

COMPORTAMENTO REPRODUTIVO NO BRASIL E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E DECISÃO PELA GRAVIDEZ

Wanderson Alves de Sousa

Bacharelado em Ciências Econômicas/NPQV/Mackenzie

E-mail: sousawan@gmail.com

Carlos César Santejo Saiani

Professor Adjunto da Universidade Federal de Uberlândia (IE UFU)

E-mail: ssaiani@ie.ufu.br

Mônica Yukie Kuwahara

Professora Adjunta da Universidade Federal do ABC (CECS-BCE-UFABC)

E-mail: monica.kuwahara@ufabc.edu.br

Resumo

O objetivo geral do artigo é descrever o comportamento reprodutivo das mulheres que recebem o benefício do Programa Bolsa Família, avaliando o impacto das condicionalidades inerentes ao programa. Foram utilizados os dados referentes à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) dos anos de 1996 e 2006 do Ministério da Saúde. Para avaliar se haveria influência do programa sobre a decisão de gravidez, foi estabelecida uma estratégia de identificação por meio do método de *Probit*. Além disso, o artigo apresenta, também a partir da PNDS, uma descrição do comportamento reprodutivo nos anos de 1996 e 2006, o que contribui para a análise das vantagens das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Os resultados indicam que as mulheres que recebem o benefício tendem a aumentar o uso de métodos anticoncepcionais, mas que não existiria influência direta do recebimento do PBF na decisão pela gravidez.

Palavras-chaves: Comportamento Reprodutivo; Gravidez; Métodos Anticoncepcionais; Programa Bolsa Família; Condicionalidades.

Introdução

As políticas públicas sociais chamadas de redistributivas são caracterizadas como programas de transferências diretas de renda que têm como objetivo melhorar a condição socioeconômica dos indivíduos, principalmente daqueles em situações de pobreza ou extrema pobreza. No Brasil, estes programas ganharam mais relevância a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, que consolidaram e regulamentaram os direitos sociais, sendo adotados por todos os governos desde então. A questão social tornou-se, assim, uma prioridade, uma escolha política possível, mas cercada de controvérsias e indagações acerca dos seus efeitos.

Dentre as políticas sociais que emergem neste novo contexto, um dos maiores destaques é o Programa Bolsa Família (PBF), um dos principais programas de políticas sociais adotados no Brasil, que acabou se tornando uma referência mundial. O PBF foi criado em 2003, no governo de Luís Inácio Lula da Silva, com a integração dos programas Fome Zero, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás, os três últimos criados no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)¹. Consiste em um programa de transferência de renda direta condicionado a famílias em situações de pobreza ou de extrema pobreza. Considera, ainda, a composição das famílias: existência e número de crianças e adolescentes, assim como de gestantes e nutrizes.

O PBF é alvo de várias críticas, tanto no que se refere aos seus objetivos quanto na análise dos seus impactos em termos de transferência de renda até possíveis incentivos adversos. Alguns destes estudos encontraram evidências favoráveis ao programa em relação à própria redução da pobreza, assim como em relação a aspectos relacionados à educação, à saúde e ao mercado de trabalho. Referente ao último aspecto pode-se citar como exemplo o estudo de Tavares (2010), que relata o efeito do PBF sobre a oferta de trabalho das mães como sendo positivo, pois existe um efeito-substituição decorrente da redução de oferta de trabalho dos filhos, que acabam passando maior tempo na escola. Além disso, aumenta a disponibilidade de tempo para as mães acompanharem seus desempenhos.

Outro exemplo seria o estudo de Camelo et al. (2009), no qual os autores estimam um modelo que busca avaliar as implicações dos programas de transferência de renda, tais como o PBF, na alimentação, nutrição e saúde. Nos modelos estimados para a segurança alimentar, o trabalho desses autores apontou que o PBF consegue elevar em 7,4 pontos percentuais a probabilidade dos domicílios estarem em situação de segurança alimentar, medida por meio da escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA).

¹ No governo FHC, foram adotados os programas Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação e Auxílio-Gás. O Governo Federal arcava com as responsabilidades financeiras, bem como, a gestão dos programas. O Bolsa-Escola beneficiava as

Outro aspecto a ser destacado refere-se às informações oficiais divulgadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), de que, no país, a renda domiciliar *per capita* cresce desde 2004 a uma taxa média de 4,5% ao ano acima da inflação, passando de R\$687 em 2003 para R\$932 em 2011. Tal crescimento ocorreu mais intensamente nas regiões menos desenvolvidas e entre os segmentos mais pobres e menos favorecidos da população, o que contribuiu para a redução recente da desigualdade de renda no país (IPEA, 2013, p. 12). Pelo menos em parte, tal queda da desigualdade, segundo alguns estudos², deve-se às políticas sociais como o PBF.

Um aspecto ainda pouco abordado pela literatura sobre incentivos adversos de políticas de transferência de renda, em especial decorrentes do PBF, é se existiria uma influência sobre o comportamento sexual e reprodutivo das pessoas. Mais especificamente, se o recebimento do benefício influenciaria o uso de métodos anticoncepcionais e a decisão pela gravidez. A renda incremental e o consequente maior acesso potencial a informações, assim como as visitas periódicas a postos de saúde, uma das condicionalidades do programa, poderiam resultar em um comportamento sexual mais seguro, com maior utilização de métodos anticoncepcionais e, consequentemente, menos mulheres decidindo pela gravidez. Por outro lado, a possibilidade de recebimento de um benefício maior em função do número de filhos poderia incentivar famílias com menos de três filhos da faixa etária contemplada pelo PBF, limite estabelecido por este, a decidirem pela geração de uma nova criança (gravidez), com menor emprego de métodos anticoncepcionais.

Diante do exposto, o objetivo principal deste artigo é descrever o comportamento sexual e reprodutivo dos indivíduos, buscando avaliar se o recebimento de benefícios do Programa Bolsa Família ou suas condicionalidades estariam influenciando o uso de métodos anticoncepcionais e a decisão pela gravidez. Para isso, são feitas algumas estimativas econométricas com informações para uma amostra representativa das mulheres brasileiras da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006, realizada pelo Ministério da Saúde. Assim, este artigo pretende contribuir para o preenchimento de uma lacuna na literatura sobre possíveis incentivos adversos de políticas redistributivas.

Devem ser apontados, também como aspectos motivadores do estudo, que o uso de métodos anticoncepcionais e a decisão pela gravidez são diretamente relacionados à fecundidade de um país que, por sua vez, relaciona-se ao nível de desenvolvimento socioeconômico. Além disso, é relativamente recente a discussão sobre a importância do comportamento sexual e reprodutivo. Segundo Pinotti et al. (2007), somente em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, a sexualidade começou a aparecer nos documentos internacionais como algo positivo e não como um ato violento e insultante ou santificado e

² Ver, por exemplo: IPEA (2013); Rocha (2005); IPEA (2006) e Rocha (2007)

camuflado pelo casamento heterossexual e pela gravidez³. Assim, a o artigo também contribui para este debate ao investigar se o comportamento sexual e reprodutivo dos indivíduos é influenciado por políticas que não teriam esse fim, como o PBF.

Para atingir seu objetivo, o artigo se divide em quatro seções, além desta introdução e das considerações finais. Na primeira seção, será realizado um panorama do comportamento sexual e reprodutivo no Brasil, destacando o emprego de métodos anticonceptivos, ao longo de uma década, com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 1996 e 2006. O intuito é apontar alguns determinantes do uso de métodos anticonceptivos no país, o que também fundamentará o uso de algumas variáveis de controle nas estimações econométricas. Na segunda seção, o PBF será discutido, apontando algumas de suas principais características e evidências empíricas já encontradas em outros estudos. Na terceira seção, serão apontados os procedimentos econométricos adotados para avaliar se o PBF influencia o uso de métodos anticonceptivos e a decisão pela gravidez. Por último, na quarta seção, os resultados encontrados nas estimações econométricas serão analisados.

