

**TEXTO PARA DISCUSSÃO**

**2921**

**BASES INSTITUCIONAIS E  
INTERFACES NA SEGURIDADE  
SOCIAL BRASILEIRA: UMA  
ANÁLISE MACROSSETORIAL**

**LUCIANA JACCOUD**

**ipea**

Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

**BASES INSTITUCIONAIS E  
INTERFACES NA SEGURIDADE  
SOCIAL BRASILEIRA: UMA  
ANÁLISE MACROSSETORIAL**

**LUCIANA JACCOUD<sup>1</sup>**

---

1. Pesquisadora do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), no Projeto Seguridade Social no Brasil. *E-mail*: luciana.jaccoud@gmail.br.

**Governo Federal**

**Ministério do Planejamento e Orçamento**

**Ministra** Simone Nassar Tebet

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

**Presidenta**

**LUCIANA MENDES SANTOS SERVO**

**Diretor de Desenvolvimento Institucional**

**FERNANDO GAIGER SILVEIRA**

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,  
das Instituições e da Democracia**

**LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO**

**Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

**CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO**

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,  
Urbanas e Ambientais**

**ARISTIDES MONTEIRO NETO**

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,  
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

**FERNANDA DE NEGRI**

**Diretor de Estudos e Políticas Sociais**

**CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL**

**Diretor de Estudos Internacionais**

**FÁBIO VÉRAS SOARES**

**Chefe de Gabinete**

**ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA**

**Coordenador-Geral de Imprensa e Comunicação Social**

**ANTONIO LASSANCE**

**Ouvidoria:** <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

**URL:** <http://www.ipea.gov.br>

# Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

Jaccoud, Luciana

Bases institucionais e interfaces na seguridade social brasileira : uma análise macrossetorial / Luciana Jaccoud. – Rio de Janeiro: IPEA, 2023. 44 p. – (Texto para Discussão ; 2921).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Seguridade Social. 2. Desigualdade. 3. Integração Setorial.  
4. Intersetorialidade. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.  
II. Título.

CDD 368.40981

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

**Como citar:**

JACCOUD, Luciana. **Bases institucionais e interfaces na seguridade social brasileira** : uma análise macrossetorial. Rio de Janeiro: Ipea, set. 2023. 44 p. (Texto para Discussão, n. 2921). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2921-port>

**JEL:** I31.

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

# SUMÁRIO

SINOPSE	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO .....	6
2 POLÍTICAS SETORIAIS, INTERFACES E INTERDEPENDÊNCIAS.....	9
3 DA PREVIDÊNCIA SOCIAL À SEGURIDADE SOCIAL.....	13
4 A CF/1988 E A INSTITUIÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL.....	19
5 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL – INTERFACES E DESIGUALDADES .....	23
5.1 Desigualdade de acesso aos serviços de saúde.....	24
5.2 Desigualdade de condições de saúde e desigualdade de renda.....	26
6 POR UM OLHAR MACROSSETORIAL DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA.....	32
7 CONCLUSÃO .....	36
REFERÊNCIAS .....	37

## SINOPSE

Este trabalho analisa a propriedade e a oportunidade de uma análise macrossetorial da seguridade social brasileira, de modo a favorecer a compreensão sobre a atuação e os desafios que atravessam cada uma de suas políticas setoriais e contribuir para a reflexão sobre a lógica comum que acolhe as políticas de saúde, previdência e assistência social, suas interfaces e interdependências. Em um primeiro momento, resgata o processo de setorialização, que progressivamente marcou esse campo de políticas públicas. Em seguida, recupera o desenho institucional que acolheu a seguridade social em seu tripé e explora empiricamente alguns aspectos da interdependência entre os campos setoriais da seguridade social. Discute, ainda, a possibilidade de implementação de instrumentos de articulação em favor de uma maior coordenação entre as políticas desse campo.

**Palavras-chave:** seguridade social; desigualdade; integração setorial; intersectorialidade.

## ABSTRACT

This article provides an analysis of the propriety and opportunity of a macrosectoral analysis of Brazilian social security, in order to favor the understanding of the performance and challenges that cross each of its sectoral policies and contribute to the reflection on the common logic that embraces health, social insurance and assistance policies, their interfaces and interdependencies. At first, it rescues the sectoralization process that progressively marked this field of public policies. Then, it recovers the institutional design that welcomed social security in its tripod, and empirically explores some aspects of the interdependence between the sectorial fields of social security. The possibility of implementing articulation instruments in favor of greater coordination between policies in this field is also discussed.

**Keywords:** social security; inequality; policy integration; intersectionality.

## 1 INTRODUÇÃO

A instituição da seguridade social pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) representou uma inflexão na história da proteção social brasileira. Com a expansão e a articulação das áreas da previdência social, assistência social e saúde e a adoção de novos princípios para esse campo da política pública sob as premissas da universalidade, da uniformidade e da equidade, a seguridade social estabeleceu as bases para a superação do modelo corporativo vigente desde a década de 1930. Ela alargou o arco dos direitos sociais, tanto no que diz respeito aos benefícios monetários como aos serviços sociais, e promoveu a instalação do Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade pública na consolidação de uma política nacional de assistência social e o compromisso com a ampliação da cobertura e de distributividade do plano de benefícios e do financiamento da previdência social.

Contudo, após mais de três décadas, a seguridade social não ganhou densidade institucional no país. Sua estruturação foi realizada de forma fragmentada, cada política setorial contando com regulamentação própria por meio de distintas legislações infraconstitucionais,<sup>1</sup> mantendo-se uma quase completa independência normativa, administrativa e financeira. Mesmo a determinação constitucional de um Orçamento da Seguridade Social (OSS) e a criação, por lei, de um Conselho Nacional da Seguridade Social (CNSS) não foram suficientes para a dotar a seguridade de um arcabouço instrucional próprio. O OSS, previsto no art. 165 da CF, pretendia prover a seguridade social de uma base de financiamento autônoma com relação ao Orçamento Fiscal. Durante mais de uma década, o chamado Orçamento Fiscal e da Seguridade Social não favorecia a apreensão da seguridade social, configurando-se ali como uma “mera agregação de verbas setoriais administradas por cada ministério” (Ipea, 2003, p. 16).<sup>2</sup> Em 2004, o OSS foi formalmente separado do orçamento fiscal, mas as dificuldades técnicas não foram superadas, enquanto se aprofundavam as dificuldades políticas com as progressivas especializações das fontes de financiamento das políticas de previdência

---

1. A regulamentação infraconstitucional das políticas da seguridade social teve como marcos as leis orgânicas da previdência social (Lei nº 8.212, chamada Lei Orgânica da Seguridade Social, e Lei nº 8.213, de junho de 1991, de Custeio e Benefícios), as leis orgânicas da saúde (8.080, de setembro de 1990, e 8.142, de dezembro de 1990), a Lei Orgânica de Assistência Social (8.742, de dezembro de 1993) e a Lei nº 7.998, janeiro de 1990, sobre o seguro-desemprego.

2. Para superar tal dificuldade e visando a identificar a real estrutura de gasto e de financiamento da seguridade social, a Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea dedicou-se, durante vários anos, a um exercício de acompanhamento realizado a partir da identificação conceitual das partes legalmente atribuíveis à seguridade social no Orçamento Geral da União (OGU). A esse respeito, consultar Delgado (2002) e os boletins *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 5 a 17.

social e saúde que, desde a década de 1990, limitaram o potencial articulador que o OSS pretendia desempenhar.<sup>3</sup>

O CNSS tampouco se consolidou. Criado pela Lei nº 8213/1991, o CNSS era composto por quinze membros, incluindo representantes do governo e dos conselhos nacionais de saúde, previdência social e assistência social, representantes dos governos federal, estaduais e municipais e representantes dos trabalhadores e dos empresários, e teria por função estabelecer as diretrizes gerais para a integração entre as políticas que compõem a seguridade social. Contudo, tal previsão legal foi eliminada, e o CNSS foi extinto em 1999 por meio de medida provisória editada pelo governo federal (Delgado *et al.*, 2002).

A fragmentação institucional da seguridade social foi, assim, favorecida pela fragilidade das instâncias previstas para dotá-la de certo nível de integração. Mas esse movimento foi também impulsionado pela dinâmica interna às políticas setoriais. Se a emergência e o desenvolvimento das políticas de saúde e previdência social haviam sido marcados por décadas de uma trajetória comum, desde os anos 1970 vinham sendo colocadas as bases para uma maior autonomia. A CF/1988 garantiu a independência institucional daquelas políticas, bem como da política de assistência social, ao mesmo tempo em que as confrontou com importantes desafios para responder aos preceitos de universalização de cobertura, uniformização de benefícios e qualificação das ofertas em todo o território nacional. Os desafios foram (e são) expressivos, considerando o volume dos públicos a serem atendidos em cada uma das três políticas, a extensão dos problemas sociais objetos de cada campo de intervenção, a variedade de instituições e de instrumentos de ação governamental, a dimensão das estruturas de atendimento e o número de profissionais e a diversidade das categorias profissionais mobilizadas. Questões relativas à regulamentação, a estratégias de implementação e financiamento, à coordenação entre os três níveis de governo e à mobilização dos atores associados a trajetórias específicas, vêm modelando a gestão daquelas políticas, concorrendo para a ausência de espaços de coordenação no âmbito da seguridade social.

A trajetória da seguridade social brasileira foi marcada por um processo de setorialização tanto na formulação quanto na gestão. Também nas análises sobre o tema

---

3. A suspensão da transferência para o Ministério da Saúde de recursos originários das contribuições previdenciárias e a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), em 1993 e 1994, respectivamente, constrangeram o orçamento federal em saúde e impulsionam os esforços para a vinculação de recursos para essa política. Sobre a trajetória do financiamento federal em saúde durante as décadas de 1990 e 2000, consultar Piola *et al.* (2013).

a perspectiva setorial se faz predominante. Por certo, a abordagem setorial é indispensável à compreensão desse campo da política pública. Mas a hipótese que se apresenta aqui é a de que a perspectiva macrossetorial, ultrapassando seus componentes específicos em favor de uma análise comum, pode contribuir para a reflexão sobre o projeto protetivo que acolhe as políticas de saúde, previdência e assistência social. O aprofundamento de nosso conhecimento sobre a seguridade social favorecerá também uma melhor compreensão sobre a atuação e os desafios que atravessam cada uma de suas políticas setoriais. E contribuirá para a formulação de instrumentos de articulação e coordenação com vistas ao aprimoramento da gestão, das estratégias de cobertura e das ofertas relacionadas às finalidades protetivas de cada política, assim como ao desenvolvimento de formas articuladas de atenção a determinadas situações e públicos, tendo em vista a integralidade e a equidade da proteção social assegurada no campo da seguridade social.

Este texto tem como objetivo retomar a discussão conceitual anteriormente realizada (Jaccoud, 2023), voltando-se agora à análise macrossetorial da seguridade social brasileira em particular. Considerando a trajetória histórica e institucional, é possível observar a maneira interdependente e complementar como emergiram e se desenvolveram as políticas acolhidas sob o conceito de seguridade social. A perspectiva macrossetorial será também mobilizada com o intuito de considerar as fronteiras entre as políticas setoriais e seus movimentos, bem como as demandas de integração face a determinados problemas sociais específicos. Mas este trabalho visa, sobretudo, enfatizar que, para além da dimensão intersetorial associada a públicos ou situações sociais específicas, a seguridade social se afirma como um campo de análise que pode ser pensado sob uma perspectiva institucional, com repercussões na gestão e na agenda de pesquisa em política pública.

A seguridade social organiza políticas setoriais de acordo com os princípios e valores subjacentes a um desenho político e normativo específico que influencia as configurações setoriais e suas trajetórias. Ao mesmo tempo, a dinâmica de cada uma das políticas é dependente da configuração das demais. Ou seja, mudanças estratégicas em uma das políticas tendem a repercutir nas demais políticas setoriais do mesmo campo. Nesse sentido, algumas dimensões analíticas podem ser exploradas: i) a existência de princípios comuns de solidariedade, universalidade e redistribuição que sustentam e atravessam as políticas públicas no âmbito da seguridade social; ii) a combinação de estratégias protetivas distintas em um mesmo arranjo institucional de seguridade social; iii) as fronteiras setoriais e seus movimentos, incluindo as sobreposições e os vazios protetivos; iv) a interação e os impactos recíprocos das políticas setoriais, tanto



no que diz respeito aos desenhos de políticas quanto às ofertas setoriais; e v) os impactos de um mesmo risco ou vulnerabilidade social nas diferentes ofertas da seguridade social.

