

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA

Tese

IMPACTO DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA SAÚDE
BUCAL E NO USO DE SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO

BEATRIZ CARRICONDE COLVARA

Porto Alegre, maio de 2022.

BEATRIZ CARRICONDE COLVARA

Tese

IMPACTO DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA SAÚDE
BUCAL E NO USO DE SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito final para obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre, maio de 2022.

CIP - Catalogação na Publicação

Colvara, Beatriz Carriconde
IMPACTO DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA
SAÚDE BUCAL E NO USO DE SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO /
Beatriz Carriconde Colvara. -- 2022.
117 f.
Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de
Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Saúde Bucal. 2. Serviços de Saúde Bucal. 3.
Desigualdades em Saúde. 4. Transferência de Renda. 5.
Política Pública. I. Hilgert, Juliana Balbinot,
orient. II. Título.

BEATRIZ CARRICONDE COLVARA

IMPACTO DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA SAÚDE
BUCAL E NO USO DE SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito final para obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre, 31 de maio de 2022.

Banca Examinadora:

Professora Doutora Juliana Balbinot Hilgert (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professora Doutora Fabiana da Silva Cabreira
Instituto Federal Farroupilha

Professor Doutor Jessye Melgarejo do Amaral Giordani
Universidade Federal de Santa Maria

Professor Doutor Paulo Savio Angeiras de Goes
Universidade Federal de Pernambuco

Professor Doutor Otávio Pereira D'Avila (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

AGRADECIMENTOS

Esse momento não é “apenas” a conclusão de um doutorado, é a linha de chegada de uma fase da minha vida. Concluir uma jornada de 12 anos entre graduação e pós-graduação, todos na Faculdade de Odontologia da UFRGS, requer um grande número de agradecimentos. São muitas as pessoas que participaram de alguma forma desse caminhar. Foram diversos colegas, professores, funcionários, amigos, familiares, pacientes, alunos, prestadores de serviços, entre tantas outras pessoas que tive a honra de cruzar e ser cruzada, que não quero incorrer no erro de deixar alguém de fora. Agradeço a todos esses, e tenho memórias e lembranças que encheriam um livro.

Quatro pessoas, porém, não podem deixar de aparecer nominalmente aqui. Meus orientadores, Juliana, prática e resolutiva como só ela, e Roger, disponível e interessado como só ele. Sorte a minha! Obrigada por compartilharem tanto conhecimento comigo e me guiarem nessa jornada. Os outros dois nomes que não podem deixar de aparecer aqui são dos meus pais, Eduarda e Fernando. Amo vocês mais que tudo e agradeço muito por me apoiarem com tanto amor. Vocês me deram toda condição e segurança para que eu pudesse me dedicar a esse trabalho.

RESUMO

Doenças bucais, como cárie e doença periodontal, estão entre as condições mais prevalentes no mundo. Essas doenças são ainda mais prevalentes em indivíduos que enfrentam situações de vulnerabilidade socioeconômica e precariedade de acesso a serviços de saúde. Dentro desse contexto, políticas públicas bem delineadas e redes de proteção social eficientes podem ser decisivas nos resultados em saúde. Ações que proporcionem a saída de estados de pobreza e privação de direitos básicos são necessárias e podem repercutir positivamente na condição de saúde geral e bucal dos indivíduos. Como parte das ações para lidar com a pobreza, programas de transferência de renda têm se mostrado alternativas animadoras, com desfechos positivos em algumas condições de saúde. Visto isso, o objetivo desta tese foi avaliar, através de três manuscritos, o impacto de programas de transferência de renda na saúde bucal e no uso de serviço odontológico de beneficiários desses programas. O primeiro manuscrito é uma revisão de escopo, que teve por objetivo avaliar a associação entre programas de transferência de renda e desfechos de saúde bucal, além de identificar quais referenciais teóricos têm norteado a literatura existente no campo. Foram selecionados estudos observacionais e de intervenção que tivessem programas de transferência de renda condicional ou não condicional como exposição, fosse no âmbito de esquemas nacionais de proteção social ou de intervenção programada. Quatro artigos preencheram os critérios de inclusão, e eles tratam de três programas condicionais de transferência de renda, Programa Bolsa Família (Brasil), *Universal Child Allowance* (Argentina), e *Family Rewards* (Estados Unidos da América). Embora as transferências de renda apresentem efeito positivo em certos resultados de saúde, as evidências sobre a associação desses programas e saúde bucal são limitadas e inconclusivas. Nenhum referencial teórico explícito foi relatado nos artigos para orientar as associações esperadas. O segundo manuscrito é um estudo ecológico, que avaliou a associação entre a cobertura do programa de transferência de renda Bolsa Família e o uso de serviços odontológicos via Sistema Único de Saúde medido por quatro categorias de procedimentos odontológicos (preventivos, exodônticos, coletivos e restauradores) em todos os municípios brasileiros

entre os períodos 2007/2008 e 2010/2011. O percentual de municípios que aumentaram as taxas de procedimentos preventivos, coletivos, restauradores e exodônticos foi de 46,0%, 59,8%, 52,5% e 44,2%, respectivamente. Na análise final, não houve associação significativa entre a cobertura do programa e as taxas dos procedimentos odontológicos avaliados. O aumento na taxa de cobertura das Equipes de Saúde Bucal esteve associado a uma chance variável entre 41,0% e 76,0% de haver aumento em três categorias de procedimentos: preventivos, restauradores e exodônticos. Por fim, o terceiro manuscrito é um estudo transversal que avaliou a associação entre o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família e o uso de serviços odontológicos em uma população de baixa renda da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. O desfecho foi medido de duas formas, considerando o motivo que levou os indivíduos a procurarem o serviço odontológico nos últimos 12 meses, se por prevenção ou tratamento, e o tipo de serviço acessado na última consulta, público ou privado. A seleção das variáveis explicativas foi baseada no Modelo Comportamental proposto por Ronald Andersen. Os dados foram modelados por análise hierárquica e regressão logística multinomial. Os achados mostram que o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família esteve associado ao uso do serviço, favorecendo a busca por tratamento e o uso de serviços odontológicos públicos.

Palavras-chave (DeCS): Saúde Bucal, Serviços de Saúde Bucal, Desigualdade em Saúde, Salários e Benefícios, Política Pública.

ABSTRACT

Oral diseases such as caries and periodontal disease are among the most prevalent conditions in the world. These diseases are even more prevalent in individuals who face situations of socioeconomic vulnerability and precarious access to health services. Within this context, well-designed public policies and efficient social protection networks can be decisive in health outcomes. Actions that provide a way out of poverty and basic rights deprivation are necessary and can have a positive impact on the general and oral health condition. As part of actions to deal with poverty, cash transfer programs have shown to be encouraging alternatives with positive outcomes in some health conditions. Considering this, the objective of this thesis was to evaluate, through three manuscripts, the impact of cash transfer programs on oral health and the use of dental services by beneficiaries of these programs. The first manuscript is a scoping review, which aimed to evaluate the association between cash transfer programs and oral health outcomes, and to identify which theoretical references have guided the existing literature in the field. Observational and intervention studies were selected that had conditional or unconditional cash transfer programs as exposure, either within the scope of national social protection schemes or programmed intervention. Four articles met the inclusion criteria, they dealt with three conditional cash transfer programs, *Bolsa Família* Program (Brazil), Universal Child Allowance (Argentina), and Family Rewards (United States of America). Although cash transfers have a positive effect on certain health outcomes, there is limited and inconclusive evidence on the association of these programs and oral health. No explicit theoretical framework was reported in the articles to guide the expected associations. The second manuscript is an ecological study, which evaluated the association between the coverage of the *Bolsa Família* cash transfer program and the use of dental health services via the Brazilian Unified Health System measured by four categories of dental procedures (preventive, extraction, collective and restorative) in all Brazilian municipalities between the periods 2007/2008 and 2010/2011. The percentage of municipalities that increased the rates of preventive, collective, restorative and extraction procedures was 46.0%, 59.8%, 52.5% and 44.2%, respectively. In the final analysis, there was no significant

association between program coverage and rates of evaluated dental procedures. The increase in the coverage rate of oral health teams was associated with a variable chance between 41.0% and 76.0% of having an increase in three categories of procedures: preventive, restorative and exodontic. Finally, the third manuscript is a cross-sectional study that evaluated the association between receiving the *Bolsa Família* Program benefit and the use of dental services in a low-income population in the city of São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil. Use of services was measured by type of dental service used, public or private, and the reason for service use, prevention or treatment. The selection of explanatory variables was based on the Behavioural Model proposed by Ronald Andersen. Data were analysed by hierarchical analysis and multinomial logistic regression. The findings show that receiving the *Bolsa Família* Program benefit was associated with the use of the service, favouring the search for treatment and the use of public dental services.

