

Jaccoud, Luciana

Working Paper

Seguridade social: Por uma análise macrossetorial

Texto para Discussão, No. 2919

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Jaccoud, Luciana (2023) : Seguridade social: Por uma análise macrossetorial, Texto para Discussão, No. 2919, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília,
<https://doi.org/10.38116/td2919-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/285041>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2919

**SEGURIDADE SOCIAL: POR UMA
ANÁLISE MACROSSETORIAL**

LUCIANA JACCOUD

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

**SEGURIDADE SOCIAL: POR UMA
ANÁLISE MACROSSETORIAL**

LUCIANA JACCOUD¹

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

Seguridade social : por uma análise macrossetorial / Luciana Jaccoud. – Rio de Janeiro: IPEA, 2023.
41 p. – (Texto para Discussão ; 2919).

Inclui Bibliografia.

1. Seguridade Social. 2. Bem-estar Social. 3. Saúde. 4. Assistência Social. 5. Previdência Social. 6. Desigualdade. 7. Coordenação. 8. Interdependência. 9. Complementaridade Institucional. 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. **Seguridade social** : por uma análise macrossetorial. Rio de Janeiro: Ipea, set. 2023. 41 p. (Texto para Discussão, n. 2919).

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2919-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 CONSTITUINDO O CAMPO DA SEGURIDADE SOCIAL	8
3 AMPLIANDO O CAMPO DO DEBATE – ESTADO DE BEM-ESTAR E SEGURIDADE SOCIAL	13
4 CATEGORIAS ANALÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL ...	18
5 DESIGUALDADES E INTERFACES DA SEGURIDADE SOCIAL	24
6 POR UMA ABORDAGEM MACROSSETORIAL DA SEGURIDADE SOCIAL	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

SINOPSE

O objetivo deste trabalho é resgatar a perspectiva de análise macrossetorial da seguridade social. A emergência da seguridade e a inter-relação entre as políticas de previdência social, assistência social e saúde são analisadas, em um primeiro momento, de uma perspectiva histórica e conceitual, mobilizando as categorias analíticas que informam tal debate. Em seguida, a partir de uma revisão de estudos e pesquisas sobre a relação entre desigualdade de renda e mortalidade, morbidade, deficiência e dependência, foi possível informar sobre as interfaces entre diferentes tipos de desigualdade, bem como sobre as relações mútuas entre as políticas públicas da seguridade social que buscam enfrentá-las. Após identificar dificuldades tanto empíricas como conceituais para levar a cabo análises macrossetoriais, propõe-se a mobilização dos conceitos de complementaridade institucional e interdependência, visando favorecer uma melhor avaliação das influências setoriais recíprocas tanto em processos institucionais como em seus resultados.

Palavras-chave: seguridade social; bem-estar social; saúde; assistência social; previdência social; desigualdade; coordenação; interdependência; complementaridade institucional.

ABSTRACT

The objective of this text is to rescue the perspective of social welfare macro sectorial analysis. The emergence of social security and the interrelation among social security, social assistance and health policies are analyzed, at first, from a historical and conceptual perspective and mobilizing the analytical categories that inform this debate. Then, from a review of studies and research on the relationship among between inequality and mortality, morbidity, disability and dependence, it was possible to identify interfaces between different types of inequalities, as well as mutual relationships between the social welfare policies that seek to face them. After identifying both empirical and conceptual difficulties in carrying out macro-sectoral analyses, it is proposed to mobilize the concepts of institutional complementarity and interdependence in order to favor a better assessment of the reciprocal sectoral influences both in institutional processes and in their results.

Keywords: social welfare; health; social assistance; social security; inequality; coordination; interdependence; institutional complementarity.

1 INTRODUÇÃO

Entre as lições que a pandemia da covid-19 propiciou, destaca-se a redescoberta da interdependência como um elemento central da vida social. Não apenas a interdependência entre os membros da sociedade, revelada pelos mecanismos de contaminação e pelos cuidados e suportes requeridos em atenção e prevenção, mas também a interdependência entre as políticas públicas. A crise sanitária realçou que os problemas de saúde pública não são independentes das desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos. Tal crise revelou ainda que a seguridade social, por meio de suas políticas públicas de caráter permanente e espraiadas por todo o território nacional, era elemento imprescindível para o seu enfrentamento, como havia sido em momentos anteriores de crise econômica e social no país. O maior reconhecimento da importância da seguridade social para a proteção social e a segurança econômica da população brasileira impulsiona o debate sobre seu escopo e organização. E as análises de cunho macrossetorial podem contribuir com tal esforço, aportando novas perspectivas analíticas e agendas de pesquisa.