Visando a avançar em uma análise macrossetorial da seguridade social, este texto está dividido em seis seções, além desta introdução. A primeira seção resgata o debate acerca da categoria analítica de políticas setoriais, argumentando que ela não exclui, ao contrário, favorece a análise macro e interssetorial. A segunda seção retoma as origens históricas da proteção social brasileira, incluindo o precoce debate sobre seguridade social, de modo a traçar a trajetória de interdependência política e institucional entre as políticas de previdência social, saúde e assistência social. A terceira seção aborda a constitucionalização da seguridade social e seu impacto na construção de um arranjo institucional que buscou articular lógicas setoriais distintas em favor de um projeto de expansão da cobertura e do perfil redistributivo da proteção social. A partir de estudos sobre os impactos das desigualdades de renda em saúde, a quarta seção explora alguns aspectos empíricos das interfaces e interdependências entre as políticas de seguridade social. Em que pese a evolução recente das políticas setoriais da seguridade social ter sido realizada de forma independente em termos normativos, financeiros e gerenciais, os dados mobilizados permitem observar que a inter-relação entre a previdência social, a saúde e a assistência social é efetiva, seja por frequentemente incidir sobre um mesmo público que partilha riscos ou vulnerabilidades sociais, seja pelos impactos recíprocos produzidos pelas ofertas setoriais. A quinta seção reflete sobre a agenda de pesquisa sobre a seguridade social, bem como sobre a possibilidade de implementação de instrumentos de articulação em favor de uma maior coordenação entre as políticas desse campo. A seção 6 apresenta as considerações finais.

## 2 POLÍTICAS SETORIAIS, INTERFACES E INTERDEPENDÊNCIAS

Para avançar no debate sobre a seguridade social a partir de uma perspectiva macro e interssetorial, convém, em primeiro lugar, realizar um rápido retorno à noção de setor e à categoria analítica de políticas setoriais. Utilizado de forma pouco definida, o termo política setorial é frequentemente empregado como sinônimo de políticas públicas, considerando os recortes das atividades governamentais. De forma em geral, entende-se que as políticas públicas se organizam em torno de uma questão específica ou um problema definido. Mas, mesmo aqui, a definição não ganha contornos claros. Como lembram Knill e Tosun (2012), o termo *política pública* pode ser mobilizado para tratar de intervenções públicas de diferentes escopos. Os autores identificam quatro:

i) medidas específicas do setor; ii) medidas específicas do subcampo; iii) questões específicas nos subcampos; e iv) instrumentos regulatórios relacionados àquelas questões. No âmbito da saúde, por exemplo, o termo pode se referir ao conjunto de medidas do setor, quando falamos em política de saúde, ou de um subcampo, como à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Pode, ainda, fazer referência a intervenções referentes aos subcampos, como no caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou mesmo a instrumentos, como os incentivos monetários ligados àquele programa.

Apesar da dissonância em torno do termo, não apenas a política pública, mas a categoria analítica de políticas setoriais vem sendo objeto de interesse renovado. Os trabalhos sobre estilos de políticas públicas (Richardson, Gustafsson e Jordan, 1982; Howlett e Tosun, 2018; 2021; Candel *et al.*, 2021; Grin e Abrucio, 2021) associam diferenças em arquiteturas institucionais a sistemas políticos e arranjos administrativos que produziram efeitos de longo prazo nos padrões nacionais de políticas públicas. A pesquisa comparada também tem apontado que contextos específicos podem ser identificados em nível setorial, moldando estilos de políticas que se diferenciam em termos de paradigmas, atores, arranjos políticos e institucionais. Ou seja, além dos estilos de políticas nacionais, estilos de políticas setoriais se fariam presentes, resultantes de características políticas e institucionais específicas dos setores de políticas públicas.<sup>4</sup>

As especificidades setoriais das políticas públicas têm sido, de fato, enfatizadas pela literatura. Em trabalho já clássico, Lowi (1964) destaca que as políticas públicas são marcadas por seu caráter setorial. Diferentes setores de intervenção promovem distintos tipos de atividade política, mobilizando recortes sociais específicos e mobilizando redes e comunidades políticas próprias para construir um objeto da ação pública. Muller (1990) lembra que o setor pode mesmo preexistir à política pública, ao emergir como resultado de uma estruturação de papéis sociais ou profissionais que definem regras de funcionamento, normas e valores específicos, conhecimento especializado e instrumentos de intervenção sobre o social.

---

4. Como concluem Candel *et al.* (2021) em estudo que compara a formulação de políticas agroambientais e de saúde pública em quatro países europeus, os estilos nacionais têm mais valor explicativo em alguns setores do que em outros, mas ambos contribuem para explicar a natureza relativamente duradoura dos arranjos de políticas públicas. No mesmo sentido, Cairney (2021) conclui que as variações de estilos entre setores pode ser tão ou mais importante que as variações associadas à institucionalidade macropolítica pois, em vários casos, as variações de estilos nacionais seriam relativizadas pela lógica de decisão setorial.

Dessa perspectiva, o processo de setorialização decorre da construção de um recorte e uma categorização da realidade, tendo em vista a organização e o desenvolvimento de um domínio específico da ação pública. Diferentes tipos de política operando a gestão de problemas sociais pelo Estado mobilizam distintos atores e coalizões políticas, instrumentos e objetivos, além de conhecimentos e competências especializados sobre um determinado tema.<sup>5</sup> No âmbito deste trabalho, importa sublinhar que os setores dotam a ação governamental de certa permanência. Seus arranjos institucionais – regras, recursos e organizações – refletem a articulação relativamente estável de atores, instituições, instrumentos e repertórios da política pública.<sup>6</sup>

Assim, em torno de agendas setoriais, a segmentação da ação pública ordena sistemas políticos e administrativos. Mas a consolidação da setorialização com base em objetivos e instrumentos específicos acarreta problemas já bem conhecidos da literatura e dos operadores de políticas sociais. Várias são as questões que ultrapassam os limites das jurisdições estabelecidas e seus arranjos de governança, instigando o debate sobre a oportunidade e a viabilidade de intervenções setorialmente integradas. Se há amplo reconhecimento de que a compartimentalização pode gerar fragmentação, concorrência ou incoerência entre objetivos ou intervenções, é menor a convergência em torno dos caminhos que poderiam favorecer a integração. Ao menos três dificuldades devem ser consideradas.

A primeira dificuldade se refere ao aparato conceitual mobilizado. A literatura tem abordado as dificuldades de integração das políticas públicas e discutido em que medida diferenças setoriais e entre tipos de políticas podem ser minimizadas por trajetórias de convergência e coordenação (Jochim e May, 2010; Candel e Biesbroek, 2016; Tosun e Lang, 2013; 2017; Trein *et al.*, 2021; Cejudo e Trein, 2023). Mas a pluralidade de termos e abordagens mobilizados – tais como planejamento integral, governança ou coordenação horizontal, governo holístico, parcerias intersetoriais, arranjos colaborativos ou relações intraorganizacionais – permite vislumbrar o diversificado e heterogêneo esforço analítico em torno do tema, de seus instrumentos e seu impacto no desempenho das políticas.<sup>7</sup>

5. Halpern e Jacquot (2015) sugerem que três dimensões devem ser consideradas na análise de um setor de ação pública: a dimensão ligada aos interesses e atores mobilizados, a dimensão institucional associada às regras, aos instrumentos e arranjos de governança desenvolvidos e a dimensão cognitiva, que reflete os repertórios da ação, a visão dos atores sobre a intervenção pública e sobre suas fronteiras.

6. A teoria dos campos de ação estratégica contribui nesse debate. Para uma revisão do tema, consultar Fligstein e McAdam (2011).

7. Para um balanço sobre as correntes e categorias analíticas, consultar Tosun e Lang (2017).

O segundo aspecto se refere ao próprio significado da integração intersetorial. A mobilização de instrumentos de coordenação horizontal pode favorecer uma abordagem mais adequada a temas complexos, ampliando a articulação dos distintos campos institucionais e suas organizações em torno de problemas comuns. Mas integração não é sinônimo de “dessetorialização”, processo que pode significar não apenas um enfraquecimento das políticas setoriais, mas tornar-se uma plataforma de efetivo dismantelamento da ação pública (Lascoumes e Le Galès, 2012; Halpern e Jacquot, 2015). A “dessetorialização” pode operar de modo a enfraquecer políticas ou regimes de políticas públicas, trajetória identificada em estudos empíricos realizados em contextos variados (Candel e Biesbroek, 2016).

Por fim, o terceiro aspecto a ser enfatizado diz respeito à compartimentalização da ação pública. A maneira de definir os setores ou enquadrar os problemas em diferentes políticas setoriais é dependente de um trabalho de agenda que envolve a mobilização de comunidades políticas e epistêmicas (Cairney, 2021), da mesma forma que a construção de fronteiras entre os setores. A fronteira se estabelece com relação aos problemas reconhecidos como próprios daquela intervenção setorial e se desenha em um setor com relação a outros setores da ação pública. Nos dois casos, a delimitação de fronteira é tensionada por forças internas e externas ao setor e é cercada de incertezas, competição e conflitos. É nesse sentido que Halpern e Jacquot destacam a relevância da análise das fronteiras setoriais, cujo movimento permite

apreender a evolução no tempo dos contornos de uma política: mudanças dos atores que integram o setor e são reconhecidos como legítimos, mudanças dos arranjos institucionais constitutivos da política, mudanças dos discursos e representações dominantes, efeitos de eventuais choques exógenos (Halpern e Jacquot, 2015, p. 9-10, tradução nossa).

A análise das fronteiras possibilita ainda identificar as lacunas e as sobreposições e favorece a reflexão sobre as ações de concertação, coordenação e integração entre os setores de políticas, tendo em vista o tratamento de temas transversais. A construção da setorialização e a permanente delimitação de suas fronteiras propicia, por um lado, uma avaliação mais clara da variedade de planos e modelos interpretativos entre atores de uma mesma política e entre políticas públicas próximas. Permite, por outro lado, a identificação de configurações de instituições complementares no sentido dado por Pierson (2000), qual seja, configurações nas quais o desempenho de uma instituição é afetado pela existência das demais. A identificação de influência recíproca em contexto de interdependência e complementariedade pode ser observada quando:

i) da interação sobre um público que partilha situações sociais similares; ou ii) do efeito da insuficiência ou ausência de intervenção de uma política setorial sobre as demandas e/ou sobre a efetividade das proteções garantidas por outras políticas setoriais.

Esse rápido resgate à categoria analítica de políticas setoriais permite retornar ao debate sobre a seguridade social a partir de uma perspectiva macrossetorial. Sem desconsiderar, mas ao contrário, tendo como referência a organização setorial da política pública em geral e da seguridade social em particular, a perspectiva macrossetorial não se contrapõe às abordagens setoriais, ao contrário, favorece o esclarecimento do modo de regulação econômica e social a cargo das políticas específicas, mas considerando sua articulação política e normativa. De uma visão macrossetorial, pode-se aprofundar a análise a partir das questões colocadas pelas agendas setoriais, incluindo as construções e o remodelamento de suas fronteiras, abordando interfaces, interdependências e complementariedades. A perspectiva macrossetorial tampouco desconsidera a temática da intersetorialidade. Mas pode contribuir, seja possibilitando maior clareza nas dificuldades que se apresentam a articulação horizontal, seja destacando o contexto de influências recíprocas e suas consequências. Desta forma, a abordagem macrossetorial permite avançar analiticamente ao reconhecer que a seguridade social organiza um campo de políticas setoriais que partilham trajetórias, bem como princípios e valores subjacentes ao seu desenho político e normativo. O conceito de paradigma de política formulado por Peter Hall (1993) contribui para esta reflexão. O autor alerta que, além da configuração e da mobilização e operacionalização de instrumentos, as políticas públicas respondem a objetivos políticos gerais, associados à identificação da natureza dos problemas que devem resolver e das estratégias a serem mobilizadas para enfrentá-los. No caso da seguridade social brasileira, como será tratado a seguir, um sistema relativamente coerente de preocupações e valores vem historicamente organizando o campo da seguridade social, com efeitos nas políticas setoriais a ele vinculadas.

### **3 DA PREVIDÊNCIA SOCIAL À SEGURIDADE SOCIAL**

A seguridade social no Brasil é produto de um dinâmico processo de construção e reconstrução de agendas setoriais, incluindo definições de fronteiras e enquadramento da responsabilidade pública sobre determinados problemas sociais. Nesse processo, alteraram-se fronteiras e reorganizaram-se políticas setoriais com novas compartimentalizações da ação pública.

