 1988, Art. 211). Em 1996, a Lei 9.394 estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, e determinou a origem dos recursos públicos destinados à educação, provenientes de “em grande medida por receita de impostos próprios da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; por receita de transferências constitucionais e outras transferências; receita do salário-educação e de outras contribuições sociais; receita de incentivos fiscais; entre outros (BRASIL, 1996:213)”.

Os gastos com educação compreendem o ensino fundamental, ensino médio, o ensino profissional, ensino superior, educação infantil, educação de jovens e adultos, e educação especial (SOUZA, 2007; RESENDE, 2007), e devem ser destinados à “formulação de política, manutenção e desenvolvimento do ensino, a expansão e melhoria das escolas de diversos níveis e modalidades de ensino, dos estabelecimentos de educação, dos programas de assistência ao estudante, entre outros” (PORTAL INEP, 2016).

Para ter acesso às informações sobre os gastos públicos com educação, têm-se como principais fontes os estudos e pesquisas elaborados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em parceria com a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Educação (MEC), com o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA, além dos dados primários obtidos através de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) (PORTAL INEP, 2016). A análise dos gastos com educação é de suma importância para sabermos a sua eficiência em relação aos resultados esperados e alcançados e suas influências ao desenvolvimento social e econômico. Segundo Barro (1991), os investimentos públicos em educação interferem no aumento do nível de capital humano e, conseqüentemente, no crescimento da economia à longo prazo.

### **Gastos com Saúde**

O sistema de saúde brasileiro se organiza desde a sua origem, nos anos 1920, com base no modelo bismarckiano, com vistas a atender às famílias in-

seridas no mercado de trabalho formal<sup>9</sup> (MEDICI, 2013). A partir da década de 1970, pressões populares e reivindicações emergiram contra a ditadura, e, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmou o “reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado”, e aprovou as bases do projeto de Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2007:22).

O movimento de reforma sanitária resultou em conquistas para a saúde elencadas na nova Assembléia Constituinte de 1988: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este era composto por ações e serviços públicos de saúde organizados numa rede regionalizada e hierarquizada; e o reconhecimento da saúde como direito inserido no tripé da Seguridade Social<sup>10</sup> (BRASIL, 1988).

Antes da Constituição de 1988, o financiamento federal da saúde era proveniente em mais de 80% dos casos, da Contribuição de Empregadores e Empregados para a Previdência Social, prevalecendo posteriormente, embora em grande medida fossem a partir de contribuições sociais vinculadas à seguridade social (PIOLA, et al., 1999). Nos termos do artigo 195 da constituição, os gastos com saúde provêm da Seguridade Social e devem ser financiados.

O financiamento da saúde tornou-se, portanto, responsabilidade das três esferas de governo, e o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) determinou – enquanto não aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias – que a União deveria empregar no mínimo, trinta por cento (30%) do orçamento da seguridade social para o financiamento do SUS (BRASIL, 1988).

A década de 1990 foi palco de uma crise resultante do aumento progressivo dos gastos previdenciários, o que levou ao corte dos recursos incidentes nas contribuições previdenciárias para o financiamento da saúde, e a criação de diversas Propostas de Emenda Constitucional (PEC) para solucionar o problema (PIOLA, et al., 1999).

Entre 1995 e 1996, a fonte de financiamento da saúde ficou a cargo da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS). Logo em seguida, criou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como uma alternativa transitória para suprir as necessidades do financiamento setorial, tornando-se a principal fonte de financiamento federal da saúde à época (PIOLA, et al., 1999). Porém, segundo Dain (2007:1853), “a CPMF não gerou o aumento de recursos esperado, por ter sido acompanhada pela substituição de fontes”.

Um fator importante para o avanço do processo de descentralização na gestão dos recursos da saúde foi à promulgação da NOB 01/96 que, através dos repasses do Piso da Atenção Básica – PAB, intensificou o processo de municipalização e, portanto, possibilitou o aumento do número de municípios habilitados à gestão da atenção básica na saúde<sup>11</sup>.

9 Inicialmente, este sistema estava ligado à medicina previdenciária através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), em seguida unificados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS – 1960) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS – 1970) (MEDICI, 2013).