A seguridade social no Brasil foi criada sob a égide da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), com o objetivo de suplantando o modelo corporativo de proteção social que vigia desde a década de 1930. Articulando as áreas da previdência social, assistência social e saúde, a seguridade social representou uma inflexão na história da proteção social brasileira. Alargou o arco dos direitos sociais tanto em benefícios como em serviços sociais, e introduziu novos princípios para este campo da política pública, com destaque para a universalidade, a uniformidade, a equidade e a conjunção de benefícios monetários contributivos e não contributivos. Os princípios adotados pela seguridade social foram determinantes para o reconhecimento do direito universal à saúde, para a consolidação da política pública de assistência social por meio de benefícios monetários e não monetários (serviços e bens), e para o mandato de universalização da cobertura e de distributividade dos planos de benefícios e de financiamento da previdência social.

Contudo, em que pese a perspectiva protetiva comum e o pressuposto de articulação setorial que a atravessa, a seguridade social no Brasil ainda é predominantemente abordada sob a perspectiva setorial das políticas que a integram. Poucas análises têm sido realizadas para refletir sobre a lógica comum que as acolhe e para identificar como elas se articulam em termos institucionais e também sociais, considerando os públicos, os problemas e os resultados que produzem. Entre as dificuldades para uma análise integrada da seguridade social, duas devem ser destacadas, uma de natureza conceitual e outra institucional. A primeira se refere à imprecisão que cerca os conceitos que

organizam este debate. Amiúde, os estudos não oferecem definição sobre os conceitos mobilizados e utilizam como sinônimos termos distintos tais como seguridade social, seguro social, proteção social, bem-estar social ou desenvolvimento social. Retomar tais conceitos e explorar suas problemáticas específicas pode favorecer o debate, ao permitir seu melhor enquadramento. A segunda dificuldade diz respeito ao fato de que a seguridade social pressupõe uma pluralidade de ofertas, de instituições e de instrumentos de ação governamental que exigem uma atenção específica em termos de gestão e de investigação, impulsionando a análise setorial. E, de fato, a estruturação da seguridade social no Brasil foi realizada de maneira fragmentada, com quase completa independência normativa, financeira e gerencial das três políticas que a compõem. No entanto, a relevância da análise setorial não deve obscurecer a necessidade de investigação sobre as questões transversais, bem como sobre os diversos campos de interseção. As distinções entre as políticas de previdência social, assistência social e saúde são mais fluidas do que frequentemente assumido pela literatura. Limitar-se à análise setorial tende a retirar a atenção sobre suas interfaces, interdependências e complementariedades, temas centrais desde os primeiros debates sobre a seguridade social.

Longe de arranjos setoriais rígidos a serem interpretados de forma quase atemporal, os problemas abordados e as proteções afiançadas no âmbito da seguridade social apresentam fronteiras porosas, em permanente movimento e continuamente reinterpretadas. Resgatar esta dinâmica social e institucional pode favorecer o melhor entendimento deste campo das políticas públicas. Em termos analíticos, tal perspectiva permite melhor tratar a complexidade deste tema. A seguridade social ocupa lugar central nos Estados contemporâneos e afeta de modo determinante as condições de vida de indivíduos e populações. Em termos institucionais, tal enfoque pode contribuir para a formulação de instrumentos de articulação e coordenação, com vistas ao aprimoramento da gestão e de estratégias de cobertura e ofertas relacionadas às finalidades protetivas de cada política, mas considerando seus impactos recíprocos sobre públicos e situações sociais.

Com o objetivo de contribuir na análise macrossetorial da seguridade social, este texto apresentará um panorama sobre a sua trajetória, incluindo a evolução das categorias analíticas mobilizadas, para, em seguida, explorar a inter-relação entre as políticas de previdência social, assistência social e saúde. Para isto, o texto está dividido em sete seções. Após esta introdução, a seção 2 tratará das bases históricas e conceituais da seguridade social, argumentando que tal política tem origem híbrida, com os problemas e os públicos antepondo dificuldades para serem segmentados entre a assistência social e a previdência social. A predominância progressiva da previdência