A organização da proteção social brasileira teve como base as instituições de seguro social. A inauguração das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) a partir da promulgação da Lei Eloy Chaves, de 1923, representa o início da atividade estatal no âmbito da proteção a riscos sociais, bem como em relação à assistência médica (Escorel e Teixeira, 2012).<sup>8</sup> A legislação de 1923 estabeleceu o seguro social obrigatório para garantir benefícios de aposentadoria e de pensão por morte para alguns segmentos profissionais, estando os benefícios de assistência médica previstos na legislação. Propostas visando à generalização das Caixas de Pensões e a criação de Caixas de Seguro contra a Doença vieram à luz ainda na década de 1920, sem que a tramitação legislativa desses projetos de lei fosse concluída. Mas foi a década de 1930 que assistiu à efetiva consolidação da previdência social. A criação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) teve início em 1933 e se estendeu até 1938, quando abrangeu praticamente todos os assalariados urbanos (Malloy, 1976), ficando excluídos os trabalhadores rurais e os urbanos sem vínculo formalizado de trabalho. Organizado sob gestão pública e base corporativa e contando com financiamento de empregados e empregadores, sendo a contribuição pública residual (Santos, 1987), os IAPs expandiram sua cobertura por categorias profissionais, e a filiação avançou rapidamente. Entre 1935 e 1944, o número de contribuintes para os IAPs mais que quintuplicou, passando de 400 mil para 2,2 milhões de segurados ativos (Lanzara, 2018). O número de contribuintes do sistema previdenciário era de 7 milhões em 1967, passando para 24 milhões no início dos anos 1980 (Escorel, 2012).

Os benefícios básicos de aposentadoria por invalidez e pensões eram garantidos em todos os IAPs, e a aposentadoria por idade, pela maioria deles.<sup>9</sup> A assistência médica, a princípio restrita, foi progressivamente sendo ampliada. A Constituição de 1946 incentivou tal oferta ao incluir a assistência hospitalar e médica à legislação do trabalho e da

---

8. Organizadas por empresa e geridas por um colegiado paritário composto por representantes dos empregadores e trabalhadores, as CAPs eram financiadas por contribuições dos empregados e empregadores e também por recursos públicos. "A parte relativa ao Estado era proveniente de carga tributária adicional sobre os serviços prestados por aqueles cobertos pela Caixa (isto é, no caso dos transportes ferroviários, tributo adicional sobre o tráfego ferroviário, sobre o tráfego marítimo, no caso dos portuários etc.)" (Santos, 1987, p. 25).

9. Cada IAP foi instituído por uma regulamentação distinta que evoluiu ao longo do tempo, consolidando expressivas diferenças em benefícios e contribuições. Sobre a criação e o desenvolvimento das CAPs e dos IAPs, seus benefícios, gestão e financiamento, consultar Malloy, 1986; Santos, 1987; Oliveira e Teixeira, 1995; e Kerstenetzky, 2012.

previdência social. Os gastos nessa área cresceram progressivamente,<sup>10</sup> e surgiram os grandes hospitais públicos no país, que passam de cinco, em 1948, para nove, em 1950, e 28, em 1966 (Oliveira e Teixeira, 1986). O Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), criado em 1944, tinha o objetivo de estender a prestação da assistência médica na previdência social. Ele reunia recursos de todos os IAPs para a prestação de serviços domiciliares de urgência ao conjunto dos assegurados.

A separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária foi constitutiva da história da política de saúde no Brasil, e se consolida a partir de 1930 com a criação dos IAPs, de um lado, e do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), de outro. Como lembram Hochman e Fonseca (1999), as ofertas de atendimento médico-hospitalar mantidas no âmbito das políticas de previdência se desenvolveram de forma paralela, sem vínculos políticos ou institucionais com as instituições responsáveis pela política de saúde pública.<sup>11</sup> Tal dicotomia só seria superada em 1989, com a constituição do SUS e a integração dos serviços de assistência médica da previdência social ao Ministério da Saúde.

Desde sua origem, a previdência social no Brasil alargou a esfera de proteção para além dos benefícios monetários, acolhendo maiores responsabilidades em serviços de saúde, mas também em outras áreas, com destaque para alimentação e habitação. O tema da alimentação esteve presente desde o início da década de 1930, integrando o debate sobre as condições de vida dos trabalhadores e suas famílias. Em 1939, o Iapi instituiu um serviço de alimentação que foi substituído pelo Serviço de Alimentação da Previdência Social (Saps), criado em 1940. O Saps visava à melhoria da alimentação dos segurados de todos os institutos previdenciários e desenvolveu um amplo leque de ações, com destaque para a instalação de restaurantes populares em centros urbanos e de postos de comercialização de gêneros de primeira necessidade a preço de custo (Vasconcelos, 2005). Também com atuação para além do conceito clássico do risco social, a habitação foi desde cedo incorporada como campo de competência das instituições de seguro social. A partir de 1937, com a criação das carteiras prediais

10. Segundo Escorel e Teixeira (2012, p. 307), os gastos com assistência médico-hospitalar passaram de 2,3% dos recursos arrecadados em 1945 para cerca de 10% em 1952. A assistência médica oferecida nas décadas de 1940 e 1950 era advinda sobretudo de serviços próprios de cada instituto, com exceção do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (Iapi).

11. Hochman e Fonseca (1999) destacam que a política de saúde pública manteve uma importância reduzida mesmo após a criação de um ministério específico da saúde, em 1953. A saúde pública guardou seu compromisso com a agenda sanitária e empenhou-se em expandir a presença no território nacional, bem como em aumentar a atuação reguladora do nível federal de governo. Reafirmava o foco nas endemias e no combate a doenças infectocontagiosas, evitando a atuação em atendimento médico e contribuindo para manter a dicotomia que caracterizou durante décadas a política de saúde no país.

dos IAPs, consolidou-se a intervenção dos IAPs no âmbito da moradia popular. Todas as instituições de seguro social passaram a aplicar reservas em carteiras de empréstimos para habitação, algumas atuando diretamente na construção de casas para seus segurados (Bonduki, 1994).

A Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), aprovada em 1960, uniformizou os direitos dos segurados de todos os institutos e acolheu como benefícios previdenciários os serviços de assistência médica, assistência alimentar e habitacional, além da reeducação e readaptação profissional. Avançou, assim, o movimento de ampliação da intervenção da previdência social para além do seguro social. Os institutos de previdência social, ao mesmo tempo em que se consolidavam como operadores da política de seguro social, com o objetivo de proteger os trabalhadores assalariados dos riscos relativos à perda da capacidade laboral, ampliavam sua atuação operando em um campo mais amplo de bem-estar. Mas a proteção social permanecia limitada ao conjunto de trabalhadores com vínculos formais de emprego, detentores da então Carteira Profissional.<sup>12</sup> Nesse contexto, o debate sobre a inclusão das categorias sociais desprotegidas não tardou a ganhar corpo.

A ideia da seguridade social foi desde cedo acolhida por formuladores de políticas sociais no Brasil. Ainda em 1931, o chamado Plano Coutinho propôs a unificação das CAPs em uma caixa nacional única de cobertura nacional (Hochman e Fonseca, 1999). Mas foi sob a influência do relatório Beveridge<sup>13</sup> que uma proposta de universalidade foi elaborada, ganhando corpo em 1945, quando foi assinado o decreto de criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB). Pretendendo reunir todos os IAPs em um único instituto, o ISSB ainda inovava ao incluir como segurados obrigatórios todos os trabalhadores em exercício de atividade remunerada, abarcando empregados rurais e domésticos. Segundo aquele texto legal, o ISSB seria responsável pela previdência e pela assistência médica, de forma a garantir a todos os brasileiros “os meios indispensáveis de manutenção quando não se acharem em condições de angariá-los por motivo de idade avançada, invalidez temporária ou permanente ou morte daqueles de quem dependiam economicamente”,<sup>14</sup> além de garantir assistência médico-hospitalar, favorecer a melhoria das condições de alimentação, vestuário e

12. A Carteira Profissional foi renomeada em 1969 como Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

13. Sobre a influência do relatório Beveridge no debate internacional sobre seguridade social, ver Jaccoud, 2023.

14. Decreto-Lei nº 7.526, de 7 de maio de 1945, artigo 2º.



habitação e disponibilizar serviços de assistência à família e à infância.<sup>15</sup> Como observa Santos (1979), o projeto do ISSB acolhe um outro conceito de cidadania, que ultrapassava os limites do seguro social, se voltando a um projeto de bem-estar social.

Com a queda de Vargas, em 1945, tal reforma foi abandonada,<sup>16</sup> mantendo-se a proteção social no campo estrito dos institutos previdenciários. Avançou-se na privatização de certos serviços sociais, com a criação de institutos ligados aos grandes setores econômicos: o Serviço Social da Indústria e o Serviço Social do Comércio. Mas o debate sobre a extensão da cobertura previdenciária e médico-hospitalar continuou ativo e, em 1954, novamente sob governo de Vargas, ganhou expressão legal. Apesar de menos ambiciosa,<sup>17</sup> a segunda reforma foi igualmente abandonada, sendo o tema retomado somente na década de 1980.

As propostas de reformas previdenciárias se sucederam nas décadas de 1950 e 1960, visando à unificação dos IAPs e à racionalização da gestão previdenciária. Os planos de benefícios, de custeio e de administração dos IAPs foram finalmente uniformizados, com a promulgação da Lops de 1960, repercutindo na expansão de benefícios e serviços a muitos segurados. A reforma mais significativa ao longo dessas quatro décadas será adotada em 1966, com a unificação dos IAPs, realizada por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O início da década de 1970 assistiu a um esforço de inclusão dos trabalhadores informais urbanos, domésticos ou rurais, mas com baixa efetividade (Kerstenetzky, 2012) A previdência social continuou responsável pela única oferta pública no campo da assistência médico-hospitalar,<sup>18</sup> mas, revertendo a tendência anterior, o INPS priorizou a contratação de serviços.<sup>19</sup> O atendimento dos segmentos da população não coberta pelo INPS continuou sendo realizado majoritariamente pelos serviços filantrópicos ou consultórios e clínicas privadas. A trajetória da previdência social reuniu, até 1988, a oferta da proteção social tanto aos riscos sociais relativos à renda como à saúde.

15. Decreto-Lei nº 7.526, de 7, de maio de 1945.

16. Sobre o debate em torno do ISSB e das resistências ao projeto, consultar Jaccoud (2002).

17. Trabalhadores autônomos, domésticos e rurais seriam incluídos, a princípio, por inscrição voluntária, com previsão progressiva da obrigatoriedade a ser regulamentada. Mantinha-se a diversidade institucional na previdência social, mas previa-se a uniformização dos serviços médicos, a serem prestados na forma integrada (Jaccoud, 2002).

18. Durante as décadas de 1970 e 1980, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, mas com sucesso bastante limitado. Disponível em Escorel (2012).

19. O estímulo à iniciativa privada, acolhida inclusive nos textos constitucionais de 1967 e 1969, se refletiu, por exemplo, no aumento do número de leitos privados, que passaram de 14,4% em 1960 para 44% em 1971 (Escorel, 2012, p. 328).

Ao contrário de outros países, a assistência social não foi mobilizada nesse período inicial da ação pública sobre social.<sup>20</sup> O papel marginal cumprido pela assistência social pode ser explicado pelo fato de que, nas décadas de 1920 e 1930, a experiência internacional na implementação de políticas de seguro social já oferecia exemplos promissores para uma resposta efetiva às demandas de equidade que se apresentavam no contexto nascente da industrialização nacional. Mas outros fatores devem ser ressaltados. Para além da preocupação de integrar social e politicamente a força de trabalho assalariada, a miséria urbana e rural encontrava dificuldades de ser interpretada como um problema social. Como demonstra Theodoro (2022), em um quadro de forte influência das teorias eugenistas, a pobreza é tratada como um problema racial, moral e de segurança pública. O autor descreve como, por mecanismos diversos, o mercado de trabalho se fechava à população negra, ao mesmo tempo em que a cidadania social relegava à marginalização todos os que não se integravam na ordem do trabalho regulado e estatalmente protegido. A importante presença de descendentes de africanos escravizados entre a população livre brasileira foi objeto de mecanismos discriminatórios que naturalizaram as desigualdades raciais, reafirmadas em um novo contexto ideológico, político e jurídico.

Nesse período, o campo da assistência social se desenvolvia de forma relativamente autônoma, estimulada pelas ações filantrópicas, pela Igreja e pelas organizações do empresariado nacional. Oferecendo financiamento público direto e indireto (na forma de isenções de impostos e contribuições sociais) para as obras privadas, o Estado participava de maneira subsidiária da ação assistencial sem reconhecer qualquer direito social relacionado a benefícios monetários ou serviços de base não contributiva.