10 A seguridade social assegura os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

11 De acordo com Dain (2007), o repasse de recursos favorece os municípios que desenvolvem os diferentes programas, porém, o instrumento fundo a fundo torna-se apenas um mecanismo contábil, reduzindo o governo local a mero receptor de recursos.

Somente em 2000, a aprovação da Emenda Constitucional – EC Nº 29 estabeleceu regras mínimas de custeio dessas instâncias em 12% da receita de impostos para os Estados, e em 15% da receita de impostos para os municípios. Para a União, estabeleceu-se o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB (BRASIL, 2000). Nos dizeres de Dain (2007:1853), a partir da EC-29 “o sistema de financiamento da Saúde ganhou maior estabilidade”.

A EC nº 29/2000 também previa a necessidade de criação de uma Lei Complementar Orçamentária (LCO) para revisar os percentuais dos recursos destinados à saúde (BRASIL, 1988). Na ausência de LC, as regras transitórias foram mantidas até 2004 e, somente, após doze anos, a Lei Complementar Nº 141/2012 regulamentou a EC da Saúde, incorporando avanços na definição de ações e serviços públicos de saúde e aproximando as despesas a intenção originária. Porém, a LC incorporou a mesma regra provisória estabelecida pelo ADCT, e frustrou as expectativas que se criaram em torno de maiores recursos.

Conforme Resende (2007) e Souza (2007), os gastos com saúde referem-se à atenção básica, à assistência hospitalar e ambulatorial, ao suporte profilático e ambulatorial; à vigilância sanitária, à vigilância epidemiológica e à alimentação e nutrição. Dain (2007:1853) caracteriza as despesas com ações e serviços de saúde, como: “aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito”.

Em 2006, a criação do Pacto pela Saúde incorporou mudanças nas regras do financiamento do SUS, e dividiu a alocação dos recursos em cinco blocos de financiamento: “Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS” (DAIN, 2007:1859).

Vale ressaltar que o sistema de saúde brasileiro é híbrido e, portanto, possui uma combinação entre o público e o privado<sup>12</sup>. Segundo Medici (2013: 22), “existem duplicações, desperdícios e falta de integração entre o SUS e o sistema suplementar”, o que gera uma dificuldade no avanço do sistema de saúde, de acesso fragmentado.

A análise dos gastos com saúde é de suma importância, uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS em Relatório Mundial de Saúde, “o acesso tempestivo a cuidados diretos de saúde – como uma combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – também é crítico e não será atingido sem um sistema de financiamento que permita às pessoas utilizarem os serviços de saúde quando deles precisarem” (OMS, 2010:18).

Os mecanismos de financiamento da saúde são fundamentais para que um país a torne universal e, portanto, de acesso a todos, o que influencia no desenvolvimento econômico e social.

<sup>12</sup> De acordo com a CF-88, artigo 199, § 1º, “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. (BRASIL, 1988).

## Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família (PBF), criado pelo governo federal<sup>13</sup> no ano de 2003, é fruto da unificação de outras ações do governo como: Bolsa Escola, Auxílio - Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social - MDS (2014), a estrutura do PBF está baseada em torno de três dimensões: a primeira é a promoção do alívio imediato da pobreza; a segunda é o reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação e; a terceira, a fundamentação de programas complementares voltados ao desenvolvimento das famílias, contribuindo para promover e superar situações de vulnerabilidade e pobreza.

Segundo MDS (2013), o Programa possui três eixos principais focados na transferência de renda, nas condicionalidades e nas ações e programas complementares. A transferência de renda é uma das seguranças que a política de assistência social deve garantir, sendo um direito social que assegura a sobrevivência de famílias em situação de pobreza, por meio do acesso à renda, e a promoção da autonomia dessas famílias.

O programa atua por meio de distribuição renda e facilita no acesso aos serviços públicos. Para obtenção do benefício, as famílias necessitam de comprovação dos seguintes requisitos, como mostra a Tabela 1.