1. Comportamento sexual e reprodutivo: uso de métodos anticonceptivos no Brasil

Para estabelecer um panorama do comportamento sexual e reprodutivo das mulheres brasileiras foram utilizados os dados das últimas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS), 1996 e 2006, realizadas pelo Ministério da Saúde, buscando descrever as escolhas da população feminina brasileira em relação aos métodos de anticoncepção – ou anticonceptivos (MAC). A PNDS consiste em uma base de dados ainda pouco explorada, realizada a cada dez anos com o objetivo de traçar o perfil da população feminina brasileira na idade fértil e das crianças menores de cinco anos. Atualmente, já foram realizadas e estão disponibilizadas três edições da PNDS (1986, 1996 e 2006).

Em 2006, as informações da PNDS foram obtidas de uma amostra de 15.575 mulheres entre 15 e 49 anos que viviam em áreas urbanas e rurais nas cinco grandes regiões geográficas brasileiras. Através de questionários aplicados em mais de 14 mil domicílios, foram obtidas informações sobre

³ É a partir desse momento desse momento que ganha relevância o tema denominado como “saúde sexual”, definido como “a habilidade de mulheres e homens para desfrutar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência ou discriminação. [...] Possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada no respeito de si mesmo, que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana e o respeito mútuo nas relações sexuais. [...] Valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. [...] É enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações” (PINOTTI et al., 2007, p. 54).

a fecundidade e as intenções reprodutivas, a atividade sexual e a concepção, a assistência à gestação e ao parto, a morbidade feminina, a nutrição das crianças, entre outros aspectos⁴.

A Tabela 1 mostra um quadro geral das pesquisas em 1996 e 2006, apresentando indicadores proporcionais da amostra pesquisada que ilustram o comportamento sexual e reprodutivo no Brasil (mulheres entre 15 e 49 anos). Estes indicadores são divididos em três grupos: (i) fecundidade e anticoncepção; (ii) gestação e parto e (iii) vida sexual e filhos. No primeiro grupo de indicadores, observa-se que a taxa de fecundidade apresentou uma queda de 28% entre 1996 e 2006, passando de 2,5 filhos por mulher para 1,8. Mais importante para a presente monografia é o fato de, no geral, é possível verificar um aumento no período da proporção de mulheres que usam algum método anticonceptivo (aumento de 19%). Houve elevações das proporções de uso de três dos quatro métodos mais populares: a pílula anticoncepcional, com aumento de 40%; a esterilização masculina, com aumento de 106%, e o preservativo masculino (condom/camisinha), com aumento de 200%. Este último pode ser reflexo de campanhas de conscientização e de distribuições gratuitas. Por outro lado, reduziu a proporção de mulheres esterilizadas (-20%). O aumento geral de MAC relaciona-se diretamente à redução da fecundidade no período.

Analisando o segundo grupo de indicadores (gestação e parto), verifica-se uma melhora geral das condições das gestações e dos partos ocorridos no período analisado, com reduções acima de 80% das proporções de mulheres que nunca fizeram consulta pré-natal (tanto nas áreas urbanas e como nas rurais) e, nas áreas rurais, que tiveram seus partos realizados em casa. Além disso, expandiu proporção de casos em que o médico esteve presente no parto. A evolução das proporções de mulheres que recebem acompanhamento médico na gestação e na hora do parto, ou seja, que obtém atenção à saúde dos filhos sinaliza um avanço das políticas públicas de saúde voltadas à mulher, o que contribui para a diminuição de desigualdades.

Já no terceiro grupo de indicadores (vida sexual e filhos), constata-se um rejuvenescimento e um crescimento do comportamento sexual. Em 1996, 11% das mulheres da amostra da PNDS tiveram a primeira relação sexual até os 15 anos, ao passo que, em 2006, essa proporção aumentou para 32,6% (crescimento de 196%). Ao mesmo tempo, reduziram as proporções de jovens entre 15 e 19 anos que eram virgens (queda de 33%) e de mulheres virgens entre 45 e 49 anos (queda de 78%).

⁴ Na PNDS são realizadas mensurações antropométricas de altura e peso de mulheres e crianças e da circunferência da cintura de mulheres, assim como são coletadas amostras de sangue para a dosagem de vitamina A e de hemoglobina e informações sobre o teor de iodo disponível no sal consumido pelas famílias. Assim, o estudo permite estabelecer uma visão global do perfil traçado e uma comparação internacional, uma vez que está ligado ao projeto Measure Demographic and Health Survey (DHS), investigação de escopo internacional com apoio da Agência dos Estados Unidos da América e de outras instituições internacionais, com o objetivo fornecer dados e análises a fim de prover indicadores de planejamento e avaliação da saúde de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento. Uma restrição é que nem todas as informações são disponibilizadas para a mostra completa.

Além disso, houve uma queda de 6% da idade média do nascimento do primeiro filho, passando de 22,4 anos em 1996 para 21 anos na última PNDS (em 2006).

Tabela 1. Brasil: comportamento sexual e reprodutivo das mulheres entre 15 e 49 anos (1996 e 2006)

Indicadores (mulheres de 15 a 49 anos)	1996	2006	Variação % de 1996 a 2006
Fecundidade e Anticoncepção			
Taxa de fecundidade	2,5 filhos	1,8 filhos	-28%
Usa algum método contraceptivo	73,1%	87,2%	19%
Pílula anticoncepcional	15,8%	22,1%	40%
Preservativo masculino (condom/camisinha)	4,3%	12,9%	200%
Mulher esterilizada	27,3%	21,8%	-20%
Homem esterilizado	1,6%	3,3%	106%
Gestação e Parto			
Nunca fez consulta pré-natal (Rural)	31,9%	3,6%	-89%
Nunca fez consulta pré-natal (Urbano)	8,6%	0,8%	-91%
O parto aconteceu em casa (Rural)	19,8%	3,5%	-82%
Médico presente na hora do parto	77,6%	88,7%	14%
Vida Sexual e Filhos			
Primeira relação sexual até os 15 anos	11,0%	32,6%	196%
Jovens de 15 a 19 anos virgens	67,2%	44,8%	-33%
Mulheres de 45 a 49 anos virgens	3,6%	0,8%	-78%
Idade média do nascimento do 1º filho	22,4 anos	21,0 anos	-6%

Fonte: Ministério da Saúde, PNDS de 1996 e 2006.

Schor (2000) encontrou evidências de que quanto menor a idade da adolescente na primeira relação sexual, menor é a chance de a mesma utilizar algum método contraceptivo. No estudo, observou-se, ainda, que há alto nível de conhecimento sobre MAC entre os adolescentes. Entretanto, a falta de planejamento e a esporadicidade em que ocorrem as relações sexuais acabam determinando o não emprego de MAC mesmo sendo conhecida a sua importância.

É importante apontar que, apesar da grande variedade de métodos contraceptivos, no Brasil, há uma frequência mais elevada da utilização de pílulas anticoncepcionais e de preservativos masculinos (condom/camisinha), além dos métodos mais extremos (esterilizações femininas e masculinas). Na região sul do município de São Paulo, por exemplo, o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional são usados por, respectivamente, 95,3% e 92,6% de uma amostra de mulheres residentes na localidade, conforme é relatado no estudo de Schor (2000). Dados da PNDS de 2006, apresentados na Tabela 1, ressaltam a relevância do emprego de MAC, destacando as mudanças no comportamento do uso destes métodos, em especial o aumento da vasectomia e do preservativo masculino frente aos dados constatados pela PNDS em 1996.