social em termos de gasto e cobertura não implicou a exclusão da assistência, mas, ao contrário, em progressiva interação. O mesmo processo pode ser observado com relação à construção de um direito de acesso aos serviços de saúde. Argumenta-se, assim, que a separação da seguridade social em campos distintos de ação pública não é espontânea como processo histórico nem inequívoca como vetor analítico. A emergência do seguro social (previdência social) não ocorre independentemente da assistência social e dos serviços de saúde, influenciando o desenvolvimento tanto do debate sobre a seguridade social como de institucionalidades neste campo. A seção 3 discutirá a emergência dos conceitos de seguridade social, bem-estar social, *welfare state* e proteção social. O resgate de categorias analíticas relevantes para o debate sobre a seguridade social – risco social, ciclo de vida, e mecanismos institucionais de solidariedade social e redistribuição – é realizado na seção 4. Para além dos aspectos conceituais e históricos, cabe ainda explorar analiticamente as relações mútuas entre as políticas de previdência social, assistência social e saúde. Os estudos sobre impactos das desigualdades de renda em saúde têm contribuído para revelar as interfaces entre diferentes tipos de desigualdades e serão tratados na seção 5, aportando elementos de reflexão sobre as interdependências e potenciais de interação entre as políticas públicas que buscam enfrentá-las. A seção 6 discutirá as potencialidades bem como algumas dificuldades empíricas e conceituais a serem enfrentadas para a realização de estudos sobre seguridade social de uma perspectiva macrossetorial, e a seção 7 apresenta as considerações finais.

2 CONSTITUINDO O CAMPO DA SEGURIDADE SOCIAL

Como revela a experiência internacional, foi em torno da assistência social que o debate sobre a responsabilidade pública no campo da seguridade social teve início. Em alguns países, foi também em torno da assistência social que emergiram as primeiras leis nacionais instituindo o direito a uma renda pública. Esse foi o caso da França e da Grã-Bretanha, onde veio à luz, ao final do século XIX e início do século XX, legislação dispendo sobre a assistência monetária a idosos, doentes e inválidos em condição de miserabilidade. Na França, leis promulgadas em 1893, 1905 e 1913 instituíram assistência monetária não contributiva a crianças, idosos, doentes e inválidos em situação de indigência, e chegaram a beneficiar mais de 500 mil pessoas em 1909 (Merrien, Parchet e Kernén, 2005; Castel, 1998; Bec, 1998; Bernonville, 1911).¹ Na Grã-Bretanha,

1. Na França, em que pese proposições de leis em favor de um sistema de previdência social obrigatória se sucederem no Legislativo entre 1879 e 1886, tal sistema somente foi adotado em 1910, beneficiando os trabalhadores de mais baixos salários. Esta legislação não encontrou aplicação nacional, o que somente ocorreu em 1930, com a promulgação de nova lei sobre o tema (Castel, 1998).

a primeira lei instituindo uma pensão para idosos tinha natureza não contributiva.² Se a assistência social foi, em vários casos, mobilizada para enfrentar o problema da insuficiência de renda de grupos expressivos da população, ela o foi igualmente para fazer face a ausência de acesso a serviços de saúde, como exemplifica a lei francesa de 1893 sobre a assistência médica gratuita a doentes indigentes (Castel, 1998).

O direito previdenciário, por sua vez, ganhou raiz a partir da experiência alemã,³ trazendo a novidade de assentar a proteção social não no exterior do mundo do trabalho, mas em seu interior. A proteção previdenciária mobilizava um novo instrumento de ação pública visando criar um anteparo diante de determinadas circunstâncias que constroem a capacidade de exercício do trabalho e a manutenção da renda dos trabalhadores e suas famílias. Partindo da identificação e da categorização administrativa dos riscos sociais – quais sejam, doença, acidentes de trabalho, invalidez, desemprego e velhice –, o seguro social (denominado no Brasil como previdência social) transformou-se na base dos modernos sistemas de proteção social, incluindo neles os serviços de saúde. Com a emergência das instituições de seguro social, a proteção assistencial manteve-se ativa, mas limitada aos grupos sociais marcados por uma dupla vulnerabilidade, uma relativa à idade ou a condições de saúde, e outra à situação de indigência.