Quadro 1: Requisitos para recebimento do Bolsa Família

TIPO	REQUISITOS
Básico	Destinado a famílias de extrema pobreza. O valor desse benefício é de R\$ 77,00 mensais, que independente da composição ou número de membros nas famílias.
Variável	Famílias pobres ou de extrema pobreza com gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de até 15 anos com o valor mínimo de R\$ 35,00, sendo que cada família pode acumular até cinco benefícios, ou seja, R\$ 175,00 por mês.
Variável para jovem	Famílias pobres ou de extrema pobreza com gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de até 15 anos com o valor mínimo de R\$ 35,00, sendo que cada família pode acumular até cinco benefícios, ou seja, R\$ 175,00 por mês.
Superação da Extrema Pobreza	As famílias em situação de extrema pobreza podem acumular o benefício básico, o variável e o Variável para Jovem, até o máximo de R\$ 336,00 por mês.

Fonte: Elaboração própria com dados do Ministério de Desenvolvimento Social (2013).

O valor do benefício varia de R\$77,00 à R\$175,00 por pessoa e pode chegar a um total de R\$336,00, dependendo da situação do beneficiário. Para ter acesso ao benefício, é necessário o cumprimento de condicionalidade, tais como: as crianças e adolescentes estarem matriculados em entidades públicas e comprovar frequência escolar de no mínimo 75% da carga horária escolar; estar com o cartão de vacinação das crianças em dias e acompanhamento nutricional. Tais condicionalidades reforçam o acesso a direitos básicos na área da educação, saúde e assistência social, favorecendo a superação da situação de vulnerabilidade e pobreza.

<sup>13</sup> Lei nº 10.836 de 09 de Janeiro de 2004.

As famílias que recebem Bolsa Família têm acompanhamento periódico, em caso de descumprimento das condicionalidades ocorrem as penalidades gradativas previstos na lei<sup>14</sup>, que vai desde a advertência ou até mesmo suspensão (MDS, 2013). Caso não cumpra os requisitos expostos pelo programa será aplicado, em primeira instância, uma advertência (sem efeito no benefício), caso não haja mudanças haverá bloqueio (valor é bloqueado por um mês). Se porventura persistir, acarretará em suspensão (parcela fica suspensa por dois meses) e posteriormente cancelamento (não recebe o benefício, e só cancela após 12 meses).

A transferência de renda reduziu o índice de pobreza no país, bem como ampliou o acesso a bens e serviços, minimizando as desigualdades socioeconômicas. O PBF tem evoluído anualmente e proporcionado aos beneficiários maior equidade social e econômica. Percebe-se que uma ampliação do acesso a bens e serviços, bem como o aumento da renda e a redução das desigualdades e melhoria na escolaridade e saúde.

### **Contextualização da Pobreza**

As concepções de pobreza sofreram mutações nos últimos anos, e tem sido vista não somente como carência de renda. Estivill (2005) expõe a necessidade de analisá-la como fator multidimensional, embora a desigualdade na estrutura econômica continue sendo primordial na questão da pobreza. Para Sen (2000:109), a pobreza pode ser vista como privação das capacidades básicas, em vez de meramente como baixo nível de renda. Dessa forma, a relação entre renda e a capacidade das pessoas pode mudar de acordo com a situação na qual se encontram, ou seja, podem ser influenciados pela idade – os idosos não conseguem trabalhar e ao mesmo tempo necessitam de maior renda para suprir as diversas assistências – pelos papéis sexuais e sociais, pela localização, entre outros.

A literatura que contempla as discussões relacionadas à pobreza e ao desenvolvimento econômico é ampla e utiliza de muitas variáveis, tais como econômicas, demográficas, entre outras. Para Barros, Henriques e Mendonça (2001:23) “os níveis de pobreza são mais sensíveis às alterações nos graus de desigualdades do que as alterações no crescimento econômico”.

O desenvolvimento econômico processado no século XX trouxe mudanças nas bases da sociedade, alterou o padrão de vida, mudou os modos de acumulação de capital, implementou tecnologia e acelerou as expressões da questão social, contribuindo para um aumento nos índices de pobreza e exclusão, fato que afetou em grande medida a estrutura e a situação de parcela considerável da população brasileira, aumentando as disparidades e dificultando a superação dessa condição.