Em relação aos fatores que levam a ocorrência de gravidezes não planejadas, vários estudos, como o de Pinotti et al. (2007), ressaltam a falta de informação e a baixa escolaridade, muitas vezes reflexos de regiões menos desenvolvidas, que podem resultar em baixa conscientização da

importância e das implicações do uso de MAC. Assim, vale a pena avaliar, com dados da PNDS, se o nível de renda e o grau de escolaridade são determinantes do uso de MAC. Deve-se apontar que diferenças de renda e de escolaridade entre os indivíduos tende a se refletir em discrepâncias entre as preferências e o comportamento reprodutivo. Em populações de baixas renda e escolaridade, observam-se maiores números de gravidezes não planejadas e de filhos (BERQUÓ et. al. 2009).

A Tabela 2 apresenta um quadro comparativo, entre 1996 e 2006, da distribuição relativa (%) das mulheres unidas (de 15 a 44 anos), segundo o tipo de método anticoncepcional empregado e classes econômicas. Observa-se uma situação positiva, pois aumentaram as proporções de utilização de MAC, o que já havia sido ilustrado na Tabela 1. Destaca-se a participação da população masculina no emprego de métodos, seja pelo uso de preservativos ou vasectomia, que elevou significativamente de 1996 a 2006 – aproximadamente 30% nas maiores classes de renda. Além disso, a utilização de esterilização (masculina e feminina) reduziu no período, independente de classe econômica. Em 2006, a opção por pílulas anticoncepcionais entre as mulheres das classes econômicas A e B foi superior à esterilização feminina nestas classes.

O principal aspecto observado na Tabela 2 é que as proporções de mulheres que não usam algum MAC em suas relações sexuais reduzem à medida que aumentam seus níveis de renda. Ou seja, há uma tendência de aumento do emprego de contracepção à medida que aumenta a classe econômica. Como exemplo, deve-se apontar que a proporção de mulheres que não usavam MAC na classe baixa, em 2006, era de 26,3%, quase o dobro da proporção de não uso das mulheres com maior poder aquisitivo no mesmo ano (15,0%). As evidências verificadas na Tabela 2 sinalizam o nível de renda como um determinante do comportamento sexual e reprodutivo dos indivíduos, em especial, no que se refere ao uso de métodos contraceptivos.

Nos dados apresentados chamam a atenção ao comportamento adotado nas diferentes classes econômicas como, por exemplo, a queda na esterilização feminina de, nos anos de 1996 e 2006, respectivamente, 36,5% para 32,3% na classe baixa e de 40,4% para 20,2% na classe média alta e alta (queda de 50%). Essa queda considerável é acompanhada do aumento da esterilização masculina em ambos os anos, que se mostrou crescente em todas as classes analisadas e com um aumento de aproximadamente 55%.

Nota-se que a utilização da pílula anticoncepcional é maior na classe baixa do que na classe mais alta. Essa evidência pode ser justificada pela capacidade financeira, que permite que mulheres com maior poder aquisitivo consigam beneficiar-se de outros métodos como, por exemplo, que os seus parceiros optem pela vasectomia, visto que, no ano de 2006, 1,0% dos homens da classe baixa fizeram a cirurgia frente a 13,3% dos homens da classe econômica mais alta ou do uso de

preservativo masculino (condon/camisinha) que, na mesma classe, aparece como 16,4% frente ao uso de 10,3% da classe mais baixa.

É possível observar que, durante os 10 anos decorridos da PNDS de 1996 à PNDS de 2006, há um avanço do conhecimento dos métodos anticoncepcionais existentes, bem como, é possível dizer que ocorre uma maior conscientização por parte de homens e mulheres que passaram a adotar um comportamento mais consciente acerca dos benefícios trazidos. O que, pelo menos em parte, corrobora com a constante queda na taxa de fecundidade total no Brasil.

Tabela 2. Distribuição relativa (%) das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso e o tipo de métodos anticoncepcionais e as classe econômica (1996 e 2006)

Métodos / Classes	Baixa (E)	Média-Baixa (D)	Média (C)	Média-Alta e Alta (B e A)	Total
1996					
Não usa	35,1%	22,8%	16,4%	13,7%	22,1%
Esterilização					
Feminina	36,5%	39,9%	37,6%	40,4%	38,5%
Masculina	0,6%	1,0%	3,7%	8,5%	2,8%
Pílula	18,5%	24,8%	26,5%	18,2%	23,1%
Condom/Camisinha	1,6%	4,3%	5,5%	7,8%	4,6%
Outros métodos	1,8%	2,4%	4,0%	3,6%	3,0%
Abstinência periódica	2,0%	2,3%	2,8%	6,1%	2,9%
Coito interrompido	4,0%	2,6%	3,5%	1,6%	3,0%
Total*	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2006					
Não usa	26,3%	21,3%	16,8%	15,0%	18,4%
Esterilização					
Feminina	32,3%	29,7%	25,1%	20,2%	25,9%
Masculina	1,0%	1,8%	4,2%	13,3%	5,1%
Pílula	24,1%	26,3%	30,2%	23,9%	27,4%
Condom/Camisinha	10,3%	11,7%	12,8%	16,4%	13,0%
Outros métodos	3,6%	6,1%	7,7%	7,7%	7,0%
Abstinência periódica	0,5%	1,5%	0,9%	1,0%	1,0%
Coito interrompido	1,9%	1,7%	2,2%	2,5%	2,1%
Total*	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde, PNDS de 1996 e 2006.* Inclui todos os outros métodos, como: DIU, diafragma e injeções.

A Tabela 3 mostra um resumo dos dados da Tabela 2, não discriminando as classes de renda, apresentando um quadro geral das distribuições das proporções de mulheres das amostras das PNDS de 1996 e 2006, segundo o uso e o tipo de MAC. Verifica-se uma variação positiva do emprego da anticoncepção via vasectomia, pílula, condom/camisinha e a consequente queda do não uso dos métodos, já destacada, bem como, a redução da esterilização feminina, da abstinência periódica e do coito interrompido. A importância deste resultado deve ser visto além da decisão pela gravidez, uma vez que a importância do uso de alguns métodos contraceptivos, como o preservativo

masculino, que aumentou 183% no período, também está diretamente relacionado ao controle de diversas doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Tabela 3. Distribuição relativa (%) das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o tipo de MAC (1996 e 2006)

Métodos / Anos	1996	2006	Variação de 1996 a 2006 (%)
Não usa	22,1%	18,4%	-17%
Esterilização			
Feminina	38,5%	25,9%	-33%
Masculina	2,8%	5,1%	82%
Pílula	23,1%	27,4%	19%
Condom/Camisinha	4,6%	13,0%	183%
Outros métodos	3,0%	7,0%	133%
Abstinência periódica	2,9%	1,0%	-66%
Coito interrompido	3,0%	2,1%	-30%

Fonte: Ministério da Saúde, PNDS de 1996 e 2006.

Conforme já foi comentado, a obtenção de informações sobre MAC relaciona-se intimamente à escolaridade e ao consequente acesso aos meios de comunicação, que tendem a influenciar positivamente o comportamento sexual e reprodutivo das pessoas. Nesse sentido, as Tabelas 4 e 5 mostram informações relevantes para aprofundar a discussão. A Tabela 4 apresenta um quadro comparativo, entre 1996 e 2006, da distribuição relativa (%) das mulheres unidas (de 15 a 44 anos), segundo o tipo de método anticoncepcional empregado e os anos de estudo. É possível observar uma tendência semelhante ao mostrado na Tabela 2. No caso, um aumento da proporção de mulheres que empregam algum MAC à medida que eleva a escolaridade. A esterilização feminina, por exemplo, caiu no período. Comportamento inverso é observado nas mulheres com menos escolaridade que, em 2006, ainda era de aproximadamente 50%. É perceptível que à medida que há aumento nos anos de estudo ocorre, conseqüentemente, um aumento progressivo na esterilização masculina e uma queda na feminina. Os dados da Tabela 4 sugerem que a escolaridade também é um determinante do comportamento sexual e reprodutivo dos indivíduos, principalmente da decisão de utilização contraceptiva.