As três políticas da seguridade social têm, assim, origem imbricada, e seu desenvolvimento não o será menos. Até a década de 1930, o termo seguridade social (*social security*) ainda não estava difundido, e o debate se organizava sobretudo em torno dos termos de assistência social e seguro social (Kott, 2008). É no período de entreguerras que a expressão seguridade social, associando segurança econômica, proteção da saúde e preservação da vida humana, passa a ser progressivamente utilizada, e identificada a uma responsabilidade que incumbe ao Estado. Em 1934, o presidente americano

2. Na Grã-Bretanha, propostas de pensões previdenciárias e de pensões assistenciais focalizadas ou universais foram debatidas no Parlamento desde a década de 1870. Mas apenas em 1908 promulgou-se a primeira lei sobre o tema, instituindo uma pensão não contributiva aos indigentes com mais de 70 anos. Em 1911, aprovou-se lei criando seguro social obrigatório para os riscos de saúde (não extensivo às famílias) e desemprego. O regime contributivo de aposentadoria foi promulgado apenas em 1925 (Chin, 1992).

3. Substituindo legislações anteriores do Estado prussiano em favor dos pobres, as leis promulgadas pelo chanceler alemão Otto von Bismarck durante a década de 1890 instituíram uma cobertura previdenciária obrigatória aos trabalhadores com baixos salários, com adesão voluntária para os demais. A primeira lei, de 1893, constituía uma proteção aos riscos de saúde, incluindo maternidade. Os benefícios monetários eram limitados, mas os tratamentos de saúde e os medicamentos eram disponibilizados gratuitamente e estendidos às famílias. A segunda lei, de 1884, se referia ao seguro para os acidentes de trabalho; e a terceira, de 1889, à invalidez e à velhice, igualmente aportando benefícios pequenos. A cobertura se expandiu massivamente e, em 1900, a primeira, a segunda e a terceira lei alcançavam, respectivamente, 10 milhões, 17 milhões e 13 milhões de segurados (Brasseul, 2012).

Franklin Roosevelt já o adotava, não apenas consolidando politicamente o seu uso, mas também inaugurando a sua aplicação institucional.⁴ Associada, na experiência americana, sobretudo à criação de um programa nacional de seguro social visando à aposentadoria, a seguridade social passa a ser um conceito-chave da política social daquele país.

Mas foi durante a década de 1940 que o uso do termo seguridade social difundiu-se, diferenciando-se do seguro social e assumindo uma conotação mais ampla. Em 1941, foi incorporada na Carta do Atlântico, assinada pelo primeiro-ministro britânico Winston Churchill e pelo presidente dos Estados Unidos, Franklin Roosevelt. Teve ampla acolhida a publicação, em 1942, do Relatório Beveridge,⁵ argumentando em favor de uma seguridade social de cunho universal e acolhendo o preceito geral da responsabilidade do Estado na proteção social de toda a população. Este conceito difundiu-se rapidamente, adotado por vários países,⁶ inclusive o Brasil.⁷ Como lembra Supiot (2010), a Declaração de Filadélfia, de maio de 1944, sintetiza o espírito da época, reafirmando o objetivo de superação da insegurança econômica ao qual se associam dois princípios: o da dignidade humana, base primeira da ordem jurídica; e o da justiça social, ao qual deve estar submetida a organização econômica. O direito à seguridade social para todos é ali declarado e acolhido em fórum internacional.

O Relatório Beveridge propunha uma ampla reforma no sistema inglês de proteção social baseada na unidade, na uniformidade e na universalidade, princípios não necessariamente comuns a outras experiências internacionais à época ou mesmo atualmente.⁸

4. O Social Security Act foi promulgado em 1935 e, além de instituir um seguro-velhice de âmbito nacional, estabeleceu um imposto para a criação de programas estaduais de seguro-desemprego, bem como incentivos a programas estaduais de assistência social. Um programa nacional de saúde havia sido pensado na época, mas não foi incluído na lei (Skocpol, 1993).

5. Publicado sob o título *Social Insurance and Allied Services*.

6. Sobre a origem e a difusão dos conceitos de seguridade social (*social security*) e Estado de bem-estar social (*welfare state*), ver Béland e Petersen (2014).

7. Ainda em 1945, é promulgado o Decreto-lei nº 7.526, que institui a Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, regulando os serviços da previdência e da assistência social, e estendendo a previdência social a todos os brasileiros e aos estrangeiros legalmente instalados no país, de forma a garantir-lhes “os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições de angariá-las por motivo de idade avançada, invalidez temporária ou permanente, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente” (Brasil, 1945, art. 2º). Tal decreto, entretanto, não chegou a ser implementado. Ver, a respeito, Jaccoud (2002).