A eliminação das desigualdades é uma das condições necessárias para o desenvolvimento socioeconômico. E para isso, é fundamental o aumento

<sup>14</sup> Lei nº 251, de 12 de dezembro de 2012.

de acesso a condições apropriadas e capazes de garantir uma vida digna para grande parcela da população.

### Procedimentos Metodológicos

Nessa seção, será feita uma descrição dos procedimentos metodológicos, das variáveis e dos indicadores, com o objetivo de explicar a técnica econométrica utilizada para análise dos dados, qual seja de Dados em Painel.

Foram escolhidos 03 (três) variáveis para explicar a pobreza na MMBH de 2008 a 2012: gastos per capita com educação, gastos com saúde, gastos per capita com PBF e PIB<sup>15</sup> per capita. Percebe-se que, nesta pesquisa, a pobreza é a variável dependente, e as outras quatro são as variáveis explicativas, conforme se verifica no Quadro 2.

Quadro 2: Descrição das Variáveis de Pesquisa

VARIÁVEL	SIGNIFICADO	SINAL ESPERADO
Educação	Gastos per capita com educação no ano	Negativo
Saúde	Gastos per capita com saúde no ano	Negativo
PBF	Transferências per capita do PBF no ano	Negativo
PIB	Taxa de crescimento do PIB per capita no ano	Negativo
Pobreza	Famílias com renda per capita de até R\$ 154,00 no ano	Variável dependente

Fonte: Elaboração própria, adaptado de ARAÚJO, et al. (2013).

Os dados referentes aos gastos com educação e saúde, o PIB per capita, o número de beneficiários, bem como as transferências per capita do PBF foram retirados do Índice Mineiro de Responsabilidade Social – IMRS. Já os dados da pobreza foram coletados no IPEADATA.

Para explicar a pobreza a partir das variáveis escolhidas, os dados foram trabalhados através da técnica Econométrica Dados em Painel, uma vez que “os dados em painel têm uma dimensão espacial e outra temporal, sendo que a mesma unidade de corte transversal [...] é acompanhada ao longo do tempo”, característica intrínseca aos dados utilizados nesta pesquisa (GUJARATI, 2006:513).

A escolha pelo uso dos dados em painel se deu em virtude da disponibilidade de dados de corte para todos os municípios, entretanto, a série temporal foi curta tempo, em função de indisponibilidade dos dados. Uma das vantagens do seu uso se dá pela permissividade em desconsiderar e contrastar pressupostos que estão implícitos na análise de cross-section, que permite verificar as alterações temporais ao longo dos anos.

Para a construção do painel, usou-se os dados dos 105 municípios da MMBH durante cinco anos (de 2008 a 2012), o que permite, em grande medida, a ampliação do período de análise. Optou-se pela combinação do corte temporal com séries temporais, uma vez que favoreceu a construção de um painel com 565 observações, contribuindo para uma maior confiabilidade estatística.

<sup>15</sup> Produto Interno Bruto.

## Análise e Discussão dos Resultados

Este tópico consiste na análise, descrição e discussão das variáveis, através da apresentação do seu comportamento no período analisado, de 2008 a 2012, apontando as mudanças e diferenças entre os municípios da MMBH, e utilizando como recurso os dados organizados em painel, com a estimação da seguinte equação:

$$\%pobres = \beta_1 LPBF_{it} + \beta_2 Leducacao_{it} + \beta_3 Lsaude_{it} + \beta_4 txcrescimento_{it} + \mu_{it}$$

Vale ressaltar que  $i$  representa os municípios da MMBH e  $t$  é o tempo. Em relação às variáveis utilizadas, quais sejam, gastos per capita com PBF, educação e saúde representam a mensuração de intervenção direta do governo e o PIB per capita representa a taxa de crescimento dos municípios.

## Descrição das variáveis por município no MRBH

No que diz respeito aos dados analisados, verifica-se que a região com menor incidência de pessoas com renda inferior a R\$ 154,00 (cento e cinquenta e quatro Reais) no ano de 2008 foi o município de Nova Lima em quase todos os anos, com exceção do ano de 2011, que foi Pará de Minas. É interessante ressaltar que, em 2012, permaneceu como uma das maiores concentradoras de pessoas pobres. Em relação ao município com maior proporção de pessoas pobres em 2008 e 2009, foi Alvorada de Minas, e em 2010, Santo Antônio do Itambé, ambos pertencentes à Microrregião de Conceição do Mato Dentro. Nos anos de 2011 e 2012, foi a cidade de Diogo de Vasconcelos, localizada na Microrregião de Ouro Preto, que apresentou maior ocorrência.