Key-words: Oral Health, Dental Health Services, Health Status Disparities, Salaries and Benefits, Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC	Critério de Akaike
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Sigla em inglês para vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econô- mico
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
RECORD	Reporting of studies Conducted using Observational Routinely- collected Data

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1. Desigualdades em Saúde	15
2.2. Determinantes Sociais da Saúde	17
2.3. Proteção Social	21
2.4. Programas de transferência de renda	24
2.4.1. Programas Bolsa Família e Auxílio Brasil.....	30
2.4.2 Proteção social, transferência de renda e saúde bucal	36
3. OBJETIVOS	40
3.1. Objetivo Geral	40
3.2. Objetivos Específicos	40
4. MANUSCRITOS	41
4.1. Manuscrito 1.....	41
4.2. Manuscrito 2.....	41
4.3. Manuscrito 3.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é um problema de saúde pública global. Em 2010, a cárie não tratada em dentes permanentes foi a condição mais prevalente em todo o mundo (KASSEBAUM et al., 2015). Da mesma forma, periodontite grave ocupou o sexto lugar dentre as condições mais prevalentes, e a diminuição da prevalência de perda dentária somado ao aumento da longevidade tendem a fazer crescer a carga dessa condição (KASSEBAUM et al., 2014). Apesar disso, o acesso a cuidados de saúde bucal ainda é precário para bilhões de pessoas e as respostas dos sistemas de saúde são, em sua maioria, inadequadas, desiguais e caras (WATT et al., 2019). Os grupos mais pobres e marginalizados são os mais afetados pelas doenças bucais, as quais compartilham fatores de risco comuns a outras doenças muito prevalentes, como a diabetes (PERES et al., 2019).

A parte mais rica da sociedade tende a se beneficiar mais das políticas públicas do que pessoas em pior situação econômica, o que faz com que certas intervenções aumentem as iniquidades à medida que são usufruídas primeiramente pela parcela da população em melhor situação socioeconômica (CELESTE; NADANOVSKY, 2010; VICTORA et al., 2000). Barreto (2017), em uma publicação onde trata sobre o problema global que são as desigualdades em saúde, diz:

As desigualdades em saúde desnudam uma das facetas das desigualdades prevalentes entre os seres humanos, os efeitos cruéis e danosos sobre a própria existência, refletido nas imensas diferenças na expectativa de vida ou na carga de doenças e sofrimentos (BARRETO, 2017, p. 2104).

Há mais de 20 anos, Victora *et al.* (2000) alertavam para uma tendência global na direção do neoliberalismo e um papel estatal reduzido no financiamento do setor saúde. Esse fato é observado na história recente do Brasil, mais especificamente no ano de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, também conhecida como Emenda Constitucional do Teto dos Gastos, que limitou as despesas públicas em áreas como educação e saúde ao mesmo valor gasto no ano anterior, apenas corrigido pela inflação. Essa Emenda altera a Constituição de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, e tem proposta de vigência de 20 anos. Acontece que investimentos em saúde pública devem ser prioridade para evitar o agravamento das desigualdades em países em desenvolvimento (VICTORA *et al.*, 2000), e áreas com maiores necessidades já costumam receber menos recursos preventivos (PERES; ANTUNES; PERES, 2006).

Segundo a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, condições de vida deficitárias e desiguais são consequência de políticas sociais e programas de baixa qualidade, estruturas econômicas injustas e má política (SOLAR; IRWIN, 2010). As evidências são parte do que influencia as decisões, já que formuladores de políticas precisam conhecer e compreender o que afeta a saúde da população, mas também são essenciais a vontade política e a capacidade institucional (MARMOT *et al.*, 2008). Políticas sociais formam redes de proteção aos cidadãos e deveriam assegurar um determinado padrão de vida como direito de cidadania, e não como algo atrelado à posição das pessoas no mercado (EIKEMO; BAMBRA, 2008). Precisamos, portanto, conhecer o impacto das diferentes políticas sobre os determinantes da saúde, e quais os

resultados que elas apresentam, o que dependerá da natureza do problema, do contexto e da potencial eficácia e eficiência da solução (BENACH et al., 2013).

Embora haja uma variedade de recursos importantes para a saúde, os recursos econômicos são bastante relevantes, pois podem ser facilmente transformados em outros tipos de recursos. Atuando como parte de sistemas de proteção social, programas de transferência de renda buscam aliviar a pobreza e seus efeitos mais imediatos, podendo ser meio de promover diversas mudanças para os beneficiários. Indivíduos pobres podem investir o ganho de renda em melhores estilos de vida, melhorando a saúde física e mental (OHRNBERGER et al., 2020), modificando ambientes familiares adversos e reduzindo sintomas depressivos entre jovens (ANGELES et al., 2019). De toda forma, não é esperado que programas de transferência de renda deem conta de modificar todas as demandas relacionadas à pobreza extrema (FERNALD, 2013). Cabe, então, uma investigação detalhada de desfechos que se beneficiam de tais ações de transferência monetária, além da identificação de mecanismos que estejam envolvidos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Desigualdades em Saúde

Diferenças em saúde podem ser decorrentes de eventos normais da biologia humana, como no caso do envelhecimento e de mutações genética aleatórias. Essas diferenças são variações dentre os indivíduos, mas não representam desigualdades injustas do ponto de vista da justiça social. De outro modo, iniquidades em saúde se referem a diferenças que pressupõem uma injustiça que poderia ser evitada (KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002). Grupos ligados historicamente à discriminação e exclusão, como minorias raciais e étnicas e grupos em posição socioeconomicamente inferior, experienciam maiores obstáculos à saúde (LEE; DIVARIS, 2014). Com poucas exceções, a ocorrência de diversas doenças e problemas de saúde se agrava entre esses grupos sociais (BARRETO, 2017).

Em 1977, um grupo de trabalho sobre desigualdades em saúde foi formado por pesquisadores e professores das áreas de saúde comunitária, previdência social e ciência social, Sir Douglas Black, Professor Jerry Morris, doutor Cyril Smith e Professor Peter Townsend. O grupo produziu o reconhecido *Black Report*, publicado em 1980 na Grã-Bretanha, onde foram descritas diferenças entre as classes ocupacionais em relação à mortalidade, morbidade e uso de serviços de saúde, e propuseram uma série de explicações, recomendações para pesquisas e estratégias para reduzir as desigualdades e suas consequências. As recomendações do grupo foram bastante abrangentes incluindo desde um melhor começo de vida para as crianças, na esfera das políticas, até melhor

compreensão de aspectos do comportamento, como tabagismo, dieta e consumo de álcool, na esfera da pesquisa (MACINTYRE, 1997). Posteriormente ao *Black Report*, em 1998, um grupo científico presidido por Sir Donald Acheson publicou um novo relatório com base em uma Investigação Independente sobre Desigualdades em Saúde. O grupo revisou as informações disponíveis, resumiu as evidências e identificou tendências no que se refere às desigualdades em saúde na Inglaterra. Foram identificadas áreas prioritárias para o desenvolvimento de políticas e intervenções benéficas, econômicas e acessíveis para reduzir as desigualdades em saúde (COMMITTEE OF INQUIRY INTO THE FUTURE DEVELOPMENT OF THE PUBLIC HEALTH FUNCTION, 1988). Desde aquele período uma certeza se mantém, para abordar as questões das desigualdades em saúde são necessários esforços que incluam ambos, política e ciência.

As desigualdades não impactam apenas países de baixa e média renda. Em sociedades ricas, melhorias no bem-estar infantil podem depender mais da redução da desigualdade do que de um maior crescimento econômico (PICKETT; WILKINSON, 2007). Não há um limiar que estabeleça a partir de que ponto de renda e escolaridade, por exemplo, uma pessoa tem os recursos sociais de que necessita. Contrariamente, observa-se um gradiente social, uma relação tipo dose-resposta, onde gradativamente mais recursos representam melhor estado de saúde. Espera-se, a partir desse gradiente, que cada nível adicional de recursos sociais esteja progressivamente impactando níveis de saúde-doença (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015).

As circunstâncias econômicas e sociais afetam a saúde por várias vias e diversas teorias tentam explicar a relação entre iniquidades e saúde bucal

(SINGH et al., 2016; SISSON, 2007). Singh *et al.* (2016) elencaram seis teorias sociais para explicar a relação entre desigualdades sociais e saúde bucal: materialista, comportamental, psicossocial, capital social e neo-material. A teoria psicossocial foi a utilizada mais frequentemente nos artigos incluídos nesse estudo, apesar de poucos terem apresentado uma condução teórica inicial que levasse em consideração teorias sociais. A teoria psicossocial explica a relação entre desigualdades sociais e saúde bucal por duas vias: I) através da ideia de que a própria percepção das pessoas de sua posição social afeta a saúde, ou II) através da associação inversa entre níveis de controle, estresse crônico e posição social (SINGH et al., 2016).

Estudos mostram uma associação inversa entre desigualdade de renda e utilização de assistência odontológica, e confirmam uma associação positiva com perda de dentes, doença periodontal grave e pelo menos um componente do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) (SINGH; PERES; WATT, 2019). As desigualdades em saúde bucal foram incluídas em um framework por Lee e Divaris (2014), que, reconhecendo o gradiente social da saúde, enfatizaram o papel principal dos determinantes distais, que incluem tanto o ambiente social e político, quanto as características das comunidades. Assim, os autores focalizam a necessidade de abordar as desigualdades em saúde bucal a partir de uma perspectiva de justiça social e dos determinantes sociais da saúde (LEE; DIVARIS, 2014).