8. Um bom exemplo é fornecido pela reforma francesa, que, realizada em outubro de 1945, sob influência do Relatório Beveridge, e tendo como título a organização da seguridade social, não acolheu os princípios de unidade das instituições de seguro social, uniformização dos benefícios ou universalização da saúde. Ver Kerschen (1995) e Palier e Bonoli (1995).

A sociedade inglesa havia sido marcada, durante a década de 1930, pela experiência do desemprego em massa, quando ficou explícita a precária proteção assegurada pela política instituída em 1911. O seguro-desemprego mantinha fraca cobertura, baixo valor do benefício e tempo de duração. Nova lei, aprovada em 1934, criou um benefício assistencial dirigido aos desempregados, mas as exigências de comprovação de pobreza foram consideradas não apenas duras, mas também degradantes (Cooper e Whiteside, 2019). É neste contexto que o Relatório Beveridge propõe, ao lado de um serviço nacional de saúde de acesso gratuito, um sistema de seguro social universal de base contributiva, assentado no forte compromisso de não mais condicionar o acesso aos benefícios monetários à comprovação de estado de necessidade (Whiteside, 2014).

Inspirada no Relatório Beveridge, e operada pelo governo trabalhista, a reforma do seguro social inglês é efetuada por meio do National Insurance Act em 1946. Gerido pelo Estado e contando com financiamento tripartite (Estado, patrão e trabalhador), o novo sistema é concebido como um modelo de contribuição fixa e benefícios em valor fixo, voltados à proteção dos riscos de desemprego, doença, acidentes de trabalho e velhice. Como lembra Chin (1992), um modelo com benefícios igualitários, não associados ao valor do salário ou a diferentes patamares de contribuição, poderia ser dispensado por prestações assistenciais, financiadas por imposto. Mas o modelo assistencial, se tinha a preferência dos liberais clássicos, contudo, não convencia os *new liberals*. Estes enfatizavam a interdependência entre os indivíduos no contexto das sociedades modernas, a importância da cooperação social e a necessidade de redistribuição de recursos entre grupos sociais organizada pelo Estado, ao mesmo tempo que desconfiavam da assistência social como instrumento sustentável de redistribuição visando manter níveis estáveis e significativos de renda.

A reforma inglesa não apenas valorizou e reorganizou a política de previdência social, mas, reconhecendo a existência de uma população não coberta pelo seguro social, previu benefícios não contributivos. O National Assistance Act de 1948 instituiu programas de renda de natureza seletiva, dirigidos a grupos pobres da população. Um benefício familiar assistencial de caráter nacional e universal já havia sido criado em 1945, o Family Allowance Scheme. Ele começava a ser pago a partir do nascimento do segundo filho, e estabelecia uma garantia de renda para famílias com mais de uma criança. A integração entre as políticas previdenciária e assistencial manteve-se presente em relação a vários públicos, conforme exemplificado pela concessão de

benefícios assistenciais a aposentados, devido ao valor limitado dos benefícios contributivos.⁹ Também na França o objetivo de proteção aos idosos favoreceu a articulação entre as políticas de seguro social e de assistência social. A Lei nº 46 de 1946, que tratou da generalização da seguridade social, instituiu um benefício não contributivo aos idosos de mais de 65 anos sem recursos suficientes. Este benefício teria caráter transitório até a plena aplicação e possibilidade de usufruto da aposentadoria contributiva (Kerschen, 1995).

A universalidade foi a grande inovação da reforma inglesa e teve como sua maior expressão a criação do serviço universal e gratuito de saúde. O Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS) substituiu o seguro social para os riscos à saúde, instituído em 1911, mas que mantinha excluída do acesso aos serviços de saúde grande parte da população (Kober-Smith, 2010). Financiado por impostos, o NHS consolidou-se como a base do sistema inglês de proteção social, atendendo praticamente a todos os cidadãos e constringendo a emergência de um setor privado de saúde, ainda hoje incipiente naquele país (Hill, 2010). Os serviços de saúde compuseram, com os serviços socioassistenciais dirigidos ao cuidado de idosos e de pessoas com deficiência, um pilar da seguridade social, ao lado dos benefícios monetários dispensados pelo seguro social e dos benefícios não monetários, esses de caráter complementar (Wincott, 2014).