No que se refere à transferência per capita do Programa Bolsa Família, verificou-se que, no período estudado, o município com menor repasse em todos os anos foi Queluzito, pertencente à Microrregião de Conselheiro Lafaiete. E o município com maior repasse foi Belo Horizonte. A Tabela 1 aponta as estatísticas descritivas das variáveis analisadas neste trabalho, da MMBH, de 2008 a 2012.

Tabela 1: Estatística Descritiva das Variáveis da Análise de 2008 a 2012

Variável	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Gastos per capita com Saúde	395,88	36,88	1.798,99	221,22
Gastos per capita com Educação	422,99	123,62	2.482,73	224,88
Gastos per capita com PBF	6,46	1,39	24,67	3,46
PIB per capita	18.663,06	3.649,35	28.197,6	31.874,1
Pobreza	9,20	2,61	19,19	3,31

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa.

Dessa forma, verifica-se que a taxa média anual de pessoas pobres na MMBH foi de 9,20%, com um número mínimo de 2,60% e máximo de 19,20%. No que diz respeito aos gastos com saúde e educação nos municípios da MMBH no período estudado, verifica-se que estes apresentaram média anual com pouca diferença entre os valores mínimos e máximos.

Entre os anos analisados, os municípios que apresentaram os menores gastos per capita com saúde foram Sabará em 2008 e 2012 e Belo Vale nos demais anos; e, com maiores gastos têm-se São Gonçalo do Rio Abaixo (2008, 2011 e 2012), Itatiaiuçu em 2009 e Santo Antônio do Rio Abaixo (2010). Vale ressaltar que os municípios com menores investimentos ficam localizados na Microrregião de Belo Horizonte e Itaguará, respectivamente, enquanto os municípios com maiores gastos estão situados na Microrregião de Conceição do Mato Dentro e Conselheiro Lafaiete.

### Modelo Econométrico

Para analisar o modelo econométrico, foram utilizados os 105 municípios da Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte entre os anos de 2008 a 2012. O modelo de estimação utilizado foi o de Paineis, como forma de verificar o impacto das variáveis explicativas sobre a pobreza nos municípios em questão.

A tabela 2 mostra os resultados das variáveis explicativas do modelo em painéis, estimado pela modelagem POLS. Esse modelo não considera a discriminação dos efeitos individuais omitidos. O número de parâmetros observados foi de 525.

Tabela 2: Análise da Pobreza nos municípios da MMBH, entre os anos 2008 e 2012 (MQO)

Pobreza	Coefficiente	Desvio Padrão	T	P> t	[95% Intervalo de Confiança]	
Gastos per capita com saúde	-0.000319	.0004704	-0.07	0.946	-0.000956	.0008921
Gastos per capita com educação	-0.0009254	.0005044	-1.83	0.067	-0.0019163	.0000655
Transferência per capita com PBF	.7938083	.0237045	33.49	0.000	.74724	.8403765
PIB per capita	-8.98e-06	2.98e-06	-3.01	0.003	-0.0000148	-3.12e-06
_cons	4.647239	.2130896	21.81	0.000	4.228616	5.065861

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IMRS.

Em relação às variáveis Gastos per capita com educação e PIB per capita, estas tiveram os sinais esperados, enquanto a variável Transferência per capita PBF obteve o sinal negativo. Todavia, vale ressaltar que, ao recorrer à literatura sobre o assunto, constataram-se discussões restritas. Dessa forma, constata-se um aumento nos gastos per capita com educação e saúde e no PIB per capita, os percentuais apresentados pela saúde, considerando a sua influência negativa para a pobreza, não foram significativos. O principal fator que contribuiu para a redução da pobreza foi a transferência per capita do PBF. Segundo a estimação por POLS, um aumento no PIB per capita reduz a pobreza em -8.98 e -06.