No âmbito estatal, os IAPs mobilizaram ações de cunho assistencial para os segurados previdenciários, ao mesmo tempo em que a Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942, priorizava, segundo o regulamento aprovado em 1946, a proteção da maternidade e da infância.<sup>21</sup> Mas se o vínculo da previdência social com a assistência social foi limitado, ele foi crescente ao longo do tempo. Em termos financeiros, isenções de contribuições previdenciárias a entidades beneficentes já vinham sendo concedidas pelo Ministério do Trabalho desde 1939. Com a aprovação da Lei nº 3.577, em 1959, tal medida se tornou geral, implicando uma significativa transferência de recursos do

20. Sobre a presença da assistência social nas organizações da seguridade social francesa e inglesa, consultar Jaccoud (2023).

21. A única entidade pública de atuação nacional no período foi a LBA, mas não deu corpo à afirmação de uma política pública de assistência social no país, apesar de ter contribuído para a organização e expansão dos serviços sociais.

sistema previdenciário para a assistência social e criando um importante estímulo para as entidades privadas, não somente no campo da assistência social, mas também da educação e da saúde. Em termos organizacionais, o final da década de 1960 assistiu a um esforço de reforma administrativa da LBA e, em 1974, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) aglutinou, pela primeira vez, as áreas de saúde, previdência e assistência social sob o mesmo comando, sob gestão do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas).<sup>22</sup> O Sinpas procurava articular as políticas que compõem hoje a seguridade social brasileira, apesar de fazê-lo sob diferente ambição política. Celso Barroso Leite, então secretário da previdência social do MPAS, justificou a criação do Sinpas, lembrando que a previdência social não mais poderia ser considerada sinônimo de proteção social no Brasil. Fazendo referência à expansão da cobertura, distinguia a previdência social, limitada ao seguro social, da assistência social, associada aos programas que independiam a contribuição dos beneficiários. Sobre os serviços de saúde, o secretário destacava que “a assistência médica constitui uma prestação previdenciária, embora com algumas características assistenciais, porque os segurados têm direito aos mesmos serviços médicos, independentemente do maior ou menor valor das suas contribuições” (Leite, 1978, p. 103-104).

As atuais políticas setoriais no campo da seguridade social evoluíram, assim, a partir de fronteiras difusas, que foram se definindo progressivamente, ao mesmo tempo em que iam se afirmando as especificidades setoriais nos campos da previdência social, da saúde e da assistência social. A CF/1988 intervém nessa trajetória, acentuando tal processo de setorialização e, ao mesmo tempo, afirmando o horizonte da integração como contraponto aos desafios da compartimentalização.

#### **4 A CF/1988 E A INSTITUIÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL**

O processo de redemocratização que ganha corpo durante a década de 1980 foi acompanhado por uma ampliação da mobilização social e pelo adensamento do debate sobre as desigualdades sociais, com largas repercussões nos trabalhos do Congresso Constituinte. O tema da universalização da proteção social faz retorno e dá os contornos de um novo desenho institucional, que acolheu a seguridade social em seu tripé:

22. Em 1969, a LBA já havia sido vinculada ao Ministério do Trabalho e da Previdência. O processo ganhou densidade com a criação do MPAS, reforçado com o estabelecimento, em 1977, do Sinpas, que reuniu o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a LBA e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem).

previdência social, saúde e assistência social.<sup>23</sup> A seguridade social emerge como um conceito capaz de ultrapassar os limites do seguro social e de expressar um conjunto adensado de direitos sociais. Além de garantir o enfrentamento dos riscos sociais, afirmou o direito à renda a públicos não segurados, declarou o compromisso universalista com a saúde e instituiu o direito à proteção em situações de vulnerabilidade social ligadas à pobreza e ao ciclo de vida.

A perspectiva de uma seguridade social que institua direitos a todos os cidadãos respondendo por políticas contributivas e não contributivas de renda e de serviços sociais foi afirmada no texto constitucional de 1988. Entre as mudanças incorporadas pela Constituição no campo da seguridade social, cinco devem ser destacadas por expressarem simultaneamente uma ampliação dos direitos sociais no país e por afirmarem o seu compromisso redistributivo. São elas: i) a criação do sistema público de ações e serviços de saúde de acesso universal; ii) o alargamento da proteção garantida pelo seguro social com a inclusão dos trabalhadores rurais em regime especial de contribuição; iii) a ruptura com a tradição exclusivamente securitária da proteção social, com a instituição de um benefício não contributivo a idosos e pessoas com deficiência em situação de pobreza; iv) a vinculação ao salário mínimo (SM) do valor referente ao piso dos benefícios previdenciários e assistenciais; e v) a determinação da diversidade de fontes de financiamento da seguridade social.

Na saúde, a criação do SUS representou uma efetiva ruptura com o arcabouço protetivo corporativo até então em vigor, voltado aos trabalhadores com vínculos formais de trabalho. O sistema de ofertas de assistência médico-hospitalar excludente, predominantemente de base previdenciária e disponibilizado pelo setor privado, foi substituído por um modelo de acesso universal e igualitário. No Brasil, a saúde passou a ser reconhecida como direito, que deve ser assegurado pelo Estado a todos os cidadãos. A CF assegurou a criação de uma nova institucionalidade no campo da

---

23. Visões diferentes disputaram a agenda. Escorel (2012) lembra que, no campo da saúde, havia os que advogavam por uma “unificação pela previdência” e os que defendiam o Ministério da Saúde como responsável por um sistema único. Como demonstra Margarites (2019), vários atores demandavam uma clara separação entre as políticas da previdência e da assistência, bem como da previdência e da saúde. Entre os defensores de uma política de saúde universalizada, havia a forte preocupação com o financiamento, entendendo-se que esta política deveria ser custeada pelos recursos fiscais, e não mais pelos recursos da previdência social. Tal preocupação se expressava na defesa de um sistema de saúde independente de um sistema de seguridade, que incluiria apenas as áreas de previdência e assistência social. Essa proposta vigorou durante parte dos trabalhos constituintes, como revela o relatório produzido pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, no qual os artigos que versavam sobre a política de saúde estavam reunidos em seção separada da seguridade social. A respeito, consultar Delgado *et al.* (2009).

saúde, ancorada nos princípios da universalidade, da igualdade e da integralidade da atenção e com os objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre as décadas de 1990 e 2010, o SUS se expandiu, atendendo de forma exclusiva cerca de 75% da população brasileira, e ampliou o acesso aos serviços, com destaque para a vacinação e a vigilância epidemiológica, a atenção primária, os serviços voltados a doenças crônicas e os medicamentos básicos.

No campo da previdência social, o movimento em favor da universalização e redistributividade permitiu a inclusão diferenciada do trabalhador rural em regime de produção familiar. Tal inclusão foi viabilizada pela criação do segurado especial da previdência rural,<sup>24</sup> promovendo a universalização da cobertura previdenciária para essa clientela, bem como expressivo aumento no valor dos benefícios por ela acessados. Os impactos sociais e redistributivos foram importantes.<sup>25</sup> Em 2020, 9,5 milhões de benefícios previdenciários pagos pelo RGPS eram destinados à clientela rural, representando quase um terço do total de benefícios daquele regime. Ao mesmo tempo, o compromisso com a universalização e a redistribuição abriu caminho para programas de inclusão previdenciária voltados ao trabalhador urbano autônomo de baixa renda.<sup>26</sup>

No campo da renda, a criação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi igualmente inovadora. O BPC é o primeiro benefício não contributivo da seguridade social brasileira e reconheceu um direito aos inativos pobres, idosos e pessoas com deficiência, que até então estavam majoritariamente excluídos de qualquer mecanismo público de garantia de renda. Esse alargamento da proteção em direção aos inativos foi efetivado por uma pensão assistencial no valor de um SM e sustentado exclusivamente sobre o princípio da solidariedade. O único mínimo social garantido constitucionalmente no país é dirigido a um público em condição de dupla vulnerabilidade: miséria e incapacidade para o trabalho. Em 2020, ele acolhia 4,8 milhões de beneficiários. Um indicador da relevância dessas inovações é o que se refere à cobertura de pensões a idosos. A cobertura da seguridade social (previdência social urbana e rural e BPC) alcançava 87,4% dos idosos de mais de 65 anos em 2020 e é responsável direta pelo baixo patamar de idosos em situação de indigência e pobreza.

24. O segurado especial é contribuinte obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), mas sua contribuição está sujeita à uma alíquota de 2,3% incidente sobre o total da produção comercializada. Caso não exista mercantilização dos produtos em decorrência de economia de subsistência, a filiação previdenciária é mantida sob comprovação do exercício do trabalho.

25. A esse respeito, consultar Valadares e Galiza (2016).

26. A esse respeito, consultar Guimarães, Costanzi e Ansiliero (2013).

O fortalecimento do RGPS demandava a manutenção de um arcabouço de direitos trabalhistas que a Constituição igualmente garantiu, tanto no que se refere às condições de exercício do trabalho como às proteções ao trabalhador. E, de fato, o regime de direitos trabalhistas continuou atuante e foi fortalecido durante a década de 2010, com medidas como a reorganização do sistema de inspeção e a vigilância do Ministério do Trabalho, além de exigências da regularização fiscal e previdenciária para que empresas tivessem acesso a licitações públicas e a linhas de crédito estatais.<sup>27</sup> Assim, sob impulso do crescimento econômico, mas também devido à influência da regulamentação e de instituições de proteção e fiscalização do trabalho, a informalidade foi reduzida na primeira década do século XXI,<sup>28</sup> contribuindo para o fortalecimento da cobertura previdenciária.

A melhora nos indicadores de cobertura da seguridade social no período esteve também associada à ampliação do nível de atividade econômica, do crescimento da renda do trabalho e do crescimento nas taxas de formalização observados durante a década de 2000. Contudo, a dinâmica econômica não explica, por si só, a trajetória positiva de inclusão previdenciária. Esta também depende do arranjo institucional da proteção social, de suas regras de inclusão e de reposição de renda, além de sua relação com as formas de trabalho e regulação de direitos a elas vinculados.

Entre as inovações acolhidas pela CF, também merece destaque a vinculação do piso mínimo dos benefícios previdenciários e assistenciais ao SM nacional. A vinculação do piso básico do RGPS urbano e rural, bem como do BPC, ao SM teve impactos importantes, ampliando a capacidade redistributiva do sistema e o progressivo crescimento da participação da seguridade social na renda média das famílias. O impacto redistributivo dessa medida se fortaleceu a partir de 2005, quando foi instituída a política de valorização do SM, fruto de uma negociação do movimento sindical com o governo federal. O expressivo crescimento do SM impactou o RGPS e o BPC e permitiu que esses

27. Em 2017, foram aprovadas as leis nºs 13.429 e 13.467, favorecendo a flexibilização dos contratos de trabalho, a redução de direitos trabalhistas e a contenção da atuação sindical. A repercussão dessa legislação sobre o RGPS tende a ser negativa.

28. A presença de contratos temporários se manteve irrisória: em 2008, representavam apenas 1,4% dos empregados do setor privado (Baltar *et al.*, 2010). O grau de informalidade apresentou tendência de redução a partir de 2002, quando saiu de 51,6 %, alcançando 39,3% em 2012 (Campos, 2015). Contudo, essa tendência se reverteu após 2017, como analisado nos estudos de Krein e Colombi (2019) e Oliveira e Silva (2023).

programas fossem responsáveis por parte substancial da redução da desigualdade de renda observada no período de 2005 a 2014.<sup>29</sup>

Entre as garantias em favor da inclusão e da redistributividade no campo da seguridade social, a CF instituiu a solidariedade fiscal às despesas previdenciárias. O princípio de diversidade da base de financiamento visava a assegurar novas fontes ao OSS. Contando com fontes complementares – a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) –, a seguridade se manteve largamente superavitária ao longo das décadas de 1990 a 2010. A aprovação de emendas constitucionais instituindo a vinculação de recursos tributários e percentual mínimo de gastos obrigatórios de estados e municípios para despesas com ações e serviços públicos de saúde teve como resultado um expressivo aumento nos gastos públicos daquelas esferas de governo, recursos que se adicionaram ao gasto federal que também foi crescente (Barros e Piola, 2016).