A Tabela 5 apresenta as proporções, em 2006, das mulheres na idade reprodutiva, segundo os anos de estudo e as grandes regiões geográficas. É possível perceber maiores proporções de mulheres com menores níveis de escolaridade (1 a 3 anos) nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ou seja, as regiões brasileiras menos desenvolvidas, nas quais se encontram os piores indicadores de *déficit* estudantil, renda, vulnerabilidade social, entre outros. Conforme já foi discutido, problemas educacionais resultam em menores informações, o que pode influenciar o comportamento sexual e reprodutivo das pessoas, como o uso de MAC. Assim, pode-se esperar que o emprego seja menor nas regiões menos desenvolvidas.

Por último, deve-se ressaltar que, segundo vários estudos, como o de Pinotti et al. (2007), o comportamento sexual e reprodutivo dos indivíduos, que se reflete no emprego de MAC, é influenciado por diversos fatores, desde aspectos individuais até atributos socioeconômicos do local de residência. As análises realizadas na presente seção destacam duas características individuais que determinam o uso da contracepção: o nível de renda e a escolaridade. Além disso, sinalizou que a prática pode ter abrangências diferentes nas regiões geográficas do país, uma vez que estas diferem em relação ao grau de desenvolvimento, como as proporções de mulheres com escolaridades distintas. Tal discussão também é importante para justificar os controles adotados nas estimações econométricas, apresentadas a partir da terceira seção.

Tabela 4. Distribuição relativa (%) das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso e o tipo de métodos anticoncepcionais e os anos de estudo (1996 e 2006)

Métodos / Anos de Estudo	Nenhum	1 a 4 anos	5 a 7 anos	8 e mais anos	Total
1996					
Não usa	33,5	26,6	21,4	16,0	22,1
Esterilização					
Feminina	47,4	41,1	35,6	35,9	38,5
Masculina	0,2	1,6	2,1	4,8	2,8
Pílula	7,7	20,0	28,4	25,7	23,1
Condom/Camisinha	2,7	2,8	4,6	6,7	4,6
Outros métodos	2,0	2,4	2,5	4,0	3,0
Abstinência periódica	2,2	2,0	1,9	4,4	2,9
Coito interrompido	4,2	3,3	3,3	2,5	3,1
Total*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006					
Não usa	22,9	20,1	21,6	16,6	18,4
Esterilização					
Feminina	49,9	39,5	25,2	20,5	25,9
Masculina	0,2	3,2	3,6	6,4	5,1
Pílula	16,4	22,2	27,1	30,0	27,4
Condom/Camisinha	6,0	7,2	14,9	14,8	13,0
Outros métodos	0,4	4,3	6,0	8,4	7,0
Abstinência periódica	1,2	0,6	0,3	1,4	1,0
Coito interrompido	3,1	2,9	1,4	1,9	2,1
Total*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, PNDS de 1996 e 2006. * Inclui todos os outros métodos, como: DIU, diafragma e injeções.

Tabela 5. Distribuição relativa (%) das mulheres na idade reprodutiva, segundo os anos de estudo e as grandes regiões geográficas (2006)

Anos de Estudo / Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Nenhum	2,7%	6,1%	1,5%	1,8%	3,1%	3,0%
1 a 3 anos	11,6%	12,9%	6,0%	5,9%	7,6%	8,3%
4 anos	10,6%	9,1%	7,7%	10,4%	8,4%	8,8%
5 a 8 anos	29,1%	30,3%	28,8%	31,4%	29,9%	29,7%
9 a 11 anos	39,1%	35,4%	38,5%	33,6%	37,2%	36,9%
12 e mais anos	6,0%	5,7%	16,4%	16%	13,4%	12,5%

Fonte: Ministério da Saúde, PNDS de 2006.

2. Programa Bolsa Família (PBF): características e efeitos

Para que uma família seja beneficiada pelo PBF, é preciso que esteja cadastrada no sistema do Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico). A concessão do benefício é feita com base nas informações deste cadastro. O governo federal tem como responsabilidade a elaboração do desenho do programa e o repasse dos recursos, entretanto, os municípios são os principais gestores e devem cadastrar as famílias que pertencem ao público-alvo no CadÚnico. A família inclusa tem o direito à permanência de no mínimo dois anos ou enquanto persistir na situação de pobreza, dado que o seu cadastro esteja devidamente atualizado. Os valores limites para o ingresso da família é de uma renda mensal *per capita* de R\$140, considerado como grau de pobreza para as famílias que possuem em sua composição crianças e adolescentes de até 17 anos, e como caso de extrema pobreza o valor limite do ingresso no programa é de R\$70, independentemente da composição familiar.

O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), responsável pelo PBF, trabalha com cinco grupos de valores de benefícios às famílias: (i) benefício básico; (ii) benefício variável; (iii) benefício variável vinculado ao adolescente (BVJ); (iv) benefício variável de caráter extraordinário (BVCE) e (v) benefício para a superação da extrema pobreza na infância (BSP). No benefício básico, o valor repassado mensalmente é de R\$70, sendo concedido às famílias com renda mensal de até R\$70 *per capita*, mesmo não havendo crianças, jovens, gestantes e nutrízes. No benefício variável, o valor repassado mensalmente é de R\$32, sendo concedido às famílias com renda mensal de até R\$140 *per capita*, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos de idade, gestantes e/ou nutrízes. Vale apontar que cada família pode receber até cinco benefícios variáveis, totalizando um valor recebido mensal de R\$160.

No benefício variável vinculado ao adolescente (BVJ), é concedido um adicional de R\$38 a todas as famílias que tenham adolescentes entre 15 e 17 anos e que estejam frequentando a escola, sendo que cada família pode receber até dois BVJ. O benefício variável de caráter extraordinário (BVCE) é transferido às famílias que estavam cadastradas aos programas que integrados ao PBF e que tiveram perdas financeiras. Por fim, o benefício para a superação da extrema pobreza na infância (BSP) é pago às famílias que, mesmo recebendo o PBF, ainda se encontram em extrema pobreza. O valor do BSP é correspondente ao necessário para que a família saia da zona de extrema pobreza, superando a renda de R\$70 mensais por pessoa.

Nesse momento, é importante destacar que, tanto no meio acadêmico como político, há várias críticas às políticas de cunho redistributivo, como os programas de transferência de renda direta. Geralmente, estas são vistas como uma falha do governo, defendendo-se que os beneficiados

adotariam comportamentos de acomodação de suas situações, dado que recebem uma renda advinda do Governo e, conseqüentemente, deixariam de buscar melhorias para as suas condições de vida. Há estudos, porém, que apresentam evidências que se contrapõem a este argumento. IPEA (2006), por exemplo, relatando que o argumento de desincentivo à procura de trabalho não se aplica ao caso específico do PBF, pois a maioria de seus benefícios é pago a famílias que incluem membros com empregos remunerados. No mesmo trabalho, defende-se o programa como uma das causas da recente queda da desigualdade de renda.