Um aumento no gasto per capita com educação reduz a pobreza em  $-0.0009254$ . Logo, um aumento no volume de transferência do PBF reduz a pobreza em  $0.7938083$ . O aumento nos gastos per capita com saúde reduz a pobreza em  $-0.0000319$ , apresentando, assim, uma maior elasticidade. Nesse modelo o  $R^2$  foi de  $0.7161$  e o  $R^2$  ajustado de  $0.7139$ .

A tabela 3 apresenta os resultados das variáveis explicativas do modelo estimados por Efeito fixo. O número de parâmetros observados foi de 525.

Tabela 3: Teste de Dados em Painel - Efeitos fixo - período: 2008 a 2012

Variáveis independentes	Coefficiente	Desvio padrão	Z	P-valor	[95% Intervalo de Confiança]	
Gastos per capita com saúde	-.000973	.0005107	-1.90	0.057	-.001974	.0000281
Gastos per capita com educação	-.0010621	.0005148	-2.06	0.039	-.0020712	-.0000531
Transferência per capita com PBF	.4093488	.0283753	14.43	0.000	.3537343	.4649634
PIB per capita	-.0000127	3.44e-06	-3.69	0.000	-.0000194	-.5.93e-06
_cons	7.629802	.2380523	32.05	0.000	7.163228	8.096376
Sigma_u	.97272618					
Sigma_e	.79223598					
Rho	.60120457 Fração da variância devido de u_i					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IMRS.

No modelo com efeito aleatório, a variável gasto per capita com saúde não foi significativa ao nível de 5%. Em relação às variáveis PIB per capita, transferência per capita do Programa Bolsa Família e os gastos per capita com educação<sup>16</sup>, foram significativas ao nível de 5%. O sinal esperado das variáveis gastos per capita com educação, saúde e com o PIB per capita estava de acordo com a teoria, porém ao se discutir o sinal esperado da variável transferência per capita com o Programa Bolsa Família, apresentou um sinal positivo, implicando que um aumento na transferência per capita do PBF aumenta a pobreza, não havendo qualquer indícios de causalidades ou sinal esperado concreto, sendo essa subjetividade discutida ao longo do trabalho.

Portanto, os fatores que influenciam a pobreza de acordo com o modelo de efeitos aleatórios foi o PIB per capita, uma vez que um aumento nessa variável reduz a pobreza em  $-0.0000127$ . Outra variável que apresentou relação inversa foi a transferência per capita com pbf, que influenciou em  $.4093488$  na redução da pobreza, e por fim, os gastos per capita com educação contribuindo com  $-.0010621$  para a redução na pobreza. O  $R^2$  between nesse modelo foi de  $0.7467$ , valor que implica em uma relação maior entre os municípios do que uma relação individual de cada município com o tempo.

A tabela 4 expõe resultados das variáveis explicativas do modelo estimado em Efeitos Aleatórios. O número de parâmetros observado foi de 525.

<sup>16</sup> pibpercapita, transfpercapitapbf, gaspercapitaeduc, e gastpercapsaude.

Tabela 4: Teste de Dados em Painel - Efeitos Aleatórios - período: 2008 a 2012.

Variáveis independentes	Coefficiente	Desvio padrão	T	P-valor	[95% Intervalo de Confiança]	
Gastos per capita com saúde	-.0002057	.0004448	-0.46	0.644	-.00108	.0006686
Gastos per capita com educação	-.0004366	.000428	-1.02	0.308	-.001278	.0004049
Transferência per capita com PBF	.095736	.0275424	3.48	0.001	.0415964	.1498755
PIB per capita	-6.98e-06	3.16e-06	-2.21	0.028	-.0000132	-7.63e-07
_cons	8.981777	.1606103	55.92	0.000	8.666068	9.297486
Sigma_u	2.9214458					
Sigma_e	.79223598					
Rho	.93149916	Fração da variância devido de u_i				

F test that all  $u_i=0$ : F (104, 406) = 20.97 Prob > F = 0.0000  
 Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IMRS.