2.2. Determinantes Sociais da Saúde

Complexidade define saúde. Agora, mais do que nunca, na era da globalização, é assim. A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde foi criada pela Organização Mundial da Saúde

para chegar ao cerne dessa complexidade (SOLAR; IRWIN, 2010, p. 4, tradução nossa)¹.

A citação acima pertence ao segundo trabalho de uma série desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde com foco na apresentação de um modelo conceitual sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Esse modelo parte da ideia de que as causas das desigualdades em saúde são encontradas nos mecanismos sociais, econômicos e políticos, os quais dão origem a uma estratificação hierarquicamente ordenada da sociedade, que é mantida pela governança, pelo sistema educacional, pela estrutura do mercado de trabalho, e por políticas redistributivas do Estado de bem-estar social (SOLAR; IRWIN, 2010). Dada a relevância do tema e o grau de complexidade colocado, ações para lidar com os determinantes sociais da saúde têm sido desenvolvidas e aplicadas em diversos países ao redor do mundo (DONKIN et al., 2017).

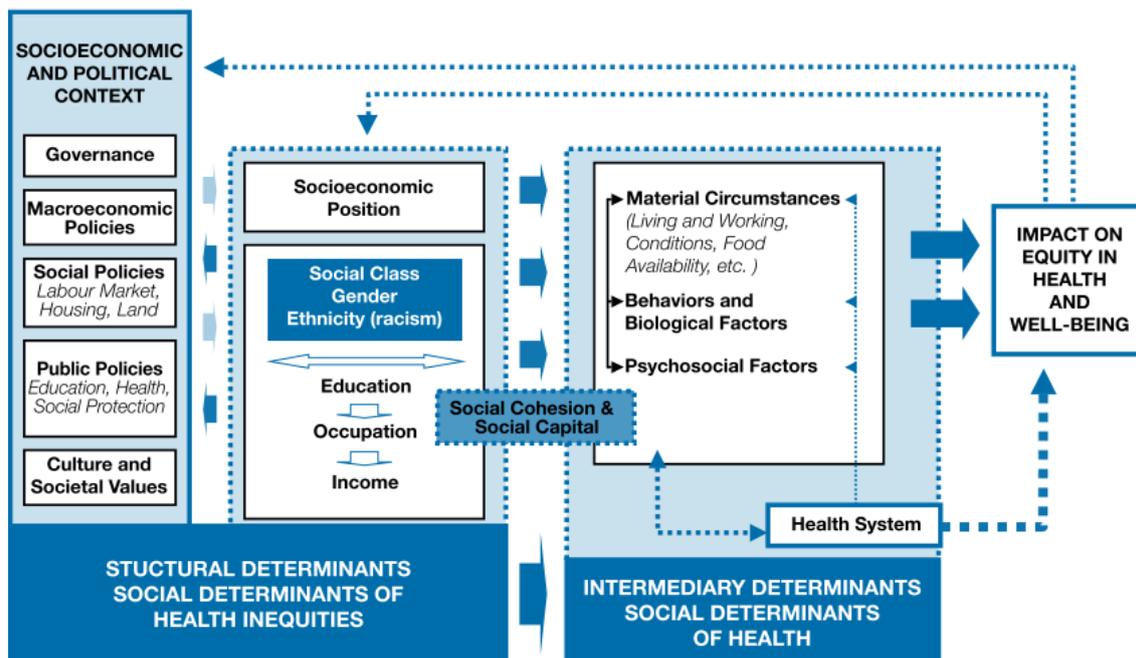
A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde foi criada no ano de 2005 com o objetivo de mobilizar as governanças e comunidades internacionais para a percepção da importância dos determinantes sociais no campo da saúde e a necessidade de reduzir ou, idealmente, eliminar as iniquidades geradas pelo modelo vigente. A associação entre classe social e saúde permanece robusta ao longo do tempo, mesmo que fatores de risco tenham mudado de um período histórico para o outro. O gradiente de saúde percorre os diferentes estratos socioeconômicos, e a magnitude desse gradiente é maior em níveis de renda e educação mais baixos (MECHANIC, 2002). Combater as desigualdades em saúde exige um olhar para as necessidades particulares de cada estrato desse gradiente social, mas, além disso, exige que se vá além de propor

¹ Complexity defines health. Now, more than ever, in the age of globalization, is this so. The Commission on Social Determinants of Health (CSDH) was set up by the World Health Organization (WHO) to get to the heart of this complexity.

abordagens focadas exclusivamente no estilo de vida e em fatores comportamentais (SHEIHAM et al., 2011). A elaboração de políticas intersetoriais, com estratégias que devem transcender o campo específico da saúde, são fundamentais para avançar nos determinantes estruturais (SOLAR; IRWIN, 2010).

As doenças não se distribuem na população por mero acaso, sua distribuição é fortemente influenciada por diversos fatores. Determinantes estruturais e determinantes intermediários formam uma rede complexa de relações, influenciam um ao outro e impactam decisivamente na saúde da população. Os determinantes estruturais se referem ao contexto social, político e econômico (políticas econômicas, sociais e públicas, estado de bem-estar social, acesso a recursos, valores culturais, e etc.), enquanto os determinantes intermediários são específicos do estado de saúde e refletem o lugar das pessoas na hierarquia social, sendo relativos a condições de trabalho e moradia, acesso a alimentos, fatores comportamentais e psicológicos, e também o próprio sistema de saúde. Entre os fatores contextuais políticos e socioeconômicos que mais afetam a saúde estão o Estado de bem-estar social e a presença ou ausência de políticas redistributivas (SOLAR; IRWIN, 2010). A Figura 1 demonstra a complexidade da relação entre tais determinantes e a influência deles na saúde.

Figura 1. Formato final do *framework* conceitual criado pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde: determinantes estruturais, determinantes intermediários e saúde.



Fonte: SOLAR; IRWIN, 2010.

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde propôs, em um de seus relatórios, a redução das desigualdades no período de uma geração através de três ações: 1) melhorar as condições de vida cotidiana das pessoas, ou seja, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; 2) quantificar o problema e criar ampla base de conhecimento, além de formar recursos humanos para trabalho específico nessa temática; 3) abordar a distribuição desigual do poder, do dinheiro e de recursos (SOLAR; IRWIN, 2010). As desigualdades sistematicamente reproduzidas nos mais diversos países produzem padrões de saúde distintos em diferentes grupos sociais. Essas diferenças podem ser evitadas através dessas ações, e essa injustiça mata pessoas em larga escala (MARMOT et al., 2008).

2.3. Proteção Social

Desde 2015, qualquer país do mundo tem pelo menos um programa de segurança social para apoio da sua população (WORLD BANK, 2015). Programas de proteção social se concentram principalmente na assistência, incluindo políticas que melhorem as condições de vida e propiciem a saída da pobreza. No entanto, o acesso a esses programas ainda é inadequado para muitas pessoas ao redor do mundo, fazendo com que recorram ao apoio de suas famílias, de suas comunidades ou de organizações não governamentais (UNRISD, 2010).

Diferenças nas redes de proteção dos países marcam a existência de mais de um padrão de Estado de bem-estar social. Nos anos 1960, Richard Titmuss, professor da *London School of Economics* de 1960 até 1970, publicou o modelo que revolucionou a explicação utilizada até então para os diferentes regimes de bem-estar social, a qual levava em consideração apenas o nível das despesas sociais. Seu modelo agrupou em três – residual, meritocrático-particularista e institucional-redistributivo - os padrões praticados pelos países e serviu como influência para outras propostas de classificação, como a do sociólogo dinamarquês Gøsta Esping-Andersen. Para ele, o Estado de bem-estar é resultado do processo de industrialização, que ampliou as necessidades e fez com que o Estado assumisse a proteção social (VAZQUEZ, 2007).

Em 1980, Esping-Andersen definiu também em três categorias as economias políticas dos Estados de bem-estar social. Ele classificou os 18 países que faziam parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) à época (Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia,

França, Alemanha, Irlanda, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos da América) em liberais, conservadores ou sociais-democratas. Apesar de ter criado esse modelo com três categorias, o sociólogo defende que não há uma classificação definitiva para cada país, e que um mesmo país pode ter programas com características de diferentes tipos (VAZQUEZ, 2007).