Por fim, medidas adicionais foram adotadas ao longo das décadas de 1990 e 2000, visando a fortalecer a cobertura aos riscos sociais, incluindo a pobreza. Avançando para além do assalariamento formal, a previdência social adotou incentivos variados para contornar as limitações da capacidade contributiva das categorias de trabalhadores de menor renda. Em 2003, a categoria pobreza emergiu, no âmbito da política social, com a criação do Programa Bolsa Família (PBF). O novo programa representou uma inovação significativa ao não fazer referência à condição de atividade ou inatividade das famílias. Aprofundou-se, assim, o pilar assistencial da proteção social brasileira, implicando no reconhecimento de novas situações de risco identificadas à pobreza e de extrema pobreza e sendo independente da comprovação de incapacidade para o trabalho.<sup>30</sup> Em uma década, a transferência condicionada a famílias em situação de pobreza alcançou de forma quase permanente cerca de 14 milhões de famílias.<sup>31</sup> A expansão simultânea dos dispositivos previdenciário e assistencial<sup>32</sup> resultou em uma

29. O SM teve um aumento de 70% entre 2004 e 2014, enquanto o coeficiente de Gini sofreu uma queda de sete pontos percentuais (de 59% para 52%) entre 2002 e 2014. Nesse contexto, os benefícios da seguridade social foram responsáveis por cerca de 47% da redução da desigualdade. Consultar Kerstenetzky (2017).

30. Esse aspecto foi tratado em Jaccoud (2019).

31. Sobre a evolução da quantidade de famílias beneficiárias do PBF entre 2004 e 2020, consultar o capítulo sobre assistência social do *Boletim Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 28, 2021.

32. Consultar, a respeito, Jaccoud (2019).

experiência inédita de expansão da proteção social brasileira, com ampliação da seguridade social na presença na renda média das famílias.<sup>33</sup>

A criação do BPC e do PBF foi, assim, realizada de maneira integrada à proteção contributiva. Os programas não contributivos se desenvolveram em um contexto alargado de proteção social e responderam à sua direção redistributiva. É nesse contexto de combinação de lógicas distintas em um mesmo arranjo institucional que podemos falar de um sistema de seguridade social.

## **5 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL – INTERFACES E DESIGUALDADES**

Além dos aspectos analíticos, históricos e institucionais, cabe olhar com mais atenção para a dinâmica de interdependência que marca a relação entre as políticas acolhidas sob o conceito de seguridade social. Importa considerar as diferentes características da proteção setorial, mas igualmente reconhecer sua incidência sobre públicos que partilham certas vulnerabilidades sociais, seja de carência de renda – no contexto de inserção estável ou precária no mundo do trabalho, seja de demandas em cuidado de saúde e de fragilidades nos suportes relacionais primários. É possível avançar na análise sobre interdependência examinando o modo como as desigualdades presentes em cada um dos campos setoriais da seguridade social pode afetar as desigualdades nos demais campos. A política de saúde e sua relação com as políticas de garantia de renda são, nesse sentido, esclarecedoras. Tomando como base achados da literatura especializada, esta seção pretende discorrer sobre vulnerabilidades sociais que mobilizam essas duas políticas, resgatando interfaces que demandam uma análise ampliada.

### **5.1 Desigualdade de acesso aos serviços de saúde**

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde é um elemento central na produção e reprodução de iniquidades em condições de saúde, com impactos sobre a prevalência de doenças e sobre a expectativa de vida. Tais desigualdades podem derivar de diferentes fatores. Um deles se refere à ausência dos serviços requeridos em determinados territórios, dificultando ou mesmo impossibilitando o atendimento e o acesso aos cuidados necessários. Mas a existência dos serviços de saúde em um dado território não

33. Os benefícios previdenciários e assistenciais representavam 9,5% da renda média das famílias em 1989, valor que alcançou o patamar de 15,6% em 1998 e de 19,3% em 2008, com participação maior para as famílias de menor renda. A esse respeito, consultar Castro (2013).



necessariamente impede a desigual probabilidade de acesso. Deve-se considerar a natureza distinta das redes ofertantes. Como revela o estudo realizado por Mullachery, Silver e Macinko (2016), em 2013, o grupo populacional coberto por planos e seguros de saúde tinha uma probabilidade 34% maior de realizar consulta médica no Brasil. A diferença também se mostrou significativa no que se refere a probabilidades de internação, independentemente da renda do usuário.<sup>34</sup>

As diferenças de acesso aos serviços de saúde podem derivar de desigualdades nas condições de entrada e/ou de fluxo na continuidade de atenção no interior do sistema de saúde, bem como da diferenciação no acolhimento de determinados públicos. É o caso da população afro-brasileira. Para avaliar o impacto das mudanças na PNAB sobre as iniquidades raciais na saúde entre 2008 e 2019, Constante, Marinho e Bastos (2021) demonstram que, em que pese a maior cobertura pela ESF, a população negra declara maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde em relação aos brancos, em todas as regiões brasileiras e em todo o período. Estudos revelam que as desigualdades raciais são expressivas e extrapolaram os indicadores socioeconômicos. Diferenças são persistentes entre mulheres negras e brancas quanto ao acesso ao pré-natal, sendo que as mulheres negras também apresentam maiores taxas de mortalidade materna durante a gestação, parto e puerpério, além de contarem com menos acesso à anestesia (Coelho *et al.*, 2022; Carvalho e Meirinho, 2020; Leal *et al.*, 2017). Uma pesquisa de avaliação do atendimento ao parto realizado nos serviços de saúde constatou que as situações de violência verbal, física ou psicológica foram mais frequentes para as mulheres pardas ou pretas. Os autores informam que “a cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência” (D’Orsi *et al.*, 2014, p. 161).

A desigualdade na distribuição da renda é também relevante para as desigualdades de acesso e utilização de serviços e bens de saúde no Brasil. Analisando os diferenciais de utilização de serviços de saúde por classe de renda para 2008, Politi (2014)

34. “As probabilidades de internação indicaram que, entre aqueles com plano privado, pobres e não pobres foram hospitalizados com probabilidades semelhantes (8,1% vs. 7,5%), enquanto, entre os usuários da ESF (Estratégia Saúde da Família) e da UBS (Unidade Básica de Saúde), a diferença entre pobres e não pobres era relativamente maior (por exemplo, 7,1% vs. 5,1% para ESF).” (Mullachery *et al.*, 2016, p. 7, tradução nossa).

seleciona nove indicadores,<sup>35</sup> dos quais sete apresentam uma significativa desigualdade em favor dos mais ricos, influenciada sobretudo pela posse de seguro de saúde. O efeito do ESF em reduzir tal desigualdade é relevante, mas, segundo o autor, “ainda é modesto se comparado com o efeito concentrador de cobertura suplementar” (Politi, 2014, p. 119). Coube *et al.* (2023), utilizando metodologia distinta e comparando os diferenciais de utilização em cinco serviços de saúde<sup>36</sup> por faixa de renda ao longo de vinte anos (1998-2019), chegam a resultados similares, mas observam a queda de tal desigualdade ao longo do período. Considerando tanto as desigualdades de renda como de acesso a um plano de saúde privado, Szwarcwald *et al.* (2021) avaliaram dois indicadores de utilização de serviços de saúde por um período mais curto e recente, no qual o programa ESF não observou expansão expressiva. Os autores revelam que, entre 2013 e 2019, houve crescimento na busca de atendimento em saúde e em consulta médica nos últimos doze meses em todas as faixas de renda. Contudo, as disparidades continuaram acentuadas, tendo crescido para o indicador de busca de atendimento. Quanto às consultas médicas, tiveram maior crescimento entre os usuários do SUS do que entre os que têm plano de saúde. Os autores concluem que os diferenciais entre as pessoas que têm e que não têm plano de saúde são expressivos para os dois indicadores, mas são menores do que os diferenciais relativos aos grupos de menor e maior renda.

A literatura tem destacado as desiguais ofertas entre a rede pública e a rede privada. Atendendo cerca de 23% da população brasileira, os planos e seguros privados mobilizam um percentual muito superior de oferta de serviços – hospitais, médicos, laboratórios e unidades de diagnóstico e de terapia. Isso se reflete em uma despesa *per capita* cerca de três vezes maior na rede privada com relação àquela mobilizada pela rede pública.<sup>37</sup> A disparidade em capacidade de oferta de serviços pode ser resumida na informação sobre a despesa total com bens e serviços de saúde, que correspondeu,

35. “São selecionados nove indicadores de uso: se o paciente fez consulta médica nas duas últimas semanas da pesquisa, ou se fez consulta nos últimos doze meses, se fez cirurgia nos últimos doze meses, se utilizou hospital ou pronto-socorro nas duas últimas semanas e se fez uso de medicamento prescrito nos últimos doze meses, se fez tratamento clínico nos últimos doze meses, e por fim, em relação à saúde da mulher, se fez exame de mamografia, colo de útero ou parto, todos esses serviços nos últimos doze meses.” (Politi, 2014, p. 119).

36. As variáveis selecionadas foram: i) visita a médico durante o último ano; ii) hospitalizações durante o último ano (exceto parto); iii) procedimentos cirúrgicos durante o último ano; iv) realização de Papanicolau durante os últimos três anos; e v) realização de mamografia durante últimos dois anos. (Coube *et al.*, 2023, p. 6)

37. Os gastos anuais *per capita* em 2019 foram de R\$ 1.320,00 do SUS, de R\$ 4.485,00 na rede suplementar de planos e seguros privados de saúde e de R\$ 814,00 de desembolso direto das famílias (Vieira *et al.*, 2023, p. 10).

em 2019, a 9,6% do produto interno bruto (PIB) nacional. Desse total, o gasto público se limitou a 3,8%, sendo o gasto privado responsável por 5,8% do PIB brasileiro (Vieira *et al.*, 2023, p. 10). Os gastos privados com medicamentos são proporcionalmente ainda mais elevados no país: em 2019, 93% desses gastos foram privados, e apenas 7% foram financiados pelo governo.

## 5.2 Desigualdade de condições de saúde e desigualdade de renda

A renda é considerada um forte determinante das condições de saúde da população, não apenas por influenciar no acesso e utilização de serviços e bens de saúde, mas também por produzir impactos diretos nas condições de saúde. De um lado, a renda, associada à educação e às condições de inserção no mercado de trabalho, influencia a emergência de riscos relacionados ao aparecimento de doenças e o seu agravamento. Mas, além de produzirem diferenciais no que diz respeito à desigual exposição a eventos e riscos prejudiciais à saúde, a renda impacta a vulnerabilidade com a ocorrência de doença, bem como nas consequências decorrentes do adoecimento (CNDSS, 2008). De fato, a relação entre a insuficiência de renda e a piora nas condições de saúde da população tem sido um objeto frequente na bibliografia sobre as desigualdades em saúde. Avaliando as vulnerabilidades aos agravos em saúde decorrentes das condições de vida dos extratos socioeconômicos menos favorecidos, observa-se que estes são reforçados pela tendência de renúncia a cuidados especializados, medicamentos ou tratamentos suplementares e pelo pior acesso aos serviços de saúde. Em sentido contrário, os segmentos de maior renda, menos expostos aos riscos de adoecimento, têm acesso diferenciado a serviços privados ou suplementares, à redução de tempo de espera de procedimentos e atendimentos e a recursos para facilitar a reorganização da vida pessoal, profissional e doméstica de modo a favorecer a recuperação da sua saúde.

Um estudo recente (Malta *et al.*, 2021) sobre as desigualdades socioeconômicas na prevalência de doenças crônicas no Brasil contribui para desvelar as desvantagens da população de baixa renda. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem, no Brasil, as causas de morte mais frequentes. Além do risco à vida, as DCNT impactam as condições de vida e agravam a situação de renda e de pobreza. Tendo por base os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, Malta *et al.* (2021) revelam maior incidência de DCNT entre idosos, mulheres, população negra e entre os que não concluíram o ensino fundamental, os que detêm menor renda e não contam com planos de saúde. Esses grupos também são os que declaram maior grau de limitação intenso ou muito intenso nas atividades habituais causado pelas DCNT.

As limitações declaradas entre os menos escolarizados “chegam a ser de duas a quatro vezes maiores ao comparar com aqueles com maior escolaridade” (Malta *et al.*, 2021, p. 6), evidenciando, também para o caso brasileiro, que as limitações impostas pelas morbidades têm impacto desigual em desfavor da população nos extratos de menor renda.