A desigualdade de renda familiar *per capita* caiu de forma contínua e substancial, alcançando seu menor nível nos últimos trinta anos. Além de ser um resultado importante por si só, essa desconcentração levou a uma expressiva redução de pobreza e de extrema pobreza (IPEA, 2006, p.2)

Evidência semelhante pode ser observada por meio da evolução recente do Índice de Gini⁵ brasileiro, que, em uma série histórica, sempre apresentou valores elevados. Contudo, passou a demonstrar uma tendência de queda contínua a partir de 1997, momento em que já eram adotados programas de transferência de renda direto no governo FHC. Entre 2001 e 2011, ou seja, respectivamente, antes e após a criação do programa, o que ocorreu em 2003, o Índice de Gini calculado para o Brasil sofreu significativa queda, evoluindo de 0,553 para 0,5000⁶. Estes resultados são adquiridos via a crescente conquista quanto à redução da pobreza, ao aumento do mercado de trabalho e às melhorias na saúde e na educação.

Nos últimos anos, o Brasil avançou em aspectos relacionados à educação. Por exemplo, a taxa de frequência escolar de crianças e de jovens (7 a 14 anos) elevou-se de 84% em 1990 para 97% em 2007; além disso, a mortalidade infantil que em 1990 era de 4,8% reduziu-se para 2,5% em 2007 (CAMELO et al., 2009, p. 687- 8).

Para Rocha (2007), a tendência de declínio da desigualdade de renda no Brasil decorre de dois fatores. O primeiro seria o comportamento do mercado de trabalho, devido ao desempenho econômico que elevou o emprego e à valorização do salário mínimo. O segundo fator seria o aumento das políticas de transferências diretas de renda, sendo o PBF o principal exemplo.

Conforme destaca Barros (2007), entre 2001 e 2005, aumentou a participação de renda não derivada do trabalho no orçamento familiar, passando de 22% para 24%. Os autores decompuseram a renda familiar *per capita* e perceberam uma evolução na remuneração não derivada do trabalho. Além disso, foi observada uma elevação da proporção de brasileiros que vivem em domicílios nos quais a renda advém, pelo menos parcialmente, de recursos não provenientes de remunerações do trabalho – a proporção subiu, no período, de 42% para 52%.

⁵ Mede o grau de desigualdade da renda familiar per capita dos indivíduos. Seu valor pode ser teoricamente desde 0, quando não há desigualdade (as rendas de todos os indivíduos têm o mesmo valor), até 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).

⁶ Para maiores informações, ver o site: www.pnud.org.br.

Assim, a um custo relativamente baixo se comparado a outras políticas – em 2012, o valor total transferido pelo PBF, representou 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro⁷ –, defende-se que o programa foi um dos responsáveis pela diminuição da desigualdade social no país, beneficiando, atualmente, mais de 13 milhões de famílias, que abrangem uma parcela significativa da população brasileira. Deve-se apontar que o programa se insere em uma estratégia de ampliação e de consolidação de mecanismos de garantia de renda para a promoção de um ciclo de crescimento econômico sustentado, baseado no fortalecimento do mercado interno, e que inclui como ponto chave a melhoria dos perfis distributivos da sociedade brasileira (IPEA, 2010, p. 8).

Vale ressaltar que, conforme é apontado em diversos estudos, o programa tem como missões principais quebrar o ciclo da pobreza de gerações de famílias e prover aos cidadãos os direitos básicos, como educação, saúde e assistência social. Para que o alívio imediato da pobreza seja alcançado, é necessária a estruturação de condicionalidades que consigam promover maior equidade e eficiência entre as famílias de baixa renda e o provedor de políticas sociais.

A clara ênfase do programa no objetivo de alívio à pobreza, seu desenho revela a influência de outros objetivos, quais sejam: a quebra do ciclo intergeracional da pobreza, por meio da presença das condicionalidades, e a geração de oportunidades, por meio da articulação com programas de inserção produtiva que podem em alguma medida ser entendidos como portas de saída (MESQUITA et al., 2011, p. 79-80).

Segundo Camelo et al. (2009), os programas de transferência de renda com condicionalidades a serem seguidas vem sendo adotados por muitos países em desenvolvimento como meio de diminuir a pobreza existente e proporcionar uma melhoria na condição de vida dessas pessoas que se encontram aptas a receber o benefício. As condicionalidades garantem um controle maior das condições básicas exigidas pela sociedade, assim como direitos humanos e o poder do Estado de prover para aqueles que não conseguem, por algum motivo, a ascensão social.

Ainda de acordo com Camelo et al. (2009), a imposição de condicionalidade faz do Bolsa Família uma política de longo prazo, visto que, ao buscar reduzir as desigualdade de acesso aos serviços de saúde e educação, tenta criar condições para a busca a geração autônoma de renda pelo beneficiado o que implica na interrupção do ciclo de pobreza.

De acordo com Tavares (2009, p. 27),

o estabelecimento de condicionalidades faz com que o programa se constitua numa política de longo prazo, que visa proporcionar aos beneficiários as condições para a geração autônoma de renda no futuro, por meio de investimentos em capital humano. Assim, além de buscar aliviar a pobreza no curto prazo por meio de transferência direta de renda, a política procura alterar estruturalmente a situação econômica dos recipientes, ao tentar interromper o ciclo de perpetuação da pobreza.

⁷ Em 2008, por exemplo, o PBF destinou cerca de R\$12 bilhões ao atendimento de mais de 11 milhões de famílias (CAMELO et al., 2009).

Com isso, é possível dizer que as condicionalidades definidas que cercam todo o escopo do benefício do PBF seja o canal que tende a possibilitar as famílias beneficiadas a terem uma vida digna e que possam procurar por melhores alternativas como cidadãos. Ou seja, mesmo que interpretado como uma ação de impacto imediato sobre a pobreza, o programa pode resultar em efeitos de longo prazo, possibilitando um efeito multiplicador da renda e a ascensão social, com indivíduos passando se sentirem como parte integrante da sociedade.

As condicionalidades caracterizam-se como compromissos assumidos pelas famílias que são beneficiadas pelo PBF. Tais compromissos referem-se a aspectos de saúde e educação que devem ser cumprida pelas famílias. Assim, o poder público é o provedor dos benefícios e gestor das condicionalidades. Este deve gerir as condicionalidades a fim de certifica-se que estas serão cumpridas pelas famílias e, caso contrário, identificar o motivo pelo qual isto não ocorre, o que possibilita a identificação das famílias com maiores vulnerabilidades e a orientação ao cumprimento ou, até mesmo, a cessão dos benefícios em casos aplicáveis, o que tende a desestimular ações irregulares e a melhorar a alocação de recursos públicos escassos.

As famílias que se encontram em descumprimento das exigências devem buscar orientações da gestão Municipal do PBF, meio pelo qual podem direcionar os motivos que levaram ao descumprimento para que haja uma intervenção do poder público de modo positivo. Quando são tomadas as atitudes cabíveis e, ainda sim, o descumprimento das condicionalidades persistir, a família pode vir a ter o benefício bloqueado, suspenso ou até mesmo cancelado.

As condicionalidades do PBF podem ser divididas em três grupos específicos: (i) *saúde*: acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de sete anos, bem como, exames pré-natais para gestantes e acompanhamento de nutrízes; (ii) *educação*: todas as crianças e todos os adolescentes entre 6 e 17 anos devem estar devidamente matriculadas e frequentarem as escolas, existindo controle da frequência; (iii) *assistência social*: serviços socioeducativos e de convivência a crianças de até 15 anos.

Na área da saúde, as famílias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação, o crescimento e o desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. Além disso, mulheres de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento constante da sua saúde em unidades de saúde. Na educação, todas as crianças e todos os adolescentes de 6 a 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mínima de 85% da carga horária mensal. Já os estudantes com idade entre 16 e 17 anos devem ter frequência escolar mínima de 75%. Na assistência social, crianças e adolescentes de 6 a 15 anos em risco ou retiradas do trabalho devem participar de programas de erradicação do trabalho infantil frequência escolar de 85%.