O modelo proposto por Esping-Andersen se baseia no grau de desmercado-rização, que se refere a dependência ou independência dos indivíduos em relação ao mercado, na qualidade dos direitos sociais e na forma de relação do Estado, do mercado e das famílias. No *welfare state* liberal, predomina a assistência aos que tenham comprovadamente baixa renda, com o intuito de aliviar e pobreza, e o Estado incentiva o mercado ativa e passivamente. Países como Estados Unidos da América e Austrália são exemplos desse modelo. O *welfare state* corporativista está ligado a ideia de preservar a tradição familiar, e o Estado só interfere quando a família não é capaz de suprir as necessidades dos seus membros. Nessa categoria os direitos estão ligados à classe e ao status, e são países exemplos a França e a Alemanha. Por último, no *welfare state* social-democrata, presente nos países escandinavos, há um sistema universal de acesso aos benefícios, altas taxas de emprego, altos impostos para financiar os programas e busca-se a igualdade com o maior padrão de qualidade, o que significa que todos os cidadãos merecem o melhor serviço que se possa ofertar e não o mínimo (ESPING-ANDERSEN, 1990; LUNDBERG et al., 2008; VAZQUEZ, 2007).

No Brasil, foi no final do governo Fernando Henrique Cardoso (primeiro mandato de 1995 a 1998, segundo mandato de 1999 a 2002), com a aprova-

ção do Fundo de Combate à Pobreza, que se ampliou o escopo do Programa Rede Social, no qual foram agrupados os programas de transferência monetária para famílias de baixa renda. A Rede Social Brasileira de Proteção Social era constituída nessa época por diversos programas de transferências monetárias, como o programa Bolsa-Alimentação (do Ministério da Saúde), criado no ano de 2001, e os programas Bolsa-Escola (do Ministério da Educação) e Auxílio-gás (do Ministério de Minas e Energia), implementados nos anos de 1998 e 2002, respectivamente (DRAIBE, 2003).

Durante o governo Lula (primeiro mandato de 2003 a 2006, segundo mandato de 2007 a 2011), as políticas sociais foram redesenhadas e os programas de transferência de renda foram unificados no Programa Bolsa Família. Nesse período também foram ampliados os montantes transferidos e o número de beneficiários. Segundo o modelo proposto por Esping-Andersen, o Programa Bolsa Família tem características que o enquadram no modelo liberal por ter caráter assistencial, focalizado nos mais pobres, limitado a garantir apenas o mínimo, além de resultar em uma estigmatização dos beneficiários por não conseguirem prover seu sustento através do mercado (VAZQUEZ, 2007). O Programa Bolsa Família constituiu o eixo central do Sistema de Proteção Social brasileiro, juntamente com o Benefício de Prestação Continuada e a Previdência Social Rural, e foi planejado com o intuito de contribuir para a emancipação das famílias beneficiárias (TEIXEIRA, 2016). Em 29 de dezembro de 2021, através da Lei número 14.284, o Programa Bolsa Família foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil (BRASIL, 2021). As mudanças decorrentes dessa substituição serão abordadas mais adiante nessa revisão de literatura.

2.4. Programas de transferência de renda

Programas de transferência de renda são abordagens de proteção social que pretendem atingir as causas mais profundas da pobreza. O objetivo a curto prazo é ajudar as famílias a lidarem com as necessidades financeiras mais urgentes produzidas pela falta de renda, além de atuarem como um incentivo para a adoção de comportamentos favoráveis (FERNALD, 2013; RANGANATHAN; LAGARDE, 2012). A longo prazo, objetiva quebrar o ciclo intergeracional da pobreza através da possibilidade de ser capital que impulse o desenvolvimento de atividades promotoras de renda (UNRISD, 2010).

Os programas de transferência de renda podem ser do tipo diretos ou indiretos, sendo diretos quando dinheiro é transferido aos beneficiários, e indiretos quando a transferência é feita na forma de alimentos, material escolar, gás de cozinha ou ainda serviços públicos, como educação e saúde. Os programas também podem ser divididos em condicionais e não condicionais. Os programas condicionais exigem o cumprimento de alguns requisitos para que o beneficiário continue participando do programa. As condicionalidades podem incluir, por exemplo, um nível pré-estipulado de frequência escolar, imunização infantil ou acompanhamento gestacional (VELASQUEZ, 2016). Programas sem condicionalidades concedem o benefício a quem atende os critérios de inclusão específicos do programa, não exigindo o cumprimento de nenhuma condicionalidade para a manutenção do benefício. Os Programas Bolsa Família e Auxílio Brasil são exemplos de programa de transferência de renda condicionada, enquanto o Benefício de Prestação Continuada é um benefício do tipo transferência de renda não condicionada.

A aplicação das condicionalidades é questionável e pode não produzir os resultados esperados (ANDRADE et al., 2012; FORD et al., 2020; ONWUCHEKWA; VERDONCK; MARCHAL, 2021; SILVA et al., 2020). Os serviços dos setores educacional e saúde devem ter qualidade suficiente para que as condicionalidades apresentem benefícios. Além disso, perdas na qualidade inicial podem ser geradas pelo aumento na demanda produzida pelas condicionalidades dos programas (FERNALD, 2013; PEGA et al., 2017). O Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social sugere que “[...] a assistência social direcionada deve ser usada como um complemento aos esquemas e serviços universais, e não como um substituto para eles” (UNRISD, 2010, p. 17, tradução nossa)². As condicionalidades podem ser encaradas como incentivadoras sobre a demanda por serviços de educação, saúde e assistência social; como negação de direitos, uma vez que o acesso a condições essenciais de sobrevivência não deveria funcionar como mecanismo punitivo por parte do Estado; ou ainda, como questão política e imposição moralista conservadora, que entende que as famílias vulneráveis não podem receber a transferência sem contrapartida direta, considerando as condicionalidades como mecanismo de educação dos pobres (SILVA; GUILHON; LIMA, 2013). Dada a situação frágil dos serviços de muitos municípios brasileiros no que diz respeito a educação e a saúde públicas, as condicionalidades poderiam figurar como uma recomendação, ao invés de uma exigência passível de punição (TEIXEIRA, 2016).

O potencial de programas de transferência de renda de abrandarem os efeitos nocivos da pobreza à saúde têm sido testado, e eles parecem ter efeito po-

² “[...] targeted social assistance should be used as a complement to universal schemes and services, and not as a substitute for them.”

sitivo sobre condições que variam de uso de serviços de saúde e frequência em consulta pediátrica rotineira, a promoção de segurança alimentar (PEGA et al., 2017; RANGANATHAN; LAGARDE, 2012; VELASQUEZ, 2016). Esses programas podem ser encontrados ao redor do mundo em países das mais diversas culturas e governanças políticas, como Índia (UNDP, 2009), China (GOLAN; SICULAR; UMAPATHI, 2017) e México (RANGANATHAN; LAGARDE, 2012), estando presentes também em países de alta renda, como Canadá (FULLER et al., 2022).

São diversas as revisões realizadas nos últimos dez anos com o objetivo de sumarizar a evidência disponível sobre programas de transferência de renda e variados desfechos de saúde. Zimmerman *et al.* (2021), por exemplo, identificaram que os programas de transferência de renda apresentam efeito positivo em pelo menos um desfecho de saúde mental em crianças e jovens. Na prevenção do HIV (sigla em inglês para vírus da imunodeficiência humana), Stoner *et al.* (2021) identificaram em apenas 8 estudos, dos 27 incluídos na revisão, análise de biomarcadores de HIV. Apenas 3 dos 8 encontraram redução significativa na incidência ou na prevalência de HIV. O empoderamento das mulheres através de programas de microcrédito e de transferência de renda (LEITE et al., 2019) também é incerto, com resultados bastante heterogêneos. Apesar da disponibilidade de evidências já publicadas na temática das transferências de renda, saúde geral e comportamentos em saúde, muitos são os achados de baixa qualidade e alto risco de viés, o que acaba limitando as conclusões possíveis.

A área com achados mais consistentes é relativa à saúde pré-natal e infantil. Programas de assistência social, incluindo transferências de renda, parecem

ter efeito positivo na dieta materna, na utilização de cuidados pré-natais e na ocorrência de partos em unidades de saúde (LEROY et al., 2021). Práticas de amamentação também se beneficiam de programas de incentivo financeiro, como transferências de renda, microcrédito e isenção de taxas, com efeitos positivos no recebimento de colostro, no início precoce da amamentação, na amamentação exclusiva e na duração média da amamentação exclusiva (BASSANI et al., 2013). Falando especificamente de programas de transferência de renda e saúde infantil, programas condicionais impactam a diversidade da dieta, o consumo de alimentos de origem animal e a incidência de diarreia em crianças até 5 anos (MANLEY et al., 2020). Os programas de transferência do Brasil, da Colômbia e do México produziram evidências consistentes de que programas condicionais impactam positivamente a saúde infantil (SEGURA-PÉREZ; GRAJEDA; PÉREZ-ESCAMILLA, 2016).