As desigualdades acumuladas pelas populações também podem ser capturadas pelos indicadores de mortalidade, expectativa de vida e expectativa de vida saudável. Ichihara *et al.* (2022) resumiram a literatura sobre a relação entre condições socioeconômicas e mortalidade no Brasil e revisaram 24 trabalhos que mobilizaram indicadores socioeconômicos compostos. Concluíram que a associação inversa entre o *status* socioeconômico e mais altas taxas de mortalidade está bem documentada. A relação é observada considerando as mortes por todas as causas, e também nos grupos específicos de mortalidade fetal e infantil, mortalidade por causas externas, homicídios, assim como mortes associadas a doenças respiratórias e circulatórias, acidente vascular cerebral, doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição, gastroenterite e câncer de orofaringe.<sup>38</sup>

Investigando o efeito da desigualdade de renda sobre a expectativa de vida no Brasil, Rasella, Aquino e Barreto (2013) mobilizaram um banco de dados em painel dos 27 estados brasileiros para o período de 2000 até 2009. O estudo confirma que a expectativa de vida está negativamente relacionada com a desigualdade de renda medida por três indicadores de desigualdade: o Índice de Gini, a razão entre a renda média dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres – razão 10/40 – e a razão entre a renda média dos 20% mais ricos e os 20% mais pobres – razão 20/20. Os autores mostram que a associação negativa se mantém mesmo quando controladas a taxa de analfabetismo, a taxa de urbanização, o abastecimento de água e saneamento básico, a qualidade do domicílio e variáveis relacionadas à assistência à saúde. A renda exerce um efeito relevante sobre a saúde para os 40% mais pobres da população.

Estudos vêm investigando diferenciais de mortalidade em distintas etapas do ciclo de vida. A mortalidade infantil é um tema tradicional na literatura demográfica e epidemiológica brasileira, com ênfase nos determinantes sociais das desigualdades em saúde. Analisando a mortalidade infantil no Brasil do nascimento até os 5 anos de idade, Bugelli *et al.* (2021) identificam fatores cuja influência na redução daquele indicador já vinha sendo destacada na literatura: consultas pré-natal, disponibilidade

---

38. Os autores concluem, entretanto, que taxas de mortalidade mais altas relacionadas a câncer colorretal, leucemia, grupo geral de neoplasias e acidentes de trânsito foram observadas em grupos menos carentes e/ou em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico (Ichihara *et al.*, 2022, p. 1).

## TEXTO para DISCUSSÃO

de médicos e enfermeiros, escolaridade, desemprego e cobertura do PBF. Mas os autores revelam que a renda familiar inferior a 2 SMs aumenta a chance de mortalidade infantil, enquanto a renda acima de 2 SMs atua como fator de proteção para a mortalidade infantil.

A expressiva redução da mortalidade infantil foi observada durante toda a primeira década do século XXI (Rasella *et al.*, 2013; Aquino, Oliveira e Barreto, 2009). Após 2016, observou-se a interrupção daquela tendência, e mesmo sua reversão em algumas regiões (Amaral, 2022). A segunda metade da década de 2010 foi marcada pela piora nas condições nutricionais da população brasileira. O aumento da insegurança alimentar e da fome foi revelado pelos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2018, que identificou 10,3 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar grave. O Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19, pesquisa amostral com representação nacional, realizada em dezembro de 2020, e que permite comparação com a POF de 2018, mostrou que, em 2020, a insegurança alimentar grave havia dobrado, alcançando 9% dos brasileiros, ou seja, cerca de 19 milhões de pessoas. Informa o estudo que:

À medida que aumentam os rendimentos das famílias, aumenta a prevalência de SA (segurança alimentar), enquanto domicílios cujos moradores viviam com apenas  $\frac{1}{4}$  SMPC (salário mínimo *per capita*) apresentaram  $\frac{1}{3}$  da proporção de SA em comparação à média nacional e uma prevalência de IA (insegurança alimentar) grave 2,5 vezes superior à média nacional. Chama a atenção o fato de que, nos domicílios com renda entre  $\frac{1}{2}$  e 1 SMPC, a IA moderada e grave ocorre em proporções inferiores à média nacional, ao passo que essas condições de restrição alimentar já não estão presentes nos domicílios com mais de 1 SMPC de renda domiciliar. (...) Considerando-se o perfil da pessoa referência da família, a IA grave foi seis vezes maior quando esta pessoa estava desempregada, e quatro vezes maior entre aquelas com trabalho informal, quando comparadas com as que contavam com algum tipo de trabalho formal. (RBPSSAN, 2021, p. 39-41)

A literatura internacional tem estudado as relações entre as desigualdades de renda e de mortalidade da população adulta, investigando a correlação com as situações de desemprego e inserção precária no mercado de trabalho, como também entre escolaridade e renda.<sup>39</sup> No Brasil, as análises sobre as desigualdades na expectativa de vida dos brasileiros adultos vêm mobilizando dados de escolaridade e permitem perceber que essas desigualdades se fazem presentes por grupos de renda. Silva, Freire e Pereira (2016) revelam que, quanto maior o nível de escolaridade da pessoa de referência do

39. A esse respeito, consultar Jaccoud (2023).

domicílio, menor é a probabilidade de morte de pessoa adulta. O achado se verifica em todas as regiões. Tendo como base o Censo Demográfico de 2010, concluíram que, em nível nacional, a expectativa média de vida dos homens com idade entre 15 e 60 anos com o ensino superior completo era 6,27 anos maior em relação àqueles com menos do que o ensino fundamental completo. Aos 15 anos, estes teriam 2,5 vezes mais probabilidade de morte antes dos 60 anos do que os mais escolarizados. Entre as mulheres, essa probabilidade seria de quase três vezes. Exercício similar é realizado por Ribeiro, Turra e Pinto (2021), estimando as taxas de mortalidade entre 25 e 59 anos de idade em 2010 para o município de São Paulo, a partir de informação sobre a escolaridade do indivíduo. O estudo conclui que a obtenção de escolaridade superior reduziu em até 77% as taxas de mortalidade naquela faixa etária.

Além da educação, estudos têm utilizado a distribuição espacial a nível intramunicipal para avaliar as desigualdades na expectativa de vida dos brasileiros adultos. Um estudo sobre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010 (Pnud, Ipea e FJP, 2015) revela que a esperança de vida ao nascer em Maceió (Alagoas) apresenta uma diferença de até 14,44 anos entre bairros (de 67,34 a 81,78 anos). Em Campinas (São Paulo), a diferença na esperança de vida entre bairros variou em até 11,92 anos.

Para a capital paulista, um estudo realizado pela Rede Nossa São Paulo (2022) comparando dados dos 96 distritos da cidade conclui que a diferença da idade média ao morrer (soma das idades ao morrer dividida pelo número total de óbitos por todas as idades) em 2021 alcançou 21 anos. Enquanto os moradores dos distritos mais ricos, como Jardim Paulista e Moema, têm uma idade média de óbito de 80 anos, os habitantes dos distritos mais pobres, como Iguatemi, Cidade Tiradentes, São Rafael e Jardim Ângela, não alcançam os 60 anos (59,3 a 59,8). Da mesma forma, a mortalidade materna e a mortalidade infantil são marcadas por extremas desigualdades. Enquanto os 27 bairros mais ricos não apresentaram nenhuma morte por causa materna entre 2019 e 2021, a média municipal foi de 72, alcançando 161,6 em São Rafael e 304,2 no bairro do Brás. A mortalidade infantil (menores de 1 ano) média na cidade em 2021 foi de 9,9, alcançando 13,1 em São Rafael e 26,7 no bairro do Brás.

Mata e Costa (2020), mobilizando dados de 2007 a 2013 para Natal (Rio Grande do Norte), estimaram o impacto das desigualdades sociais nas taxas de mortalidade da cidade, apontando que a diferença média do número de anos vividos entre os bairros de melhor e pior condição de vida chega a 25 anos. Ou seja, entre os bairros do Tirol (74,5 anos de duração média de vida) e do Guarapes (49 anos de duração média de vida),

a disparidade de anos vividos alcança 25 anos, em média.<sup>40</sup> Estimando ainda a mortalidade prematura nos diferentes bairros da cidade, os autores calculam a média de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) aos 70 anos para os três grandes grupos de causas de óbito: doenças infecciosas e parasitárias; DCNT; e causas externas. Nos três casos, as médias de APVP são inversamente proporcionais às condições socioeconômicas dos bairros.

Os estudos que investigam os efeitos das desigualdades socioeconômicas sobre a expectativa de vida entre os idosos e a longevidade saudável têm progredido na literatura internacional, revelando de maneira sistemática e a partir de metodologias variadas as importantes desvantagens para os grupos que integram os extratos socioeconômicos de menor renda, em que pese os indivíduos pobres estarem sub-representados nas medidas padrão de pobreza na velhice (Lefebvre, Pestieau e Ponthiere, 2019). No Brasil, embora menos frequente, esse objeto de pesquisa vem se afirmando, aportando um conjunto relevante de evidências. Analisando a expectativa de vida saudável aos 60 anos com base nos dados da PNS de 2013, Szwarcwald *et al.* (2017) encontraram disparidades regionais e sociais. A diferença da esperança de vida saudável da população idosa chega a ser de 50% entre os estados a federação. Considerando um indicador de nível socioeconômico dos domicílios, o estudo estima uma diferença de três a quatro anos na esperança de vida saudável entre os idosos do primeiro e do último quintil, considerando o critério de autoavaliação de saúde.

Estudos sobre as diferenças de mortalidade e morbidade entre grupos de renda têm não apenas o efeito de iluminar o quadro das desigualdades sociais em condições de saúde, como também de favorecer uma melhor compreensão sobre os efeitos das políticas de garantia de renda sobre as condições de saúde e a longevidade e vida saudável. Da mesma forma, os estudos sobre desigualdade de renda e sua influência na utilização dos serviços de saúde e nas condições de saúde da população aporta elementos de reflexão sobre as interfaces entre as políticas públicas de renda e de saúde e instiga a reflexão sobre os potenciais de interação entre elas. As fronteiras entre os campos da renda e da saúde não se restringem aos impactos da primeira sobre a segunda, mas no sentido inverso, a precarização da saúde repercute na participação em outras esferas da vida social, desde a familiar até a educacional e profissional, incluindo piora nas condições de renda do indivíduo e de sua família. Estudos recentes vêm jogando luz sobre esse processo. Silveira *et al.* (2016), avaliando o debate sobre

40. O estudo trabalhou com dados dos 36 bairros oficiais do município de Natal e dos 895 setores censitários que os compõem. Para caracterizar as condições socioeconômicas dos bairros, foram usados dados de renda, escolaridade e população em condições de pobreza (Mata e Costa, 2020, p. 1630).

os critérios de renda para acesso ao BPC,<sup>41</sup> destacam que os agravos decorrentes da deficiência, do envelhecimento e da dependência são diversos e têm efetivo potencial de impacto sobre os rendimentos daquelas famílias, decorrente seja das dificuldades de inserção profissional das pessoas com deficiência, seja da perda de renda de outro membro da família eventualmente impelido a sair do mercado de trabalho para se dedicar a atividades de cuidados. A pressão sobre a renda se expressa ainda pelo aumento da demanda de consumo por medicamentos, cuidados especializados e suportes, “cuja magnitude depende do tipo de deficiência e da oferta pública de serviços a essa população” (Silveira *et al.*, 2016, p. 12). Observa-se, assim, o agravamento do risco de pobreza devido ao que a literatura tem chamado de “gasto catastrófico”, ou seja, despesas que constroem ou inviabilizam o consumo de bens e serviços essenciais. Independentemente do contexto de deficiência ou dependência, situações de elevação do gasto familiar em saúde também podem estar na origem do “gasto catastrófico”. Como informam Boing *et al.* (2014), comparando dados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* de 2002-2003 e 2008-2009, o gasto catastrófico tendeu ao aumento, observando-se a crescente desigualdade: sua prevalência é 5,2 vezes maior entre os mais pobres. São elementos que permitem reconhecer campos de proteção e de desproteção em públicos comuns, favorecendo a identificação de interfaces, superposições e impactos cruzados entre os campos de desigualdade, e também entre as políticas setoriais da seguridade social.

## 6 POR UM OLHAR MACROSSETORIAL DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

Como tratado nas seções anteriores, as políticas setoriais no campo da seguridade social não operam dentro de arenas estanques. A trajetória histórica e institucional marcada pela progressiva emergência de fronteiras entre as políticas da previdência social, da saúde e da assistência social afirmou as especificidades setoriais como campos próprios de políticas públicas. Cada uma das políticas setoriais da seguridade social conta atualmente com um conjunto organizado e específico de normativas, de instituições, de competências técnicas e profissionais e de instrumentos de intervenção sobre o social. Mas, mesmo em um contexto em que as arenas setoriais estão bem consolidadas, a análise macrossetorial pode contribuir para um melhor conhecimento

41. A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) fixou o critério de renda para acesso de pessoas com deficiência ao BPC como a renda familiar *per capita* abaixo de um quarto de SM. Em 2013, uma decisão do Supremo Tribunal Federal considerou possível a flexibilização desse critério “ante razões excepcionais devidamente comprovadas”, a serem regulamentadas em legislação.



das influências mútuas e interdependências, bem como para a reflexão sobre os potenciais de integração e de coordenação.