A experiência inglesa nas três décadas que se seguiram ao final da guerra é o exemplo clássico da tendência à expansão da responsabilidade pública no campo social que se consolidou em torno do conceito de seguridade social. Tendo como eixo a política previdenciária, operando o seguro social contra riscos sociais determinados, a seguridade social tendeu a assumir compromissos mais universalistas, contando com a ampliação da participação do Estado e do orçamento público em acréscimo aos fundos contributivos. Os projetos de universalização dos serviços de saúde serão a maior representação deste movimento, e tomaram dois caminhos principais na experiência internacional. O primeiro é o deslocamento do modelo contributivo da saúde para o não contributivo, como ocorreu na Inglaterra, no Canadá e, mais recentemente, no Brasil. O segundo é a inclusão, no sistema de saúde, de populações excluídas dos regimes previdenciários, por meio da instituição de mecanismos não contributivos

9. Em 1948, 500 mil aposentados ingleses ainda solicitavam benefícios assistenciais e, no início da década de 1950, mais de 1 milhão o faziam (Whiteside, 2014). A dupla proteção continuava ativa três décadas depois: em 1973, 22% dos aposentados ingleses recebiam benefícios da assistência social (Crowley, 2000, p. 19, nota 23). Na França, a superposição entre as duas políticas foi explicitamente reconhecida por alguns atos normativos, inclusive no âmbito da saúde, como exemplifica o decreto de 1935, que autoriza os segurados da previdência social a fazerem uso do serviço médico assistencial (Bec, 2008).

específicos, como no caso da França ou da Bélgica. A expansão dos benefícios monetários da assistência social foi igualmente observada, respondendo a um projeto político de ampliação do bem-estar social.

3 AMPLIANDO O CAMPO DO DEBATE – ESTADO DE BEM-ESTAR E SEGURIDADE SOCIAL

Após a Segunda Grande Guerra, com o desenvolvimento de políticas sociais associadas ao objetivo de melhoria do bem-estar da população, ampliou-se a diversidade de experiências nacionais, ao mesmo tempo que se observou a expansão de ofertas em outras políticas sociais, como as de trabalho, habitação ou cuidados. O uso do termo *welfare state* – ou Estado de bem-estar – difundiu-se, mas com expressiva disparidade de significados. O contexto de maior dissonância dificultou os esforços de análise comparativa. Enquanto em alguns países os termos seguridade social e *welfare state* passaram a ser usados de forma integrada, quando não como sinônimos, em outros, a distinção se aprofundou. Paralelamente, termos acolhidos e utilizados em um contexto não necessariamente correspondiam ao mesmo termo utilizado em outros contextos. As diferenças refletem distintas opções analíticas e preferências políticas. E expressam realidades jurídicas e administrativas específicas, de acordo com os instrumentos legais e normativos promulgados e com as instituições criadas sob a denominação de seguridade social.

Os Estados Unidos são um bom exemplo das transformações que progressivamente afetaram o uso dos termos seguridade social e *welfare state*. Como lembra Béland (2011), entre as décadas de 1950 e 1960, traçou-se, naquele país, uma linha clara diferenciando *welfare state* e seguridade social, com profundas consequências políticas. Enquanto seguridade social ganhou um significado progressivamente mais restrito, associado à política previdenciária e, especialmente ao seguro social para os riscos associados à velhice, o termo *welfare state* passou a receber uma conotação negativa. Associado a benefícios não contributivos, habitualmente identificados como de assistência social em outros países, o sentido pejorativo se consolidou na década de 1960, com a implementação do programa Aid for Families with Dependent Children, que beneficiava mães solo, principalmente jovens mulheres negras. O programa tornou-se sinônimo de dependência, sofrendo fortes críticas alimentadas por preconceitos raciais e de gênero, e transformou o termo *welfare state* em um contrário a *social security*, cujos programas contributivos contavam com ampla popularidade no país (Béland, 2011).

Na Grã-Bretanha, o termo *social security* passou a ser associado aos benefícios monetários contributivos e não contributivos, mas excluindo a saúde e os serviços sociais (Crowley, 2000). O termo *welfare state* se afirmou no debate político daquele país, emergindo ao final da década de 1940 e englobando, além da seguridade social, o conjunto de ofertas em serviços de saúde e assistência social (Wincott, 2014). Na França, o termo *welfare state*, em seu equivalente *État-providence*, está presente no debate acadêmico, mas não no campo institucional. A seguridade social (*sécurité sociale*) é o termo amplamente difundido no debate público e no contexto institucional, identificado aos benefícios de base contributiva que englobam tanto as proteções aos riscos previdenciários como os serviços de saúde.¹⁰ A assistência social, as políticas contra a pobreza e a exclusão social, e as políticas de habitação e emprego são habitualmente englobadas sobre o termo de proteção social (Dress, 2020).