Fernald *et al.* (2008) realizaram uma análise por enquanto única, avaliando o efeito dose-resposta da transferência de renda do programa *Oportunidades*, no México. Comunidades de baixa renda foram randomizadas para receberem o benefício imediatamente ou 18 meses depois. As crianças das famílias incluídas no grupo *early treatment*, considerado pelos pesquisadores como o grupo sob efeito cumulativo, apresentaram melhores resultados de crescimento e desenvolvimento entre 24 e 67 meses de idade (FERNALD; GERTLER; NEUFELD, 2008), além de redução de problemas comportamentais numa avaliação auto reportada com as mesmas crianças quase 10 anos depois da implementação da intervenção (FERNALD; GERTLER; NEUFELD, 2009). Após 3,5 anos de implementação dessa intervenção no México, crianças de famílias beneficiárias apresentaram nível de cortisol salivar mais baixo em comparação

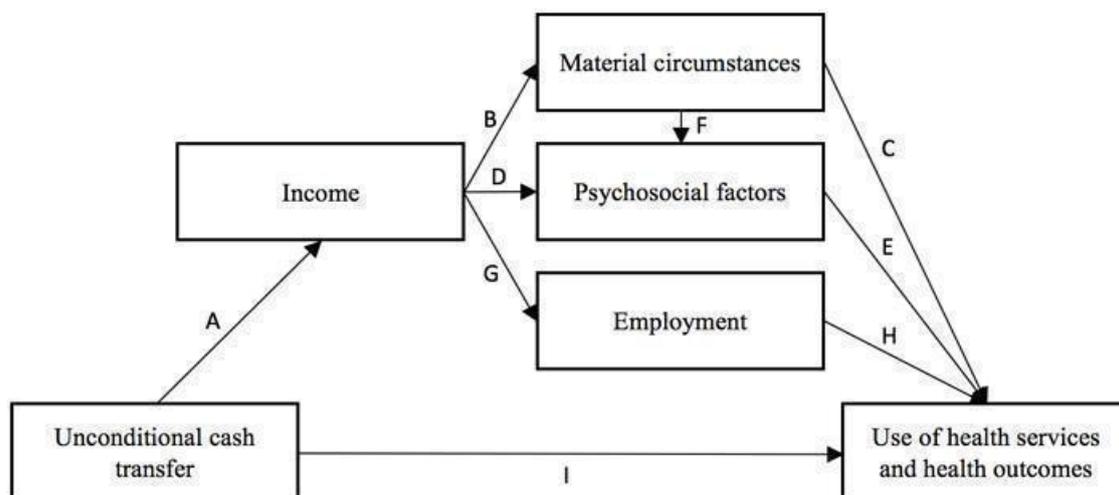
com crianças de famílias não beneficiárias do programa. Foi identificado um grande efeito na redução do cortisol salivar de filhos de mães com sintomas depressivos elevados, mas não em mães com sintomas depressivos leves (FERNALD; GUNNAR, 2009), mostrando o favorecimento do programa aos grupos mais necessitados.

Três revisões de literatura lançam luz sobre a relação dos programas de transferência de renda com o uso e aceitação de serviços de saúde. A primeira, em 2007, concluiu que os programas de transferência de renda condicionada se mostravam eficazes para aumentar o uso de serviços preventivos (LAGARDE; HAINES; PALMER, 2007). Achados posteriores reforçam, reunindo evidências que demonstraram forte impacto positivo de programas que operam com condicionalidades no uso de serviços de saúde, além de impacto positivo na aceitação de serviços preventivos por crianças e gestantes (LAGARDE; HAINES; PALMER, 2009). Apesar disso, os autores pontuam que não há certeza sobre esses efeitos positivos serem fruto dos programas de transferência de renda especificamente, ou se outros componentes podem contribuir no efeito observado. Ao contrário dos achados anteriores, a revisão mais recente, a qual incluiu apenas programas sem condicionalidades, concluiu que os programas podem não impactar uma medida resumida de uso de serviços de saúde em crianças e adultos, mesmo melhorando alguns desfechos e os gastos com saúde (PEGA et al., 2017). Identificar quais são as barreiras ao acesso dos serviços é um caminho para entender o papel que as transferências de renda podem ter. Barreiras financeiras tendem a ser minimizadas com o recebimento do benefício, mas barreiras de outras ordens, como pouca vari-

idade ou ausência de serviços específicos, falta de insumos ou ainda falta de instalações suficientes, precisarão de outros tipos de estratégias combinadas.

Segundo Pega *et al.* (2017), o recebimento do benefício de um programa de transferência de renda não condicionada pode afetar a saúde individual por meio de cinco vias de efeitos causais, aqui resumidamente apresentados: 1) efeito direto no consumo (via A-B-C), onde a direção de efeito depende se os bens e serviços consumidos serão benéficos para a saúde ou não; 2) efeito direto no status (via A-D-E), visto que aumentar a posição via renda melhora o status social, reduzindo o estresse psicossocial; 3) efeito combinado de consumo e status (via A-B-F-E), por meio de mecanismos físicos e psicológicos, ou seja, condições materiais e inclusão social; 4) efeito sobre o emprego (via A-G-H), permitindo que as pessoas mudem de emprego; e, redução do risco financeiro (seta I), via transferências consecutivas (Figura 2). Os programas de transferência de renda condicionados adicionam ao framework proposto por Pega *et al.* (2017), uma vez que a imposição de condicionalidades pode conversar com os desfechos de saúde e o uso dos serviços via própria imposição da condicionalidade, ou ainda através de outras vias que carecem de investigações.

Figura 2. *Framework* conceitual da relação causal entre transferência de renda não condicionada, uso de serviços de saúde e desfechos de saúde.



Fonte: PEGA *et al.* 2017.

2.4.1. Programas Bolsa Família e Auxílio Brasil

Em 9 de janeiro de 2004, através da Lei número 10.836 (BRASIL, 2004), foi oficialmente criado o Programa Bolsa Família. A partir do ano de 2006, o programa já cobria todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal (TEIXEIRA, 2016), atendendo mais de 14 milhões de famílias.³ O programa foi desenhado para atender famílias em situação de pobreza e pobreza extrema, com valores transferidos que variavam conforme constituição da família, se incluía crianças e adolescentes até 17 anos, gestantes e/ou nutrizes, e da renda *per capita* da família. Estavam elegíveis ao benefício famílias extremamente pobres (renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa) e famílias pobres (renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa) que tivessem gestantes e crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos em sua composição.¹ Até junho do ano de 2020, 14.283.507 famílias recebiam o benefício, que tinha um valor mé-

³ <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/auxilio-brasil/impacto-auxilio-brasil>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

dio de R\$ 187,93.³ As variações possíveis no valor do benefício estão sumariadas no Quadro 1.

Quadro 1. Tipos de benefício e seus respectivos valores, junho de 2020.

	Famílias Pobres	Famílias em Extrema Pobreza
<u>Benefício Básico</u>	-	R\$ 89,00
<u>Benefício Variável 0 a 15 anos*</u>	R\$ 41,00	R\$ 41,00
<u>Benefício Variável Gestante*</u>	R\$ 41,00	R\$ 41,00
<u>Benefício Variável Nutriz*</u> - famílias que tenham em sua composição crianças com idade entre 0 e 6 meses)	R\$ 41,00	R\$ 41,00
<u>Benefício Variável Jovem**</u> - famílias que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos)	R\$ 48,00	R\$ 48,00
<u>Benefício para superação da extrema pobreza***</u>	-	Variável em razão do cálculo da renda por pessoa da família e do benefício já recebido no programa

Fonte: site oficial caixa econômica federal. Disponível em

<<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>> Acesso em:

27 jun. 2020.

Notas:

*cada família pode acumular até 5 benefícios/mês, chegando a R\$ 205,00.

**cada família pode acumular até 2 benefícios/mês, chegando a R\$ 96,00.

***máximo de 1 benefício/mês.

Após a Lei número 14.284, de 29 de dezembro de 2021, ocorreu a substituição do Programa Bolsa Família pelo Programa Auxílio Brasil, que conta com a transferência direta e condicionada às famílias pobres e extremamente pobres e mais cinco benefícios: I) Auxílio Esporte Escolar; II) Bolsa de Iniciação Científica Júnior; III) Auxílio Criança Cidadã; IV) Auxílio Inclusão Produtiva Rural; e V) Auxílio Inclusão Produtiva Urbana. As famílias elegíveis ao Programa Auxílio Brasil são famílias em situação de pobreza, cuja renda familiar *per capita* mensal se situe entre R\$ 105,01 e R\$ 210,00, e famílias em situação de ex-

trema pobreza, com renda familiar *per capita* mensal igual ou inferior a R\$ 105,00 (BRASIL, 2021). As famílias só são elegíveis se possuem em sua composição gestantes, nutrizes ou pessoas com idade até 21 anos incompletos. Os valores e a idade na composição familiar são maiores do que os de elegibilidade do Programa Bolsa Família e, segundo dados oficiais, o Programa Auxílio Brasil já atinge mais de 18 milhões de famílias.⁴ Os valores dos benefícios oferecidos às famílias estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Tipos de benefício e seus respectivos valores, abril de 2022.