A transferência direta de renda por meio do PBF, conforme já foi discutido, teria contribuído para a redução recente da desigualdade de renda no Brasil. Além disso, em diversos estudos, foram obtidas evidências empíricas de outros efeitos do programa, principalmente aqueles que estariam relacionados às condicionalidades. Pedrozo (2007), por exemplo, averigua o efeito do PBF sobre a educação, constatando que, entre as crianças que não estudavam antes de serem beneficiadas pelo auxílio do programa, 91,2% passaram a estudar ao serem incluídas no programa. Outro aspecto observado no mesmo trabalho foi que 64,4% das crianças que antes do programa trabalhavam e estudavam, após, optaram pela dedicação exclusiva aos estudos.

Conforme Ribeiro e Cacciamali (2012, p. 416),

as famílias pobres necessitam dos rendimentos de todos os membros que estejam aptos ao trabalho, assim, tão logo quanto possível, suas crianças são compelidas para o trabalho. O ingresso precoce no mercado de trabalho pode levar ao abandono da escola e ao comprometimento do capital humano dessas crianças. Na fase adulta, essas pessoas receberiam, então, baixos rendimentos e formariam novas famílias pobres.

Com isso, é possível afirmar que o programa de transferência de renda condicionada adotado no Brasil busca amenizar os efeitos da pobreza no longo prazo por meio da educação, saúde, e redução trabalho infantil, via a transferência de renda às famílias mais carentes. A frequência escolar é garantida pela condicionalidade já explicada, que induz as crianças a permanecerem na escola ao invés do trabalho precoce. De acordo com Ribeiro e Cacciamali (2012), outro importante fator é que o PBF busca, por meio das condicionalidades, contornar a situação de pobreza investindo em capital humano das crianças e dos jovens pobres. Assim, a melhora nos indicadores como o de permanência na escola e defasagem idade-série dos alunos do PBF deve ser alcançada e, com isso, a garantia de que o objetivo de longo prazo seja atingido.

O círculo vicioso da pobreza seria quebrado não apenas pela transferência monetária do recurso fornecido para as famílias, mas, também, pela obrigatoriedade do cumprimento das condicionalidades do programa, que garantia às famílias pobres meios de conseguirem sua própria renda, além de eliminar o trabalho infantil via incentivos de frequência escolar e, no longo prazo, formando cidadãos que possam angariar melhores trabalhos e salários. Tais fatos ainda são pouco percebidos no senso comum. Porém, está sendo corroboradas nos trabalhos apresentados até agora e visto as recentes quedas de desigualdade de renda no Brasil.

Resende (2006), por sua vez, mostra que a transferência de renda do PBF gera um aumento do consumo das famílias beneficiadas em alimentos, produtos de higiene, educação e vestuário, o que eleva o bem-estar e representa um alívio imediato da pobreza ou da extrema pobreza. Assim, o

programa também reduz indicadores de vulnerabilidade social, o que foi verificado em alguns estudos. Este é um dos principais fatores apontados como favoráveis ao programa.

Estimam que o benefício do PBF apresenta impactos importantes sobre a queda dos indicadores de vulnerabilidade social: a incidência de pobreza e extrema pobreza se reduziu em 0,9 p.p. [pontos percentuais] e 1,1 p.p., o que representa 60,0% e 40,4% da melhoria potencial do programa sobre estes indicadores (o que seria obtido caso o programa atendesse a todo público-alvo) (TAVARES et al., 2009, p. 3).

A discussão realizada ao longo da seção sugere que o PBF gera vários benefícios imediatos (redução da pobreza e da extrema pobreza), que não são obtidos facilmente por outros meios, e que ainda podem acarretar grande impacto socioeconômico de longo prazo, como a melhora do consumo de bens essenciais para uma vida digna, o aumento da escolaridade e a expansão de melhorias nas condições de saúde, fatores que elevam o bem-estar da população. Porém, podem gerar incentivos adversos, como mudança no comportamento sexual e reprodutivo e, assim, no uso de métodos anticoncepcionais e na decisão pela gravidez. Tais possíveis efeitos são comentados por alguns trabalhos, contudo ainda não há evidências empíricas que podem ser apontadas e discutidas. Assim, as estimações econométricas realizadas a seguir pretendem contribuir para o preenchimento de tal lacuna na literatura sobre os potenciais efeitos do PBF.

3. Procedimentos metodológicos

Para avaliar se o recebimento de benefícios do Programa Bolsa Família ou suas condicionalidades estariam influenciando o uso de métodos anticoncepcionais e a decisão pela gravidez, são utilizados dados de uma amostra de mulheres brasileiras entrevistadas pela PNDS de 2006 para a realização de algumas estimações econométricas pelo método *Probit*. Modelos estimados por este método possuem variáveis dependentes binárias (assumem apenas os valores 0 e 1) – a distribuição de probabilidade de tais variáveis não é uma normal, mas sim uma de Bernoulli. De acordo com Johnston e DiNardo (2000), modelos como estes partem do pressuposto de que existiria uma variável latente y^* tal que:

$$y^* = x\beta + \varepsilon$$

A variável latente seria, portanto, função de um conjunto de características x das unidades de análises (indivíduos, municípios, entre outros). No entanto, esta variável não é observada. É possível observar, assim, uma variável y que assume valores 0 ou 1 segundo a seguinte regra:

$$y = 1, \text{ se } y^* > 0;$$

$$y = 0, \text{ caso contrario.}$$

Portanto, y corresponde a um fato já concretizado que decorre de y^* . Estes modelos geram como resultado a probabilidade de um evento. Seguindo Wooldridge (2002), os modelos podem ser denotados, genericamente, como é apresentado logo a seguir:

$$\text{Prob}(y = 1 | x) = \text{Prob}(y = 1 | x_1, x_2, \dots, x_k) = G(x\beta) \equiv p(x)$$

$$\text{Prob}(y = 0 | x) = \text{Prob}(y = 0 | x_1, x_2, \dots, x_k) = 1 - G(x\beta) \equiv 1 - p(x),$$

em que:

- y : variável explicada;
- $y = 1$: evento ocorre;
- $y = 0$: evento não ocorre;
- x : conjunto de variáveis explicativas;
- G : função que restringe as probabilidades estimadas ao intervalo entre 0 e 1;
- β : conjunto de parâmetros que refletem o impacto de alterações de x sobre a probabilidade de um evento ocorrer;
- $x\beta = \beta_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$ e
- $p(x)$: probabilidade de resposta.

O grande desafio desses modelos é, por se tratar de probabilidade, limitar o valor estimado de $x\beta$ ao intervalo entre 0 e 1, o que não ocorreria na estimação linear pelo método de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Para lidar com tal problema, costuma-se utilizar funções (G) que limitam as probabilidades, ou seja, que levam a $0 < G(x\beta) < 1$. A função cumulativa de probabilidade normal padronizada pode ser usada para esse fim, gerando o chamado método *Probit*. Neste método, a derivada da probabilidade de uma variável varia em função desta, mas também em função das demais variáveis explicativas do modelo. Consequentemente é possível analisar somente os sinais e as significâncias dos coeficientes obtidos nas estimações.