Nos debates acadêmicos, o conceito de *welfare state* apenas começou a ser mobilizado na década de 1950, e sob a crítica de analistas como Richard Titmuss e T. H. Marshall (Wincott, 2014). Em que pese seu uso ter sido atravessado por permanentes críticas e dissonâncias, Béland e Petersen (2014) afirmam que *welfare state* é o mais influente entre os principais conceitos de política social. As dificuldades em sua definição mantêm-se, entretanto, significativas. Segundo Barbier, Zemmour e Theret, (2021), *welfare state* englobaria, além da seguridade social, as áreas de educação e direito do trabalho. Mas as definições são diversas. Analisando a produção atual sobre o tema, Garland (2016) identifica três diferentes conceituações de *welfare state*. Uma perspectiva restritiva o identifica às transferências não contributivas voltadas ao combate à pobreza. Uma segunda perspectiva inclui as instituições de seguro social, saúde e educação. Uma terceira engloba a política macroeconômica que atuaria integrada aos Estados de bem-estar. Kuhlmann (2012) opta igualmente por diferenciar as atuais conceituações de *welfare state* em três grupos. Uma perspectiva concisa identificaria *welfare state* aos benefícios de renda e serviços sociais; uma segunda, que reuniria a maioria dos autores, incluiria outras políticas sociais, como trabalho, saúde, cuidados de longa duração, assistência social, política familiar e habitação, havendo menos concordância sobre a inclusão da área de educação. E, por fim, uma definição ainda mais

10. A seguridade francesa é composta por cinco setores: doença, aposentadoria, família, acidentes de trabalho e dependência. Cada setor é gerido por uma instituição distinta – Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) que também gere os acidentes de trabalho; Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV); Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF); e Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). A gestão é realizada pelo Ministério das Solidariedades e da Saúde, e conta com uma lei de financiamento da seguridade social e com uma Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. Ver: <<https://www.securite sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-branches>>. Acesso em: 1º set. 2022.

abrangente acolheria a intervenção do Estado na atividade macroeconômica geral, nos salários e nas políticas de emprego.

O conceito de Estado de bem-estar social, ou *welfare state*, acolhe, assim, uma importante diversidade de definições. Outros exercícios analíticos buscaram contornar as controvérsias em torno da abrangência setorial focando nos objetivos pretendidos. A influente definição da historiadora inglesa Asa Briggs contribuiu neste esforço:

“welfare state” é um Estado em que o poder organizado é deliberadamente utilizado (através da política e da administração) num esforço para modificar o jogo das forças de mercado em pelo menos três direções: em primeiro lugar, garantindo aos indivíduos e às famílias um rendimento mínimo, independentemente do valor de mercado do seu trabalho ou de suas propriedades; em segundo lugar, reduzindo o grau de insegurança, permitindo que indivíduos e famílias enfrentem certas “contingências sociais” (por exemplo, doença, velhice e desemprego) que, de outra forma, conduziriam a crises individuais e familiares; e, em terceiro lugar, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de *status* ou classe, sejam oferecidos os melhores padrões disponíveis em relação a uma determinada gama acordada de serviços sociais (Briggs, 1961, p. 228, tradução nossa).¹¹

Tal definição permite enfatizar os objetivos de melhoria social que o *welfare state* aporta, e também destacar a ideia de que, além de patamares mínimos de renda, integram o escopo dos Estados de bem-estar escalas adequadas e uniformes de serviços sociais. Essa definição permite ainda avançar na discussão dos resultados sociais que se pretende alcançar. Mesmo que não escape a controvérsias – tais como quais seriam os níveis mínimos de renda e como definir os melhores padrões de serviços a serem garantidos em um determinado momento em cada sociedade –, esta trilha foi explorada por vários autores, incluindo Robert Castel, cuja contribuição favorece uma melhor compreensão do tipo de inovação representado pelo *welfare state*. Para Castel (1998), o Estado de bem-estar social, ou Estado social – termo considerado mais adequado pelo autor –, instala um tipo diferenciado de propriedade, a propriedade social. Permitindo a superação das regulações de natureza moral, o Estado social institui o acesso a um fundo público comum que garante a proteção social na forma de direito

11. No original: *“welfare state’ is a state in which organized power is deliberately used (through politics and administration) in an effort to modify the play of market forces in at least three directions – first, by guaranteeing individuals and families a minimum income irrespective of the market value of their work or their property; second, by narrowing the extent of insecurity by enabling individuals and families to meet certain ‘social contingencies’ (for example, sickness, old age and unemployment) which lead otherwise to individual and family crises; and third, by ensuring that all citizens without distinction of status or class are offered the best standards available in relation to a certain agreed range of social services”.*

social para benefícios monetários e serviços, colocando fim ao regime em que a propriedade individual era o único instrumento efetivo de proteção social.