Com o objetivo de pensar em uma agenda de pesquisa a ser desenvolvida a partir de uma análise macrossetorial da seguridade social, cabe retomar as cinco dimensões analíticas anteriormente citadas e progressivamente tratadas ao longo do texto. São elas: i) a existência de princípios comuns de solidariedade, universalidade e redistribuição que perpassam e organizam as políticas públicas da seguridade social; ii) a combinação de lógicas distintas, mas complementares, de intervenção dentro do arranjo institucional de seguridade social; iii) o movimento de definições e redefinições de fronteiras, incluindo lacunas protetivas e sobreposições; iv) as interações e influências recíprocas das políticas setoriais; e v) os impactos de um mesmo risco ou vulnerabilidade social nas diferentes ofertas da seguridade social. Alguns exemplos podem ajudar a explorar o potencial de tal agenda de pesquisa.

Como já enfatizado neste trabalho, a seguridade social brasileira ampliou sua cobertura e seu efeito protetivo e redistributivo com o fortalecimento das intervenções setoriais. Mas a combinação de programas e lógicas distintas de intervenção sob o social, com impactos sobre um mesmo risco ou vulnerabilidade social também favoreceu aqueles resultados positivos, como se observou no caso da redução da mortalidade infantil. Como demonstra Rasella (2013), tanto o PBF como o Programa Saúde da Família (PSF) tiveram efeitos próprios e efetivos na redução da taxa de mortalidade infantil. O PBF contribuiu para a redução da desnutrição infantil devido aos impactos produzidos na alimentação, mas também pelo maior acesso a outros bens em saúde e aos serviços de saúde decorrentes do exercício das condicionalidades do programa. O PSF impacta a redução da taxa de mortalidade infantil ao aumentar o acesso aos cuidados e serviços de saúde. Contudo, Rasella revela que a conjugação do PBF e da ESF teve efeitos específicos, ou seja, a associação de uma intervenção de atenção à saúde combinada a uma política de transferência de renda produz um resultado ativo, decorrente da interação e sobreposição daquelas políticas de seguridade social.

As interações e influências recíprocas das políticas setoriais observadas nas situações sociais sobre as quais atuam apresentam elementos para uma melhor compreensão das demandas, das ofertas e dos resultados alcançados. A configuração institucional da seguridade social é marcada por interdependências decorrentes tanto do perfil da intervenção setorial como de sua efetividade. Nos dois aspectos, o desempenho de uma instituição afeta as demais, e o exemplo do auxílio-doença permite esclarecer esse argumento. O auxílio-doença é o principal benefício temporário do RGPS, alcançando

1.010.263 beneficiários em dezembro de 2019. O acesso a tal benefício depende de realização de perícia médica, no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).<sup>42</sup> Contudo, a oferta insuficiente do serviço de perícia médica é frequente e provoca a postergação do usufruto do direito previdenciário e o agravamento da situação de saúde do trabalhador.<sup>43</sup> Se o acesso ao benefício previdenciário é condição relevante para a melhora e preservação da saúde do trabalhador, em sentido inverso, a qualidade da atenção médica no SUS no acompanhamento de doenças crônicas, predominantes entre a população adulta, repercute na evolução da morbidade e, em consequência, na maior ou menor demanda àquele benefício previdenciário.

O tratamento das influências tanto no que diz respeito aos processos institucionais como em seus resultados pode contribuir para um melhor conhecimento sobre a operação e o desempenho das políticas setoriais da seguridade social, seus programas e ações, bem como contribuir para seu aprimoramento. Assim, ainda que as instituições detenham objetivos e interesses próprios e específicos, avançar na análise das dinâmicas de interação e interdependência permitiria abordar tais campos de intervenção sob a perspectiva de uma economia política da seguridade social. Permitiria, ainda, colocar em bases mais sólidas a discussão sobre a integração e a complementariedade das políticas setoriais da seguridade social, temas particularmente relevantes devido à frequente interação sobre os mesmos públicos e situações sociais. Para tal agenda de pesquisa, importa lembrar que os esforços em favor do diálogo e da integração intersectorial em torno de públicos e situações sociais podem responder tanto a um movimento de cima para baixo, decorrente de uma decisão do nível central de governo, como de um movimento realizado a nível local, mobilizando as burocracias implementadoras que identificam a necessidade de estabelecer algum nível de articulação, tendo em vista os objetivos específicos que perseguem (Tosun e Lang, 2017).

A análise macrossetorial também avança na valorização do quadro constitucional e institucional em vigor no campo da seguridade social e na análise de sua influência no desenho de objetivos e estratégias convergentes, quando não comuns. Os princípios de solidariedade, universalidade e redistribuição que sustentam e atravessam as políticas públicas no âmbito da seguridade social e que organizaram compromissos em cada

42. A Lei nº 13.135, de 2015, alterou o dispositivo da exclusividade, autorizando que o SUS também pudesse realizar perícias médicas visando ao acesso ao auxílio-doença. Mas tal medida depende da celebração de convênios entre o INSS e o SUS, não havendo ainda um balanço da atuação desse sistema na efetiva oferta de perícias para acesso ao benefício previdenciário.

43. Em certas localidades, o período de espera para realização da perícia previdenciária era superior ao prazo médio de afastamento e usufruto do benefício (Ipea, 2016, p. 22).

uma das áreas setoriais propiciam a adoção de iniciativas que se complementam em favor da proteção a riscos determinados. A combinação de lógicas distintas de intervenção em um mesmo arranjo institucional de seguridade social, como são os casos das políticas contributivas e das não contributivas de garantia de renda, permite garantir um patamar expressivo de proteção para um conjunto importante de riscos sociais (Jaccoud, 2019). Ao mesmo tempo, a agenda da desigualdade e da promoção da equidade, tais como colocadas pelos temas da pobreza e do racismo, bem como o reconhecimento de especificidades ligadas ao ciclo de vida e à proteção à infância e ao idoso, favorecem a busca de uma articulação mais efetiva entre as políticas da seguridade social.

O estudo da interdependência entre as políticas da seguridade social a partir de uma análise macrossetorial parece oferecer um caminho promissor tanto no exame de processos institucionais como de seus resultados. E, nesse sentido, novos instrumentos e novas práticas no campo da seguridade social poderiam ser pensados para favorecer o diálogo intersetorial e facilitar a maior integração e cooperação de suas políticas setoriais. A criação de um observatório da seguridade social poderia ser uma alternativa, permitindo o monitoramento e a elaboração de diagnósticos em torno de temas e problemas precisos nos quais for identificada a superposição de vulnerabilidades e de intervenções setoriais.

A atuação de um observatório poderia favorecer o diálogo e a integração de políticas visando a atingir mutuamente os objetivos comuns e aprofundar o conhecimento sobre a relação entre os objetivos setoriais. Essa atuação contribuiria, ainda, para dotar de maior coerência a diversidade de intervenções setoriais voltadas a um mesmo problema social. Como sabemos, no âmbito da seguridade social, a oferta de benefícios monetários, de serviços públicos e de bens opera uma redistribuição de amplo alcance: entre grupos sociais, entre categorias profissionais, entre ativos e inativos, entre população urbana e rural, entre territórios e entre classes de idade. Entretanto, a dinâmica protetiva e redistributiva não respeita uma mesma direção em todas as políticas setoriais e mesmo no interior de cada uma delas, promovendo vazios protetivos e iniquidade em certas ofertas. Alguns aspectos dessas divergências já são bem atestados pela literatura, como é o caso dos impactos redistributivos do RGPS e dos Regimes Próprios da Previdência Social (RPPS), ou do financiamento direto e indireto operado no âmbito da política de saúde visando a favorecer o acesso aos serviços especializados. Outras, contudo, merecem um diagnóstico mais preciso, como os casos já citados da correlação entre renda, da utilização de serviços de saúde e taxas de morbidade e mortalidade ou entre renda e gasto catastrófico em saúde.

As abordagens de cunho macrossetorial se deparam com dificuldades tanto empíricas como conceituais. Entre elas, duas merecem destaque. A primeira dificuldade diz respeito ao fato de que cada política setorial se desdobra em subsetores e envolve um leque amplo de objetivos e estratégias, tornando difícil a identificação de suas contribuições setoriais para objetivos intersetoriais comuns. E a segunda dificuldade se refere aos desafios para avaliar o impacto recíproco entre as políticas setoriais. A formulação e a implementação de regras e dispositivos setoriais emergem em diferentes momentos e não necessariamente respondem a objetivos convergentes dentro da própria política setorial ou com relação às políticas que operam objetivos protetivos complementares. Contudo, enfrentar tais dificuldades visando a favorecer o diálogo comum e, eventualmente, a cooperação e a coordenação das políticas setoriais em torno de problemas comuns parece ser um passo relevante para ampliar a efetividade de ações da seguridade social.

Como foi discutido anteriormente, a integração das políticas públicas pode ser realizada por diferentes instrumentos e visando a distintas finalidades. Como destacam Tosun e Lang (2017), a integração pode ser pensada como estratégia de colaboração e coordenação, não dependente necessariamente de novas estruturas de gestão ou instrumentos setoriais de intervenção. A elaboração de um quadro interpretativo compartilhado para a compreensão dos problemas comuns, a identificação das responsabilidades das diferentes políticas e a integração de instrumentos de políticas para alcançá-los podem ser medidas capazes de lograr resultados efetivos. O observatório da seguridade social poderia exercer uma função de sensibilizar e mobilizar conhecimentos sobre determinados temas, reunindo pontos de vista diversos em torno de diagnósticos e análises compartilhadas e ultrapassando o quadro setorial no que diz respeito a compromissos comuns construídos coletivamente. Um observatório da seguridade social poderia ainda gerar e compartilhar informações sobre temas considerados estratégicos, de modo a favorecer o diálogo e a negociação intergovernamental em torno dos padrões de intervenção e de interações entre as políticas setoriais, considerando as estratégias e as metas para o alcance de objetivos comuns. Produzindo informações, análises e monitoramento, um observatório poderia oportunizar maior alinhamento sobre aspectos que reduzam o comportamento unilateral, mitigando assim a competição, bem como as eventuais superposições ou lacunas no desempenho das ações governamentais.

## 7 CONCLUSÃO

Este texto procurou evidenciar a dinâmica de interdependência que marca a relação entre as políticas acolhidas sob o conceito de seguridade social. Argumentou-se que importa considerar as especificidades da proteção social setorial e seu caráter de continuidade, que dota de permanência e estabilidade na ação governamental em suas variadas agendas. Mas importa igualmente reconhecer o arcabouço institucional comum e projeto político compartilhado de proteção social no âmbito da seguridade social e as interfaces que atravessam as suas políticas públicas. Examinar as influências recíprocas decorrentes do perfil da intervenção setorial, bem como suas fronteiras, lacunas e sobreposições, permite identificar as incidências sobre situações sociais e públicos e melhor avaliar as repercussões em demandas e em efetividade da ação pública.

Analisando as articulações e as interfaces entre as políticas setoriais da seguridade social no Brasil, foram apresentadas algumas hipóteses e perspectivas para a continuidade dos estudos sobre o tema. Em especial, propõe-se avançar nas investigações sobre as interações entre as políticas de renda e serviços, entre benefícios contributivos e não contributivos, bem como entre serviços de saúde e assistência social. Foi ainda apresentada a proposta de criação de um observatório da seguridade social visando à mobilização de competências técnicas e analíticas para o melhor conhecimento das interfaces e complementariedades entre as políticas setoriais da seguridade social. Entende-se que essa iniciativa viria a contribuir para uma melhor compreensão das ofertas, das brechas de desproteção que se mantêm ativas e de seus impactos sociais e institucionais. As repercussões sociais das ações de cunho setorial tendem a repercutir nas demandas das demais políticas de seguridade social. Dessa forma, as respostas setoriais podem ser aprimoradas considerando as dimensões intersetorial e macrossetorial da seguridade social.

## REFERÊNCIAS

AMABLE, Bruno. Institutional complementarities in the dynamic comparative analysis of capitalism. **Journal of Institutional Economics**, v. 12, n. 1, p. 79-103, 2016.

AMARAL, Marcelo. **Efeitos da crise e políticas de austeridade na insegurança alimentar e na mortalidade na infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Uerj, 2022.

AQUINO, Rosana; OLIVEIRA, Nelson; BARRETO, Mauricio. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

BALTAR, Paulo *et al.* Trabalho no governo Lula: uma reflexão sobre a recente experiência brasileira. **Global Labour University**, Campinas, 2010. (Working Paper, n. 9).

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio; ROA, Alejandra (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: MS/OPAS, p. 101-138, 2016.

BELON, Ana Paula *et al.* Diferenciais de esperança de vida segundo estratos socioeconômicos. **Anais da Abep**, p. 1-14, 2019.