No presente artigo, a variável explicada Y representa duas informações da mulher i : (i) *método anticoncepcivo*, que assume o valor 1 se a mulher usa em suas relações sexuais algum tipo de método contraceptivo (apresentados na primeira seção) e 0 caso contrário; (ii) *decisão pela gravidez*, que assume o valor 1 se a mulher decidiu engravidar em 2006 e 0 caso contrário. *PBF* é uma das variáveis de interesse do estudo, que corresponde a uma *dummy* que assume o valor 1 se a família da mulher recebe benefícios do Programa Bolsa Família e 0 caso contrário. A outra variável de interesse é a *valor PBF*, que representa o valor, em unidades monetárias, que as mulheres de

famílias contempladas obtêm. β_1 é a constante (intercepto), β_2 e β_3 são os coeficientes associados às variáveis de interesse. Nas estimações são consideradas apenas as mulheres que não estavam grávidas no momento da pesquisa, pois as decisões pelo uso de MAC e, assim, pela gravidez já foram tomadas.

$$Y_i = \beta_1 + \beta_2 PBF_i + \beta_3 \text{valor } PBF_i + \beta_4 X_i$$

Além das variáveis de interesse, é usado nas estimações um vetor de variáveis de controle X, que representa um conjunto de características da mulher i. Estes controles são inseridos para garantir maior robustez às estimações, podendo-se atribuir com maior certeza os coeficientes estimados às variáveis de interesse, ou seja, avaliar o impacto do recebimento do PBF sobre o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres. β_4 representa um vetor de coeficientes associados a cada um dos controles. Estatísticas descritivas das variáveis de controle são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6. Estatísticas descritivas das variáveis (explicadas, de interesse e de controle) usadas nas estimações

Variáveis	Observações	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Método Anticonceptivo	12.947	0,83	0,38	0,00	1,00
Decisão pela Gravidez	588	0,41	0,49	0,00	1,00
PBF	15.565	0,22	0,42	0,00	1,00
Valor PBF	15.534	14,73	30,66	0,00	195,00
Renda	12.239	1,24	1,84	0,01	50,00
Escolaridade	15.560	7,73	3,63	0,00	20,00
Idade	15.575	30,85	9,90	15,00	49,00
Filhos	15.575	1,68	1,68	0,00	13,00
Norte	15.575	0,17	0,37	0,00	1,00
Nordeste	15.575	0,20	0,40	0,00	1,00
Sul	15.575	0,21	0,41	0,00	1,00
Centro-Oeste	15.575	0,20	0,40	0,00	1,00

- *renda*: rendimento total do domicílio da mulher i (R\$ 1.000) – na primeira seção, foi observado um aumento da proporção de uso de MAC à medida que a renda se eleva;
- *escolaridade*: anos de estudo da mulher i – outro aspecto verificado na primeira seção foi o aumento da proporção de utilização de MAC à medida que a escolaridade se eleva;
- *idade*: idade da mulher i – conforme a análise da primeira seção, a mulher possui uma faixa etária reprodutiva (entre 15 e 44 ou 49 anos), assim é importante este controle;
- *número de filhos*: número de filhos da mulher i – a quantidade de filhos pode influenciar a decisão por um outro e os parâmetros do benefício do PBF consideram tal quantidade;
- *Norte*: *dummy* igual a 1 se a mulher i reside no Norte e 0 caso contrário;
- *Nordeste*: *dummy* igual a 1 se a mulher i reside no Nordeste e 0 caso contrário;
- *Sul*: *dummy* igual a 1 se a mulher i reside no Sul e 0 caso contrário;

- *Centro-Oeste*: *dummy* igual a 1 se a mulher *i* reside no Centro-Oeste e 0 caso contrário;

São empregadas quatro *dummies* regionais, sendo as mulheres residentes na região Sudeste a base de comparação. Estas *dummies* buscam controlar desigualdades regionais que podem afetar o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres, especificamente o uso de contracepção e a decisão de gravidez. Este aspecto também foi comentado na primeira seção.

4. Análise dos resultados

A seguir, são apresentados os resultados das estimações descritas na terceira seção, por meio das quais é possível avaliar se o recebimento dos benefícios do PBF afeta o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres, mais especificamente o uso de métodos anticoncepcionais e a decisão pela gravidez. A Tabela 7 mostra estes resultados. Conforme foi apontado na seção anterior, os coeficientes estimados pelo método *Probit* não representam os efeitos marginais, mas seus sinais e graus de significância podem ser analisados sem problemas. Assim, com os resultados reportados na tabela, são discutidos somente os sinais e as significâncias obtidos.

As mulheres que recebem benefícios do PBF têm uma maior probabilidade de usarem algum método anticoncepcional em suas relações sexuais (coeficiente positivo e significativo a 5% associado à variável *PBF*). Porém, o recebimento do benefício não influenciaria a decisão pela gravidez. Assim, vale a previsão anteriormente comentada de que a renda incremental e o consequente maior acesso a informações, devido à educação e às visitas periódicas das mulheres a unidades de saúde (condicionalidades do programa), geraria comportamento sexual e reprodutivo mais seguro, com um maior emprego de métodos anticoncepcionais; contudo, sem influenciar significativamente a decisão pela gravidez.

Na variável *valor PBF*, os resultados obtidos são interessantes: (i) coeficiente negativo e significativo a 1% no caso da utilização de métodos anticoncepcionais e (ii) coeficiente positivo e significativo a 10% no caso da decisão pela gravidez. Para interpretar tais resultados, é importante considerar que as famílias que recebem valores maiores do programa são aquelas que possuem condições de vida piores (menores rendas e maiores composições familiares). Ou seja, o valor recebido pelo programa reflete, implicitamente, as condições das famílias que são beneficiadas por ele. Com essa interpretação em mente, pode-se apontar que as famílias que recebem maiores valores de benefícios têm menor probabilidade de usar métodos de contracepção provavelmente por ser

mais difícil alocar parte de suas rendas para este fim. Por outro lado, seriam famílias com menores acessos a informações e menores graus de educação, aumentaria a probabilidade de decidir pela gravidez mesmo diante de suas adversidades.

Tabela 7. Resultados das estimações

Variáveis	Método Anticonceptivo	Decisão pela Gravidez
PBF	0,196** (0,097)	-0,453 (0,301)
Valor PBF	-0,004*** (0,001)	0,008* (0,004)
Renda	0,029*** (0,011)	-0,130** (0,050)
Escolaridade	0,015*** (0,005)	-0,004 (0,020)
Idade	-0,016*** (0,002)	0,066*** (0,013)
Filhos	0,247*** (0,020)	-0,382*** (0,070)
Norte	-0,233*** (0,048)	-0,248 (0,188)
Nordeste	-0,010 (0,049)	-0,223 (0,192)
Sul	0,068 (0,046)	0,268 (0,194)
Centro-Oeste	0,116** (0,047)	0,147 (0,202)
Constante	0,961*** (0,082)	-1,290*** (0,349)
Número de Observações	10.388	466
Wald chi ²	205,41	53,44
Prob > chi ²	0,000	0,000
Pseudo R ²	0,048	0,110

Observações: Erros-padrão entre parênteses. *** Significativo a 1%. ** Significativo a 5%. * Significativo a 10%.

Em relação às variáveis de controle, no caso da variável *renda*, os coeficientes estimados estão de acordo com o apontado pela literatura (discutida na primeira seção): quanto maior a renda, maior a probabilidade de uso de algum MAC (coeficiente positivo e significativo a 1%) e menor a probabilidade de decidir pela gravidez (coeficiente negativo e significativo a 5%). A variável *escolaridade* também é convergente à literatura: quanto mais anos de estudo a mulher obter, maior a probabilidade de usar algum método (coeficiente positivo e significativo a 1%) e, apesar de ser não significativo, o coeficiente negativo associado à variável sugere menor probabilidade de decidir pela gravidez. A não significância pode decorrer do problema de colinearidade entre a variável *escolaridade* e outra inserida no modelo, como a própria *renda*. Portanto, os testes captaram uma tendência apontada pela literatura sobre o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres: quanto maiores forem seus níveis de renda e de educação, menos filhos elas desejam, aumentando o uso de MAC e a decisão por não engravidarem.