	Famílias Pobres	Famílias em Extrema Pobreza
<u>Benefício Primeira Infância</u> ** - famílias que possuam em sua composição crianças com idade entre 0 e 36 meses incompletos, pago por integrante que se enquadre em tal situação.	R\$ 130,00	R\$ 130,00
<u>Benefício Composição Familiar</u> ** - famílias que possuam em sua composição gestantes, nutrizes ou pessoas com idade entre 3 e 21 anos incompletos, pago por integrante que se enquadre em tais situações	R\$ 65,00	R\$ 65,00
<u>Benefício de Superação da Extrema Pobreza</u> * - renda familiar <i>per capita</i> mensal igual ou inferior ao valor da linha de extrema pobreza	-	Variável em razão da renda por pessoa e do benefício já recebido via programa
<u>Benefício Compensatório de Transição</u> - famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família que recebiam valor abaixo do que é previsto pelo Auxílio Brasil	Variável	Variável

Fonte: Lei número 14.284, de 29 de novembro de 2021.

*a família pode receber, cumulativamente, os 3 benefícios básicos: Primeira Infância, Composição Familiar e Superação da Extrema Pobreza

**pagos até o limite de 5 benefícios por família.

As condicionalidades estipuladas para que os beneficiários se mantenham aptos ao recebimento do benefício do Programa Auxílio Brasil se dá nas

⁴ <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/auxilio-brasil/impacto-auxilio-brasil>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

mesmas esferas das condicionalidades do Programa Bolsa Família, incluindo I) realização de pré-natal; II) cumprimento do calendário nacional de vacinação e acompanhamento do estado nutricional; e III) frequência escolar mínima. Essas condicionalidades são consideradas um reforço ao acesso à saúde, educação e assistência social, mas geram críticas importantes no campo dos direitos humanos no sentido de que a responsabilização deveria ser governamental pelo não cumprimento da garantia de acesso a direitos básicos, como saúde e educação. O beneficiário acaba sendo punido duplamente, primeiramente não recebendo condições adequadas para o acesso aos serviços básicos e, secundariamente, sendo desvinculado do benefício (ZIMMERMANN, 2006).

Outra crítica importante que começou a ser exposta muito próximo ao estabelecimento do Programa Bolsa Família é referente ao valor do benefício, o qual é baixo para garantir uma alimentação adequada (ZIMMERMANN, 2006). Apesar disso, o Programa Bolsa Família tem demonstrado ter um efeito positivo na segurança alimentar dos beneficiários, que tiveram maior ingestão de alimentos em comparação aos não beneficiários (MARTINS et al., 2013), incluindo alimentos *in natura* (NEVES et al., 2020). Há também indicativo de que o recebimento do benefício aumente o consumo de alimentos não saudáveis, como açúcar e refrigerantes (LIGNANI et al., 2010). Tais achados demonstram que, por mais baixo que seja o valor transferido, ele pode ser suficiente para garantir segurança alimentar às famílias beneficiárias, mesmo que isso implique no aumento do consumo de alimentos não saudáveis. Calcula-se que 10% das famílias que mudaram o status da insegurança para a segurança alimentar teriam permanecido em insegurança se não fosse o programa em vigor (PALMEIRA; SALLES-COSTA; PÉREZ-ESCAMILLA, 2020). De toda for-

ma, já foi sugerido que o valor do benefício devesse estar em torno do custo da Cesta Básica Nacional (ZIMMERMANN, 2006). Em março de 2022, o custo médio da Cesta foi de R\$ 656,62,⁵ enquanto o valor médio transferido pelo Auxílio Brasil foi de R\$ 409,00, quase 38% inferior ao custo médio de uma Cesta Básica.⁴

O Programa Bolsa Família também demonstrou contribuir para redução da mortalidade infantil em crianças até 5 anos, especialmente nas mortes atribuídas a causas relacionadas à pobreza, como desnutrição e diarreia (DE SOUZA et al., 2021; RASELLA et al., 2013). Quanto maior a cobertura do programa, menores as taxas de mortalidade infantil em crianças de até um ano de vida (GUANAIS, 2013; VIEIRA-MEYER et al., 2019). A associação entre a participação no programa e mortalidade infantil é mais forte em municípios com melhor índice de gestão do programa, crianças prematuras, filhos de mães negras e crianças vivendo em municípios no quintil mais baixo de riqueza (RAMOS et al., 2021). Através desse achado podemos perceber que o programa tem um importante papel na promoção de equidade, uma vez que seu efeito é mais forte para crianças e famílias em maior vulnerabilidade.

A evidência não é conclusiva sobre o papel desempenhado pela transferência de renda do Bolsa Família em alguns outros desfechos de saúde. Para doenças como a hanseníase e a tuberculose (REIS-SANTOS et al., 2019), por exemplo, a evidência é pouca e inconclusiva. Em um estudo, os achados mostraram potencial do programa para melhorar a adesão ao tratamento e as taxas de cura em pacientes com a doença multibacilar, mas não em pacientes com a

⁵<https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2022/202203cestabasica.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2022.

forma paucibacilar (PESCARINI et al., 2020a). Em outro estudo do mesmo grupo, os achados mostraram que o programa não esteve associado com a incidência da doença de forma global, com exceção de famílias que viviam em municípios com alta carga de doença, e com associação pronunciada para casos paucibacilares (PESCARINI et al., 2020b).

O impacto do programa na vacinação das crianças, que faz parte das condicionalidades exigidas para a continuidade do recebimento do benefício, também é incerto. Há evidências indicando que o programa não exerce efeito significativo na cobertura vacinal, e as justificativas para essa ausência de efeito foram o monitoramento inadequado das condicionalidades (SILVA et al., 2020), altas taxas de cobertura vacinal já existentes (ANDRADE et al., 2012), e insuficiência dos serviços de Atenção Primária à Saúde (FORD et al., 2020). Ao contrário disso, dois estudos encontraram efeito positivo do programa na cobertura vacinal, tanto em crianças pequenas, aos 12 e aos 24 meses (SOUZA et al., 2022), quanto em crianças maiores, de até sete anos (SHEI et al., 2014). Esse efeito não ficou restrito às crianças acompanhadas pela condicionalidade, foi também observada melhora na utilização do serviço de saúde dos irmãos mais velhos dessas crianças, mesmo que a visita desses ao posto de saúde não fosse uma necessidade obrigatória para manutenção do benefício (SHEI et al., 2014). O estudo de Ford *et al.* (2020) ajuda a identificar também outra evidência importante, de que a focalização do programa parece estar adequada. Através da comparação das características de base do estudo, percebe-se que os pagamentos do Bolsa Família estavam indo para as famílias mais pobres e menos instruídas da população avaliada.

2.4.2 Proteção social, transferência de renda e saúde bucal

As necessidades de tratamento odontológico ao redor do mundo são, ainda hoje, temática importante no campo da saúde. O tratamento odontológico frequentemente necessita de equipamentos sofisticados e acaba sendo muito custoso aos serviços de saúde, o que não justifica a adoção de práticas paliativas, as quais mostram-se ineficientes, mas reforça a necessidade de que medidas preventivas sejam utilizadas (BERNABE et al., 2020). Em um estudo de Bernabé *et al.* (2020), cinco países que fazem parte do grupo das maiores economias do mundo (G20)⁶ – Brasil, Índia, China, Indonésia e Estados Unidos da América – figuraram entre os dez países com maior necessidade de tratamento associado à perda dentária, periodontite grave e cárie em dentes decíduos e permanentes. Os pesquisadores também encontraram a presença de um claro gradiente quando analisada a variação do número de casos prevalentes de cárie em dentes decíduos entre os anos 1990 e 2017. Essa prevalência diminuiu ao longo do tempo nos países de renda alta e média-alta e aumentou nos países de renda baixa e média-baixa.

A disponibilidade de recursos para a população varia entre os países conforme diversos fatores, entre eles, a forma como estão estruturadas políticas sociais e Estados de bem-estar social. Três vias tentam explicar essa influência dos regimes de bem-estar social sobre a saúde bucal. A primeira delas é através da distribuição de recursos importantes, como educação e acesso a alimentos saudáveis; a segunda via atribui essa influência à responsabilidade do Estado sobre a organização dos serviços de saúde geral e bucal; e a tercei-

⁶<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/diplomacia-economica-comercial-e-financeira/15586-brasil-g20>. Acesso em: 23 de julho de 2020.

ra, à influência sobre aspectos do capital social, como coesão e senso de pertencimento, os quais podem influenciar a saúde bucal (GUARNIZO-HERREÑO et al., 2017). Países escandinavos, que possuem políticas mais redistributivas e universais, apresentaram melhor saúde bucal da população quando comparados com outros regimes de bem-estar, apresentando menores taxas de prevalência de edentulismo, de ausência de dentição funcional (menos de 20 dentes naturais) e de frequência dos impactos das condições bucais na vida diária (GUARNIZO-HERREÑO et al., 2013). Além disso, em qualquer nível educacional e ocupacional os participantes do regime escandinavo apresentaram maior probabilidade de ter dentição funcional em comparação com todos os outros regimes de assistência social (GUARNIZO-HERREÑO et al., 2017).