De acordo com esse modelo, as variáveis que não apresentaram significância ao nível de 5% e 10% foram o gasto per capita com saúde e com educação. Enquanto as variáveis: pib per capita e transferência per capita com PBF indicaram significância ao nível de 5%. Os sinais esperados dos gastos per capita com educação, saúde e o PIB per capita se apresentaram como o esperado, no entanto, o sinal do transferência per capita com pbf, permanece como apresentado anteriormente. Contudo, no modelo de Efeitos Aleatórios, o  $R^2$  Between foi elevado, igual a 0.5646. Neste modelo, o efeito o Within apresentou uma relação menor mostrando que, os efeitos entre as espacialidades são predominantes em relação a temporal.

Em conformidade com os testes realizados, o teste de Chow, que tem por finalidade escolher entre a hipótese nula, o modelo restrito (Pooled) e modelo irrestrito (Efeitos Fixos), baseado na estatística do teste F da estimativa de efeitos fixos, bem como seu respectivo p-valor, indicam que o modelo de efeitos fixos é mais bem aplicado no trabalho do que o Pool.

Além deste, o teste Breusch-Pagan, cuja utilidade é decidir entre o modelo POLS e modelo de Efeito Aleatório, que se baseia na hipótese nula (POLS), foi rejeitado, aceitando, dessa forma, que o efeito aleatório é o mais apropriado.

No caso do teste de Hausman, usado na escolha entre os modelos de dados em painel com efeito fixo ou com efeito aleatório, verifica-se, pela estatística do Teste de Hausman, que o modelo de efeitos aleatórios é melhor que o de efeitos fixos, sendo o modelo de melhor explicação para as variações na pobreza, conforme mostra os resultados do teste na Tabela 5.

Tabela 5: Resultado dos Testes

Teste de Breusch-Pagan	Teste de Hausman
116.52	331.00
0,0000(p-valor)	0,0000(p-valor)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IMRS.

A partir dos resultados estimados e dos testes realizados no modelo em painel, o modelo com efeito aleatório, é o que melhor se adequa para explicar as variações nos indicadores de pobreza.

De acordo com essa metodologia, o aumento no PIB per capita tem sido determinante para a redução da pobreza, que por sua vez, uma redução nas transferências per capita do PBF influencia no aumento da pobreza, bem como aumentos no seu volume, causa uma redução expressiva da pobreza, assim como, um aumento nos gastos per capita com educação e saúde provocam redução na pobreza. A Tabela 6 mostra os resultados dos Testes de Wooldridge e Wald.

Tabela 6: Resultado dos Testes de Wooldridge e Wald

Teste de Wooldridge	Teste de Wald
128.747	58335.90
0,0000(p-valor)	0,0000(p-valor)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IMRS.

Outros testes foram realizados, tais como Teste de Wooldridge e Teste de Walds, com a finalidade de detecção de autocorrelação e heterocedasticidade em painel. A autocorrelação (teste de Wooldridge) foi aplicada para verificar o grau de relação que as variáveis apresentam. Neste teste, o resultado foi aceitação da hipótese nula de ausência de autocorrelação. Para identificar heterocedasticidade em grupo (efeitos aleatórios) foi usado o teste de Wald, que apresentou resultado de aceitação da hipótese nula de ausência de heterocedasticidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte – MMBH mostrou significativas disparidades entre os municípios componentes entre os anos de 2008 a 2012.

Dentre as variáveis consideradas, é possível afirmar que os gastos per capita com educação, saúde e as transferências per capita do PBF foram crescentes ao longo do período discutido, exceto o PIB per capita, que sofreu oscilações no ano de 2009, com redução de 8,5%, quando comparado ao valor de 2008. O ano de 2012, em relação ao valor de 2011, sofreu redução de 3% e um crescimento de 61%, levando-se em conta o ano de 2008.

As transferências do PBF apresentaram crescimento em todos os anos: considerando o ano de 2008 como base, em 2009, o crescimento representou 13%; em 2010 de 27%; em 2011 de 57% e; em 2012 de 85%.

Em relação ao percentual de pessoas pobres, constatou-se que houve uma redução em relação à média ao longo de todos os anos analisados, se comparados ao ano de 2008. Verifica-se que as reduções foram de 6,5%; 9,5%; 3,4% e 5%, respectivamente.