Constatou-se também que quanto maior a *idade* das mulheres, menos elas usam MAC (coeficiente negativo e significativo a 1%) e maior a probabilidade de decidirem pela gravidez (coeficiente positivo e significativo a 1%). Tais resultados refletem um comportamento sexual e reprodutivo normal e até mais adequado das mulheres brasileiras: na média, as mulheres na faixa etária reprodutiva são as que mais desejam engravidar, assim, empregam menos MAC. Outro comportamento encontrado nas estimações é a influência do número de *filhos* que uma mulher já tem sobre seu comportamento sexual e reprodutivo: quanto maior o número de filhos, maior a probabilidade de usar MAC (coeficiente positivo e significativo a 1%) e menor a probabilidade de decidir pela gravidez (coeficiente negativo e significativo a 1%). Estas são evidências que também estão de acordo com a literatura especializada sobre o tema, captando a tendência demográfica de famílias com menor número de filhos.

Analisando as *dummies* regionais, que têm a região Sudeste como *default* (base de comparação), observam-se diferenças significativas em relação a esta região apenas em duas outras e somente no uso de métodos de anticoncepcionais: (i) na região Norte, a probabilidade de que uma mulher empregue algum MAC é menor, o que pode refletir o menor desenvolvimento da região; (ii) na região Centro-Oeste, a probabilidade de que uma mulher empregue algum MAC é maior, o que contrariaria o argumento de diferenças regionais do desenvolvimento econômico. No entanto, se considerarmos que nesta região se localiza o Distrito Federal, é possível que sua presença contribua para a não sinalização adequada da situação das demais localidades.

Considerações finais

Na literatura econômica há uma vasta análise quanto as dimensões e impactos do Bolsa Família. O programa possui boa focalização e proporciona impactos na redução da desigualdade de renda, diminuindo os índices de pobreza, o que pode ser inferido da recente evolução da situação socioeconômica das famílias brasileiras.

Em diversos estudos foram encontrados efeitos significativos do Programa Bolsa Família, incluindo o aumento da oferta de trabalho das mães beneficiadas e, conseqüentemente, a redução na oferta de trabalho infantil. Nos estudos relacionados a saúde, muitos identificaram resultados positivos do programa à medida que o PBF beneficia a segurança alimentar do grupo familiar. Há também relativo consenso de que o programa caracteriza-se como sendo uma política de longo prazo, uma vez que as condicionalidades impostas possibilitam aos beneficiários a geração autônoma de renda, além das melhoras nos indicadores educacionais e de saúde, visto que, as famílias passam a ter maior preocupação na alocação do recurso em itens como alimentação, saúde, educação e higiene.

No presente artigo buscamos contribuir ao debate discutindo uma lacuna da literatura que são os estudos sobre a decisão pela gravidez e o comportamento reprodutivo adotado pelas mães beneficiadas do programa. As mães são consideradas as administradoras dos recursos recebidos, e, portanto, justificam ser o alvo das análises. Os resultados encontrados indicam que as mulheres que recebem o benefício tendem a aumentar o uso de métodos anticoncepcionais, entretanto, o recebimento do PBF não influencia na decisão pela gravidez. Este resultado pode estar relacionado com as condicionalidades já apresentadas em que garante a mulher maiores informações decorridas das consultas e acompanhamento com um médico.

Nas demais variáveis de estudo: *renda, escolaridade, idade e filhos*, verificou-se que ocorre aumento na utilização de algum método contraceptivo quando há aumento da renda, escolaridade e filhos, inferindo-se daí a decisão por não engravidar. Quando analisada a variável idade, há menor utilização de MAC e, supostamente, desejo pela gravidez em mulheres mais velhas. Do ponto de vista das macrorregiões brasileiras o estudo evidenciou que há na região norte uma menor probabilidade de uso de MAC, o que poderia ser explicado pelo baixo desenvolvimento da região.

Em suma o benefício advindo o Programa Bolsa Família, possivelmente, não acarreta em um incentivo adverso na decisão pela gravidez e ainda apresenta uma maior utilização de métodos anticoncepcionais, indicando que à medida que o indivíduo recebe o benefício do programa adquire maior conscientização da importância do uso de contraceptivos. Diante da obrigatoriedade de consultas regulares ao médico em todo o processo de gestação e pós gestação para se manter como beneficiário, as condicionalidades contribuem para o maior acesso à informação, maior conscientização advinda das consultas regulares e maior compromisso do cidadão, favorecendo escolhas sobre sua saúde reprodutiva.

O artigo indica, portanto, que o PBF, além de atender a sua principal função de minimizar os impactos da pobreza no Brasil, favorece condições de escolha as mulheres, através de suas condicionalidades, permitindo-lhes protagonismo e maiores possibilidades de melhor inserção socioeconômica.

Referências bibliográficas

BARROS, R. P. et al. **A queda recente da desigualdade de renda no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para a discussão, n. 1258). Disponível em http://www.ipc-undp.org/publications/cct/td_1258.pdf Acesso em maio 2013.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>. Acesso em maio de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em maio de 2013.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.). **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006. CEBRAP, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/BERQUO_ELZA_pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em maio de 2013.

CACCIAMALI, M. C.; RIBEIRO, R. “Impactos do Programa Bolsa-Família sobre os indicadores de educação. **Revista EconomiA**, v. 13, p. 415-446, 2012.

CAMELO, R.; TAVARES, P. A.; SAIANI, C. C. S. “Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. **Revista ANPEC**, v. 10, p. 685-713, 2009.

IPEA. **Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília: IPEA, 2013

IPEA. **Bolsa Família 2003 – 2010: avanços e desafios**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília: IPEA, 2010.

IPEA. **Sobre a Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília: IPEA, 2006.

JOHNSTON, J.; DINARDO, J. **Métodos Econométricos**. 4ª ed. Lisboa Mc Graw Hill, 2000.

MESQUITA, A. C.; JACCOUD, L. E.; SANTOS, M. P. G. Perspectivas para o Programa Bolsa Família e o sistema de garantia de renda brasileiro. In: MODESTO, L.; CASTRO, J. A. (Org). **Bolsa Família, 2003 – 2010: avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2010.

PINOTTI, M.; BLANCO, E.; TOJAL, M. L. V. A. Estudo do comportamento sexual e reprodutivo em adolescentes nas escolas públicas de São Paulo. **Revista de Cultura IMAE**, ano 7, n. 16, São Paulo: Instituto Metropolitano de Altos Estudos para o Desenvolvimento das Pesquisas do UniFMU, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL (PNUD). Apresenta informações sobre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>>. Acesso em: 30 mai. 2013.

RESENDE, A. C. C. **Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: O impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileira**. (Mestrado em Economia), Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ROCHA, S. “Os novos programas de transferência de renda: impactos possíveis sobre a desigualdade no Brasil”. 2007. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap18.pdf> Acesso em maio de 2013.

ROCHA, S. “Impacto sobre a pobreza dos novos programas federais de transferência de renda. **Revista Economia Contemporânea**, v. 9, n. 1, Rio de Janeiro, p. 153-185, jan./abr. 2005.

SCHOR, N. et al. “Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais”. **Cad. Saúde Pública** vol.16 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 2000 pp. 377-384. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2087.pdf>. Acesso em maio de 2013.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impacto e possibilidades futuras. **Texto para a discussão n. 1424**. Brasília: Ipea, 2009. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4980. Acesso em maio de 2013.

SOARES, F. et al. Programas de Transferência de Renda no Brasil: Impactos sobre a Desigualdade. **Texto para discussão n. 1228**, Brasília: IPEA, 2006. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4374. Acesso em maio de 2013.

TAVARES, P. A., Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 613-635, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ecos/v19n3/08.pdf>. Acesso em maio de 2013

TAVARES, P. A. et al. Uma avaliação do Programa Bolsa Família: focalização e impacto na distribuição de renda e pobreza. *Revista de Pesquisa e Planejamento Econômico (PPE)*. v. 39. n. 1. Abr. 2009. Disponível em <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/1062/1044>. Acesso em maio de 2013.