Os custos do tratamento de doenças dentárias em todo o mundo foram estimados em US\$ 298 bilhões ao ano, uma média de 4,6% dos gastos globais com saúde (LISTL et al., 2015). Pobreza e miséria estão associadas com piores quadros de saúde, o que, além do custo direto, apresenta um custo indireto pelas perdas no mercado de trabalho. Programas de transferências de renda repassam dinheiro às parcelas vulneráveis da população com o objetivo não só de combater a fome e a pobreza, mas também promover acesso aos serviços públicos, incluindo serviços que fazem parte das condicionalidades. Ainda não são claras as formas como políticas de transferência de renda influenciam a saúde bucal da população. Interesse especial nesse tópico está associado com o caso brasileiro, um dos poucos países onde a saúde bucal está disponível gratuitamente no sistema público de saúde.

Quatro estudos publicados avaliaram a influência do Programa Bolsa Família na saúde bucal dos brasileiros até o momento, e eles são extremamen-

te relevantes ao demonstrarem a presença marcante das desigualdades na saúde bucal infantil (CALVASINA et al., 2018). Políticas sociais e de saúde pública desempenham um papel fundamental na redução das desigualdades, sendo que as iniquidades na saúde bucal de crianças estão presentes em países de diferentes níveis de desenvolvimento (DO, 2012). Estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, avaliou que a prevalência de escolares que nunca visitaram um dentista foi seis vezes maior em crianças de famílias que recebiam o auxílio do programa do que em crianças estudantes de escola particular. Além disso, a prevalência de cárie foi duas vezes maior nos escolares beneficiários do programa (OLIVEIRA et al., 2013). Esses achados demonstram que as crianças beneficiárias não só apresentam maior experiência da doença, como também acessam menos o serviço de saúde odontológico. Resultado de um estudo realizado em Pernambuco corrobora com tais achados de Pelotas, demonstrando que a média de dentes decíduos cariados, perdidos e com extração indicada por motivo de cárie (ceo-d) era quase o dobro em uma amostra de crianças de famílias beneficiárias em comparação com a média regional (SANTOS JÚNIOR et al., 2013).

Falta também boa coordenação e cooperação entre diferentes programas, como é o caso do Programa Bolsa Família e do Programa Saúde da Família no que se refere à prestação de cuidados em saúde bucal. Estudo realizado em Fortaleza com uma amostra de 74 Unidades Básicas de Saúde demonstrou que a maioria dos dentistas (93,3%) não realizava esforços para promover a assistência à saúde bucal das crianças de famílias beneficiárias do programa. Ademais, crianças em situação de assistência de rotina foram encaminhadas com mais frequência aos dentistas do que as crianças cobertas

pelo programa (PETROLA et al., 2016). Achados como esses vêm acompanhados da sugestão por parte dos pesquisadores de que uma solução para um melhor entrosamento entre programas, e uma melhora na saúde bucal infantil, seria a inclusão da saúde bucal como uma condicionalidade do programa, de forma a reduzir as desigualdades na assistência à saúde bucal infantil (OLIVEIRA et al., 2013; PETROLA et al., 2016).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o impacto de programas de transferência de renda na saúde bucal e no uso de serviços odontológicos de beneficiários dos programas.

3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a associação entre programas de transferência de renda e desfechos de saúde bucal;
- Avaliar a associação entre a cobertura do Programa Bolsa Família e o uso de serviços odontológicos em todos os municípios brasileiros;
- Avaliar a associação entre recebimento de transferência de renda vinculada ao Programa Bolsa Família e uso de serviços odontológicos em uma população de baixa renda de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

4. MANUSCRITOS

4.1. Manuscrito 1

4.2. Manuscrito 2

4.3. Manuscrito 3

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Problemas complexos não são resolvidos com respostas simples. A pobreza e as desigualdades são questões sociais extremamente complexas e dizem respeito a todos nós. Com base nesses três artigos apresentados, concluiu-se primeiramente que o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família favoreceu a busca por tratamento e o uso de serviço odontológico público em uma amostra de um município do sul do Brasil. Segundamente, em uma análise de todos os municípios do país, o aumento da força de trabalho e da infraestrutura de serviços de saúde bucal exerceram a maior influência sobre o uso do serviço odontológico público dentre os fatores analisados. Por fim, embora as transferências monetárias desempenhem um papel importante em certos desfechos de saúde, a associação entre transferências de renda e saúde bucal e uso de serviço de saúde odontológico permanece incerta.

Esse trabalho contribui para uma área da literatura onde ainda são poucas as evidências disponíveis. O campo se beneficiará de pesquisas futuras com delineamento adequado, base teórica sólida e bons modelos analíticos causais. Agrego alguns tijolos a um muro com vários *gaps* (palavra que ouvi muito do Roger: “Beatriz, quais são os *gaps* da literatura?”), limitações e inconsistências. Superado o desejo de ganhar um Prêmio Nobel (como Juliana me ensinou desde cedo: “Bia, não precisa ser um Nobel, né?”), ela me disse sabiamente ainda durante meu mestrado), que todo doutorando esconde secretamente dentro de si, hoje fica o desejo de que essa pesquisa seja vista, lida, criticada e muito discutida, o que, segundo o Dicionário Oxford Languages, significa analisar questionando, examinar detalhadamente, debater. Tudo isso em

um país onde a pobreza é vista como opção. Meritocracia, eles dizem. Falta esforço, eles bravejam. Estão errados, concluo, visto que nenhum problema de tamanha complexidade seria resolvido com desmedida simplicidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. et al. Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1347–1358, jul. 2012.
- ANGELES, G. et al. Government of Malawi's unconditional cash transfer improves youth mental health. **Soc Sci Med**, v. 225, p. 108–119, mar. 2019.
- ARCAYA, M. C; ARCAYA, A.; SUBRAMANIAN, S. V. Desigualdades em saúde: definições, conceitos e teorias. **Rev Panam Salud Publica**, v. 8, n. 27106, p. 1–11, 2015.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, jul. 2017.
- BASSANI, D. G. et al. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 13, n. Suppl 3, p. S30, set. 2013.
- BENACH, J. et al. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. **J Epidemiol Community Health**, v. 67, p. 286–291, mar. 2013.
- BERNABE, E. et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. **J Dent Res**, v. 99, n. 4, p. 362–373, mar. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 10836, de 09 de janeiro de 2004**. Dispõe sobre a criação do Programa Bolsa Família, Lei nº 10689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. Oficial [da] república Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. **Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021**. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nos 10.696, de 2 de

julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. Brasília, DF, 2021.

CALVASINA, P. et al. The association of the Bolsa Familia Program with children's oral health in Brazil. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1186, p. 1–10, out. 2018.

CELESTE, R.; NADANOVSKY, P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. **Health Policy**, v. 97, n. 2–3, p. 250–258, jun. 2010.

DE SOUZA, A. A. et al. Combination of conditional cash transfer program and environmental health interventions reduces child mortality: an ecological study of Brazilian municipalities. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 627, 31 dez. 2021.

DO, L. G. Distribution of Caries in Children: Variations between and within. **J Dent Res**, v. 91, n. 6, p. 536–543, jun. 2012.

DONKIN, A. et al. Global action on the social determinants of health. **BMJ Global Health**, v. 3, p. 1–7, jan. 2017.

DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Soc**, v. 15, n. 2, p. 63–101, nov. 2003.

EIKEMO, T.; BAMBRA, C. The welfare state: a glossary for public health. **J Epidemiol Commun H**, v. 62, n. 1, p. 3–6, jan. 2008.

ESPING-ANDERSEN, G. The Three Political Economies of the Welfare State. **Int J Sociol**, v. 20, n. 3, p. 92-123, maio 1990.

FERNALD, L. C.; GERTLER, P. J.; NEUFELD, L. M. 10-year effect of Oportunidades, Mexico's conditional cash transfer programme, on child growth, cognition, language, and behaviour: a longitudinal follow-up study. **Lancet**, v. 374, n. 9706, p. 1997–2005, dez. 2009.

FERNALD, L. C. H. Promise, and risks, of conditional cash transfer programmes. **Lancet**, p. 1–2, maio 2013.

FERNALD, L. C. H.; GERTLER, P. J.; NEUFELD, L. M. Role of cash in

conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. **Lancet**, v. 371, n. 9615, p. 789–791, mar. 2008.

FERNALD, L. C. H.; GUNNAR, M. R. Poverty-alleviation program participation and salivary cortisol in very low-income children. **Soc Sci Med**, v. 68, n. 12, p. 2180–2189, jun. 2009.

FORD, K. J. et al. Health outcomes of the Bolsa Família program among Brazilian Amazonian children. **Rev Saúde Públ**, v. 54, p. 2, 27 jan. 2020.

FULLER, A. E. et al. Cash transfer programs and child health and family economic outcomes: a systematic review. **C J Public Health**, v. 113, n. 3, p. 433-445, jan. 2022.

GOLAN, J.; SICULAR, T.; UMAPATHI, N. Unconditional Cash Transfers in China: Who Benefits from the Rural Minimum Living Standard Guarantee (Dibao) Program? **World Dev**, v. 93, p. 316-336, maio 2017.