BOING, Alexandra Crispim *et al.* Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 632-641, 2014.

BONDUKI, Nabil Georges. Origens da habitação social no Brasil. **Análise Social**, p. 711-732, 1994.

BUGELLI, Alexandre *et al.* Health capabilities and the determinants of infant mortality in Brazil, 2004-2015: an innovative methodological framework. **BMC Public Health**, v. 21, p. 831, 2021.

CAIRNEY, Paul. The concept of a sectoral policy style. *In*: **The Routledge Handbook of Policy Styles**. Routledge, 2021. p. 77-88.

CAMPOS, André. **Bem-estar social nos anos 1990 e 2000: traços estilizados da história brasileira**. Brasília: Ipea, 2015. (Texto para Discussão, n. 2.025).

CANDEL, Jeroen; BIESBROEK, Robbert. Toward a processual understanding of policy integration. **Policy Sciences**, v. 49, p. 211-231, 2016.

CANDEL, Jeroen, *et al.* The relationship between Europeanisation and policy styles: a study of agricultural and public health policymaking in three EU Member States. **Journal of European Public Policy**, v. 28, n. 11, p. 1748-1769, 2021.

CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 14, n. 3, 2020.

CASTRO, Jorge. Política social, distribuição de renda e crescimento econômico. *In*: FONSECA, Ana; FAGNANI, Eduardo. (Orgs.). **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: FPA, 2013.

CNDSS – COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CEJUDO, Guillermo M.; TREIN, Philipp. Pathways to policy integration: a subsystem approach. **Policy Sciences**, v. 56, n. 1, p. 9-27, 2023.

COELHO, Rony *et al.* **Desigualdades raciais na saúde**: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Ieps, 2022. (Nota Técnica, n. 27).

CONSTANTE, Helena; MARINHO, Gerson; BASTOS, João Luiz. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3981-3990, 2021.

COUBE, Maíra *et al.* Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998-2019). **International Journal for Equity in Health**, v. 22, n. 1, p. 25, 2023.

DELGADO, Guilherme. O orçamento da seguridade precisa ser recuperado. *In: Políticas Sociais - acompanhamento e análise*. Brasília: Ipea, n. 5, p. 111- 114, ago. 2002.

DELGADO, Guilherme *et al.* **A participação social na gestão pública**: avaliação da experiência do Conselho Nacional de Previdência Social (1991/2000). Brasília: Ipea, 2002. (Texto de Discussão, n. 909).

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto. Seguridade social: redefinindo o alcance da cidadania. *In: Políticas Sociais - acompanhamento e análise*. Brasília: Ipea, n. 17, 2009.

D'ORSI, Eleonora, *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, 2014.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In: Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 323-364, 2012.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. *In: Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 279-321, 2012.

FLIGSTEIN, Neil; MCADAM, Doug. Toward a general theory of strategic action fields. **Sociological Theory**, v. 29, n. 1, p. 1-26, 2011.

FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FRANÇA, Elisabeth *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.

GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. Hybridism as a national policy style: paths and dilemmas of the majoritarian and consensus approaches in Brazil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, 2021.

HALL, Peter A. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. **Comparative politics**, v. 25, n. 3, p. 275-296, 1993.

GUIMARÃES, Leonardo; COSTANZI, Rogério; ANSILIERO, Graziela. Possibilidades e limites para a expansão da proteção social pela via contributiva clássica: notas sobre a inclusão previdenciária da população ocupada. *In*: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família, uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, p. 65-92, 2013.

HALPERN, Charlotte; JACQUOT, Sophie. Aux frontières de l'action publique: l'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation. *In*: BOUSSAGUET, Laurie *et al.* (Ed.). **Une "French touch" dans l'analyse des politiques publiques?** Presses de Sciences Po, p. 57-84, 2015.

HASSENTEUFEL, Patrick. L'impossible intersectorialité en santé? Commentaire. **Sciences Sociales et Santé**, v. 39, n. 3, p. 107-112, 2021.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In*: PANDOLFI, Dulci. (Org.), **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 73-93, 1999.

HOWLETT, Michael; TOSUN, Jale. Policy styles: a new approach. *In*: HOWLETT, Michael; TOSUN, Jale. (Ed.). **Policy styles and policy-making: exploring the linkages**. Routledge, p. 2018.

\_\_\_\_\_. (Ed.). **The Routledge Handbook of Policy Styles**. Routledge, 2021.

ICHIHARA, Maria Yury *et al.* Mortality inequalities measured by socioeconomic indicators in Brazil: a scoping review. **Revista de Saúde Pública**, p. 56-85, 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Seguridade social. *In*: **Políticas Sociais - acompanhamento e análise**, n. 6, p. 15-17, fev. 2003.

\_\_\_\_\_. Previdência social. *In*: **Políticas Sociais – acompanhamento e análise**, n. 24, p. 13-62, 2016.

JACCOUD, Luciana. **Pauvreté, démocratie et protection sociale au Brésil**. Tese (Doutorado) – École des Hautes Études en Sciences Sociales. Paris: EHESS, 2002.



\_\_\_\_\_. Trabalho, pobreza e desigualdade: a garantia de renda no sistema brasileiro de proteção social. *In*: ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos. (Orgs.). **Políticas públicas e desigualdades no Brasil do século XXI**. São Paulo: USP, 2019.

\_\_\_\_\_. Instrumentos de coordenação e relações intergovernamentais. *In*: JACCOUD, Luciana (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, p. 37-52, 2020.

\_\_\_\_\_. Democracia, conflitos distributivos e reforma da proteção social no Brasil. *In*: ETULAIN, Carlos (Org.). **Política pública no Brasil**. Campinas: Neep/Unicamp, p. 53-80, 2021.

\_\_\_\_\_. **Seguridade social**: por uma análise macrossetorial. Brasília: Ipea, 2023. (Texto para Discussão, n. 2919)

JACCOUD, Luciana; MENESES, Aérica; STUCHI, Carolina. Coordenação intergovernamental e comissões intergestores no Suas. *In*: JACCOUD, Luciana (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, p. 281-308, 2020.

JOCHIM, Ashley; MAY, Peter. Beyond subsystems: policy regimes and governance. **Policy Studies Journal**, v. 38, n. 2, p. 303-327, 2010.

KERSTENETZKY, Celia. **O estado do bem-estar social na idade da razão**. Elsevier, 2012.

\_\_\_\_\_. Foi um pássaro, foi um avião? Redistribuição no Brasil no século XXI. **Novos Estudos Cabrap**, n. 108, p. 14-34, 2017.

KNILL, Christoph; TOSUN, Jale. **Public policy**: a new introduction. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012.

KREIN, José; COLOMBI, Ana Paula. A reforma trabalhista em foco: desconstrução da proteção social em tempos de neoliberalismo autoritário. **Educação & Sociedade**, v. 40, 2019.

LANZARA, Arnaldo. O seguro social e a construção da proteção do trabalho no Brasil. **Dados**, v. 61, p. 463-502, 2018.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. A ação pública abordada pelos seus instrumentos. **Revista Pós Ciências Sociais**, v. 9, n. 18, p. 19-43, 2012.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LEFEBVRE, Mathieu; PESTIEAU, Pierre; PONTIERE, Gregory. **Missing poor in the US.** CORE, 2019. (Discussion Paper).

LEITE, Celso Barroso. Sinpas: a nova estrutura da previdência social brasileira. **Revista Informação Legislativa**, n. 57, p. 101-116, jan./mar. 1978.

LOWI, Theodore J. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, 1964.

MALLOY, James. Política de bem-estar social no Brasil: histórico, conceitos, problemas. **Revista de Administração Pública**, v. 10, n. 2, p. 5-29, 1976.

\_\_\_\_\_. **A política da previdência social no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.

MALTA, Deborah *et al.* Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

MARGARITES, Gustavo. **A constituição da assistência social como um campo de ação estratégica no estado brasileiro.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRS, 2019.

MATA, Matheus; COSTA, Íris. Composição do Índice de Iniquidade em Saúde a partir das desigualdades na mortalidade e nas condições socioeconômicas em uma capital brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1629-1640, 2020.

MULLACHERY, Pricila; SILVER, Diana; MACINKO, James. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International journal for equity in health**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2016.

MULLER, Pierre. **Les politiques publiques.** Paris : PUF, 1990.

OLIVEIRA, Alanna; SILVA, Sandro. **Trabalhadores em contrato intermitente no Brasil:** evolução, cenários e perfil dos contratados pós-reforma trabalhista de 2017. Brasília: Ipea, 2023. (Texto de Discussão, n. 2.898).

OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia. **(Im)previdência social:** 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes/Abrasco, 1986.

PIERSON, Paul. Not just what, but when: timing and sequence in political processes. **Studies in American political development**, v. 14, n. 1, p. 72-92, 2000.

PIOLA, Sérgio *et al.* **Financiamento público da saúde:** uma história à procura de rumo. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.846).

POLITI, Ricardo. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, v. 18, p. 117-137, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP. **Atlas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras**: Baixada Santista, Campinas, Maceió e Vale do Paraíba. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2015.

RASELLA, Davide. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. UFBA, 2013.

RASELLA, Davide; AQUINO, Rosana; BARRETO, Mauricio. Impact of income inequality on life expectancy in a highly unequal developing country: the case of Brazil. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 67, n. 8, p. 661-666, 2013.

RASELLA, Davide *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9.886, p. 57-64, 2013.

RBPSSAN – REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR. **Insegurança alimentar e covid-19 no Brasil**. São Paulo, 2021.

REDE NOSSA SÃO PAULO. **Mapa da desigualdade**. São Paulo, 2022.

RIBEIRO, Mirian; TURRA, Cassio; PINTO, Cristine. Mortalidade adulta por nível de escolaridade em São Paulo: análise comparativa a partir de diferentes estratégias metodológicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, 2021.

RICHARDSON, Jeremy. The changing British policy style: from governance to government? **British Politics**, vol. 13, p. 215-233, 2018.

RICHARDSON, Jeremy; GUSTAFSSON, Gunnel; JORDAN, Grant. The concept of policy style. *In*: RICHARDSON, Jeremy (Ed.). **Policy Styles in Western Europe**. Abingdon: Revivals Routledge, 1982.

SANTOS, Wanderley. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

SILVA, Lariça; FREIRE, Flávio; PEREIRA, Rafael. Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

SILVEIRA, Fernando *et al.* **Deficiência e dependência no debate sobre a elegibilidade ao BPC.** Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 31).

SZWARCWALD, Célia *et al.* Desigualdades na esperança de vida saudável por Unidades da Federação. **Revista Saúde Pública**, n. 51, 2017.

SZWARCWALD, Célia *et al.* Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2515-2528, 2021.

THEODORO, Mário. **A sociedade desigual: racismo e branquitude na formação do Brasil.** Zahar, 2022.

TOSUN, Jale; LANG, Achim. **Coordinating and integrating cross-sectoral policies: a theoretical approach.** *In: 7TH ECPR GENERAL CONFERENCE.* Bordeaux, 2013.

\_\_\_\_\_. Policy integration: mapping the different concepts. **Policy Studies**, v. 38, n. 6, p. 553-570, 2017.

TREIN, Philipp *et al.* Policy coordination and integration: A research agenda. **Public Administration Review**, v. 81, n. 5, p. 973-977, 2021.

VALADARES, Alexandre; GALIZA, Marcelo. **Previdência rural: contextualizando o debate em torno do financiamento e das regras de acesso.** Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 25).

VASCONCELOS, Francisco. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 439-457, 2005.

VIANA, Ana Luiza; SILVA, Hudson Pacifico. **Políticas sociais brasileiras nas próximas décadas.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. (Texto para Discussão, n. 15).

VIEIRA, Fabiola *et al.* **Prioriza SUS: aspectos metodológicos do desenvolvimento do projeto.** Ipea, 2023. (Nota Técnica, n. 104).

# Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

## EDITORIAL

### Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

### Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

### Supervisão

Aline Cristine Torres da Silva Martins

### Revisão

Bruna Neves de Souza da Cruz

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Crislayne Andrade de Araújo

Elaine Oliveira Couto

Luciana Bastos Dias

Rebeca Raimundo Cardoso dos Santos

Vivian Barros Volotão Santos

Deborah Baldino Marte (estagiária)

Maria Eduarda Mendes Laguardia (estagiária)

### Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Camila Guimarães Simas

Leonardo Simão Lago Alvite

Mayara Barros da Mota

### Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

### Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.*

**Missão do Ipea**  
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro  
por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria  
ao Estado nas suas decisões estratégicas.



**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO  
PLANEJAMENTO  
E ORÇAMENTO