O objetivo do trabalho foi alcançado, na medida em que foi possível verificar os efeitos da transferência per capita de renda (PBF) e dos gastos per capita com educação e saúde e o crescimento do PIB per capita sobre a pobreza nos municípios analisados.

Constatou-se que, um aumento nos gastos públicos com transferências de renda contribuiu para a redução do percentual de pobres na MMBH no período analisado. O acesso à renda, ainda que em pequenas proporções, representa melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

A análise dos dados a partir do modelo econométrico proposto permitiu observar que os gastos com educação e o PBF apresentaram significância para redução do percentual de pobres. Entretanto, os gastos com saúde não apresentaram correlação direta entre a variação dos gastos e a melhoria dos índices de mensuração da pobreza.

Embora seja possível identificar avanços consideráveis nos programas de transferência de renda e nos gastos públicos nos municípios analisados, é necessário realizar novas pesquisas para verificar se os resultados alcançados são extensivos a regiões metropolitanas com características distintas. Estudos promissores assentam-se na mensuração do impacto da intervenção do governo para redução dos problemas sociais, com foco na construção de novos modelos econométricos para avaliação e direcionamento das ações governamentais.

## BIBLIOGRAFIA

- BARRO, R. J. **Economic Growth in a Cross-Section of Countries**. The Quarterly Journal of Economics, v. 106, p. 407-444, 1991.
- BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. **Desigualdade de Renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Brasília: IPEA. 2 v. 2007.
- BRASIL. **Lei N° 9.394, de 20 de Dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Diário Oficial da União, 23 dez.1996.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Diário Oficial da União, 05 out. 1988.
- BRASIL. Constituição Federal. **Emenda Constitucional N. 29**. Brasília: Diário oficial da União, 13 set. 2000.
- CASTRO, J. A; RIBEIRO, J. A; DUARTE, B. C. **Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995 – 2005**. Texto para Discussão n° 1324. Rio de Janeiro: IPEA, 2008.
- DRUCK, G; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. *In: Revista Katálises*. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 24-34 jan./jun. 2007.
- GUJARATI; D. N. **Econometria Básica: 4ª Edição**. Rio de Janeiro. Elsevier-Campus, 2006.
- LAVINAS, Lena. **Transferência de Renda: o quase tudo do sistema de proteção social brasileiro**. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A157.pdf>>. Acesso em: 23 de abril de 2016.
- MEDICI, André. Caminhos da Saúde no Brasil: é possível uma nova via. *In: II Seminário CONASS Debate*. Brasília, 25 de Setembro de 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conassdebate/wp-content/uploads/2013/09/Medici.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde, 2010 (RMS/2010): Financiamento dos Sistemas de Saúde. "O caminho para a cobertura universal (OMS)"**. Disponível em <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em 02 de maio de 2016.

- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2016.
- PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento da Saúde: o que mudou com a CPMF. *In: Encontro Nacional de Economia da Saúde*. Salvador – BA, 30 de novembro de 1999. Disponível em: <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/bf\\_bancos/e0001149.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/bf_bancos/e0001149.pdf)>. Acesso em 02 de maio de 2016.
- PLANO METROPOLITANO: **Macrozoneamento RMBH**. 2016. Disponível em: <<http://www.rmbh.org.br/>>. Acesso em 25 de abril de 2016.
- POCHMANN, Márcio. Política social na periferia do capitalismo: a situação recente no Brasil. *In: Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1477 – 1489, 2007.
- PORTAL INEP. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/estatisticas-gastoseducacao>>. Acesso em 01 de maio de 2016.
- RESENDE, F, A. **Finanças públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- RIANI, Flávio. **Economia do setor público**: uma abordagem introdutória. 5. ed. – Rio de Janeiro : LTC, 2009.
- RODRIGUEZ, Vicente. Financiamento da Educação e Políticas Públicas: o Fundef e a Política de Descentralização. *In: Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, novembro/2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5540.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2016.
- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, P. L. B; MEDICI, A. C. Considerações Sobre o Gasto em Saúde no Brasil: dilemas até o final do século. *In: Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1(4): 88-105, jan/mar, 1988. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n1/08.pdf>>. Acesso em 02 de maio de 2016.