GUANAIS, F. C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. **Am J Public Health**, v. 103, n. 11, p. 2000–2006, nov. 2013.

GUARNIZO-HERREÑO, C. et al. Oral health and welfare state regimes: a cross-national analysis of European countries. **Eur J Oral Sci**, v. 121, p. 169–175, jun. 2013.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C. et al. Do welfare regimes matter for oral health? A multilevel analysis of European countries. **Health Place**, v. 46, p. 65–72, maio 2017.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010. **J Dent Res**, v. 93, n. 11, p. 1045–1053, set. 2014.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of untreated caries: A systematic review and metaregression. **J Dent Res**, v. 94, n. 5, p. 650–658, mar. 2015.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **J Epidemiol Commun H**, v. 56, n. 9, p. 647–52, set. 2002.

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. Conditional Cash Transfers for Improving Uptake of Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries. **JAMA**, v. 298, n. 16, p. 1900, out. 2007.

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. **Cochrane Db Syst Rev**, n. 4, 7 out. 2009.

LEE, J. Y.; DIVARIS, K. The Ethical Imperative of Addressing Oral Health Disparities: A Unifying Framework. **J Dent Res**, v. 93, n. 3, p. 224–230, nov. 2014.

LEITE, T. H. et al. Women economic empowerment via cash transfer and microcredit programs is enough to decrease intimate partner violence? Evidence from a systematic review. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 9, 2019.

LEROY, J. L. et al. Social Assistance Programs and Birth Outcomes: A Systematic Review and Assessment of Nutrition and Health Pathways. **J Nutr**, v. 151, n. 12, p. 3841–3855, 3 dez. 2021.

LIGNANI, J. D. B. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutr**, v. 14, n. 5, p. 785–792, dez. 2010.

LISTL, S. et al. Global economic impact of dental diseases. **J Dent Res**, v. 94, n. 10, p. 1355–1361, ago. 2015.

LUNDBERG, O. et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. **Lancet**, v. 372, n. 9650, p. 1633–1640, nov. 2008.

MACINTYRE, S. The Black Report and beyond what are the issues? **Soc Sci Med**, v. 44, n. 6, p. 723–745, mar. 1997.

MANLEY, J. et al. Cash transfers and child nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Glob Health**, v. 5, n. 12, p. e003621, 18 dez. 2020.

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **Lancet**, v. 372, p. 1661–1669, nov.

2008.

MARTINS, A. P. B. et al. Cash transfer in Brazil and nutritional outcomes: A systematic review. **Rev Saúde Públ**, v. 47, n. 6, p. 1159–1171, dez. 2013.

MECHANIC, D. Disadvantage, inequality, and social policy. **Health Affairs**, v. 21, n. 2, p. 48–59, mar./abr. 2002.

NEVES, J. A. et al. The Brazilian cash transfer program (Bolsa Família): A tool for reducing inequalities and achieving social rights in Brazil. **Glob Public Health**, v. 17, n. 1, p. 26–42, 2 jan. 2020.

OHRNBERGER, J. et al. The effect of cash transfer on mental health: opening the black box - a study from South Africa. **Soc Sci Med**, v. 260, p. 1–10, jul. 2020.

OLIVEIRA, L. J. C. DE et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Rev Saúde Públ**, v. 47, n. 6, p. 1039–1047, dez. 2013.

ONWUCHEKWA, C.; VERDONCK, K.; MARCHAL, B. Systematic Review on the Impact of Conditional Cash Transfers on Child Health Service Utilisation and Child Health in Sub-Saharan Africa. **Front Public Health**, v. 9, 14 jul. 2021.

PALMEIRA, P. A.; SALLES-COSTA, R.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Effects of family income and conditional cash transfers on household food insecurity: evidence from a longitudinal study in Northeast Brazil. **Public Health Nutr**, v. 23, n. 4, p. 756–767, 5 mar. 2020.

PEGA, F. et al. Unconditional cash transfer for reducing poverty and vulnerabilities: effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries. **Cochrane Db Syst Rev**, n. 11, nov. 2017.

PERES, M. A. et al. Series Oral health 1 Oral diseases : a global public health challenge. **Lancet**, v. 394, p. 249–260, jul. 2019.

PERES, M.; ANTUNES, J.; PERES, K. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. **Soz Präventivmed**, v. 51, n. 5, p. 302–310, 2006.

PESCARINI, J. M. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 Million Brazilian Cohort: a quasi-experimental study. **Lancet Infect Dis**, v. 20, n. 5, p. 618–627, maio 2020a.

PESCARINI, J. M. et al. Conditional Cash Transfer Program and Leprosy Incidence: Analysis of 12.9 Million Families From the 100 Million Brazilian Cohort. **Am J Epidemiol**, v. 189, n. 12, p. 1547–1558, 1 dez. 2020b.

PETROLA, K. A. F. et al. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is This a Reality? **PLOS ONE**, v. 11, n. 8, p. e0161244, 18 ago. 2016.

PICKETT, K. E.; WILKINSON, R. G. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. **BMJ Brit Med J**, v. 335, n. 7629, p. 1080-1085, nov. 2007.

RAMOS, D. et al. Conditional cash transfer program and child mortality: A cross-sectional analysis nested within the 100 Million Brazilian Cohort. **PLOS Med**, v. 18, n. 9, p. e1003509, set. 2021.

RANGANATHAN, M.; LAGARDE, M. Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries : A review of the impact of conditional cash transfer programmes. **Prev Med**, v. 55, p. S95–S105, nov. 2012.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57–64, jul. 2013.

REIS-SANTOS, B. et al. Tuberculosis in Brazil and cash transfer programs: A longitudinal database study of the effect of cash transfer on cure rates. **PLOS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0212617, 22 fev. 2019.

SANTOS JÚNIOR, V. E. et al. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. **RFO UPF**, v. 18, n. 1, p. 61–66, jan./abr. 2013.

SEGURA-PÉREZ, S.; GRAJEDA, R.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Conditional cash

transfer programs and the health and nutrition of Latin American children. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 2, p. 124–137, ago. 2016.

SHEI, A. et al. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. **BMC Int Health Hum R**, v. 14, n. 10, p. 1–9, 1 abr. 2014.

SHEIHAM, A. et al. Global Oral Health Inequalities. **Adv Dent Res**, v. 23, n. 2, p. 259–267, maio 2011.

SILVA, F. S. et al. Bolsa Família program and incomplete childhood vaccination in two Brazilian cohorts. **Rev Saúde Públ**, v. 54, p. 98, 20 nov. 2020.

SILVA, M. O. S. E; GUILHON, M. V. M.; LIMA, V. F. S. A. As condicionalidades e o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) enquanto dimensões centrais do Bolsa Família (BF): uma incursão na realidade do programa no Maranhão. n. 1, 2013.

SINGH, A. et al. Theoretical basis and explanation for the relationship between area-level social inequalities and population oral health outcomes - A scoping review. **SSM - Population Health**, v. 2, p. 451–462, jun. 2016.

SINGH, A.; PERES, M. A.; WATT, R. G. The Relationship between Income and Oral Health: A Critical Review. **J Dent Res**, v. 98, n. 8, p. 853–860, 15 jul. 2019.

SISSON, K. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 81–88, abr. 2007.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. World Health Organization. Genova: [s.n.]. 2010.

SOUZA, E. L. DE et al. Effect of a conditional cash transfer programme on infant up-to-date and timely vaccination. **Epidemiol Commun H**, jech-2021-217964, mar. 2022.

STONER, M. C. D. et al. Cash transfers for HIV prevention: A systematic review. **PLOS Med**, v. 18, n. 11, p. e1003866, nov. 2021.

TEIXEIRA, S. M. **Política de Assistência Social e temas correlatos**. Campinas: [s.n.], 2016.

United Nations Development Programme (UNDP). **Conditional Cash Transfer Schemes for Alleviating Human Poverty: Relevance for India**, New Delhi: [s.n.], 2009. Disponível em: <www.undp.org.in>

United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). **Combating Poverty and Inequality**. Genova: [s.n.], 2010.

VAZQUEZ, D. A. Modelos de classificação do welfare state: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. **Pensamento & Realidade**, v. 21, p. 42–59, 2007.

VELASQUEZ, E. **Evaluating the Ability of Conditional Cash Transfers to Promote Human Capital Through the Protection of Health**. [s.l.] Harvard University, 2016.

VICTORA, C. et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet**, v. 356, p. 1093–1098, set. 2000.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality? **C J Public Health**, v. 110, n. 6, p. 756–767, 29 dez. 2019.

WATT, R. G. et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **Lancet**, v. 394, p. 261–72, jul. 2019.

WORLD BANK, W. **Closing the Gap: The State of Social Safety Nets**, 2015.

ZIMMERMAN, A. et al. The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Glob Health**, v. 6, n. 4, p. e004661, 27 abr. 2021.

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. **Sur Rev Int de Direitos Human**, v. 3, n. 4, p. 144–159, jun. 2006.