As várias críticas dirigidas ao termo *welfare state*¹² têm compelido muitos estudiosos, nas últimas décadas, a substituí-lo por Estado social e, mais frequentemente, por proteção social (Béland, 2011; Barbier, Zemmour e Theret, 2021). Em que pese a sua maior neutralidade, proteção social acolhe igualmente diferentes definições, a depender de como são priorizados, pelos autores, as ofertas, os públicos, ou os seus provedores – se públicos, privados ou comunitários. No que diz respeito às ofertas, o conceito de proteção social também pode acolher desde abordagens restritas, limitadas às transferências de renda direcionadas aos mais pobres,¹³ ou ao conjunto dos programas de renda contributivos e não contributivos,¹⁴ até definições mais amplas, incluindo políticas de saúde, educação, emprego e habitação,¹⁵ ou mesmo programas voltados a situações de vulnerabilidades sociais particulares.¹⁶

12. Kuhmann (2012) destaca a enorme variedade empírica dos Estados de bem-estar, a dificuldade de estabelecer um mínimo denominador comum, o uso simultâneo do termo como conceito analítico e plataforma política, e a variedade de significados que o termo acolhe em diferentes países.

13. Em influente texto, Devereux e Sabates-Wheeler (2004, p. iii, tradução nossa) conceituam proteção social da seguinte forma: “A proteção social descreve todas as iniciativas públicas e privadas que proporcionam transferências de rendimento ou consumo aos pobres, protegem os vulneráveis contra os riscos de subsistência e melhoram o *status* social e os direitos dos marginalizados, com o objetivo geral de reduzir a vulnerabilidade econômica e social dos grupos pobres, vulneráveis e marginalizados”. No original: “*Social protection describes all public and private initiatives that provide income or consumption transfers to the poor, protect the vulnerable against livelihood risks, and enhance the social status and rights of the marginalised; with the overall objective of reducing the economic and social vulnerability of poor, vulnerable and marginalised groups*”.

14. Henrard (2007, p. 214, nota 2, tradução nossa), por exemplo, define a proteção social como uma proteção coletiva contra os riscos sociais, entendendo-os como “um perigo na vida que reduz os recursos de uma pessoa (como doença, acidente, velhice, invalidez, desemprego) ou aumenta suas despesas (como constituir família, doença). O risco pode ser coberto pela solidariedade nacional financiada pelos impostos ou pela segurança social financiada pelas contribuições para a segurança social”.

15. Draibe é um dos autores que analisam o conceito de sistema de proteção social de uma perspectiva ampla: “O termo proteção remete à ideia de proteção contra riscos sociais, tanto os velhos e clássicos – perda previsível da renda do trabalho – como os contemporâneos – ter emprego decente, educar os filhos, viver nas megalópoles, habitar e alimentar-se condignamente etc. Tais conceitos são de maior amplitude, portanto, que o de seguridade social, usualmente referido à previdência, saúde e assistência social” (Draibe, 2003, p. 63, nota 1).

16. Norton, Conway e Foster (2002, p. 543, tradução nossa) apresentam a seguinte definição: “A proteção social refere-se às ações públicas tomadas em resposta a níveis de vulnerabilidade, risco e privação considerados socialmente inaceitáveis dentro de um determinado sistema político ou sociedade”. No original: “*Social protection refers to the public actions taken in response to levels of vulnerability, risk and deprivation which are deemed socially unacceptable within a given polity or society*”.

A definição mais influente de *welfare state* emergiu do clássico estudo comparado realizado por Esping-Andersen (1990). Identificando três provedores de bem-estar social – o mercado, a família e o Estado –, Esping-Andersen aponta não um, mas três diferentes regimes de *welfare*. O autor destaca as variações observadas nas definições de direito social garantidos pelo Estado e no modo como suas ofertas se articulam com as iniciativas de provisão social originárias no mercado e nas famílias. Constatando objetivos e ofertas diversos, assim como a priorização distinta de públicos na organização da ação estatal sobre a estrutura de desigualdade social, Esping-Andersen (1990) desenvolve uma tipologia analiticamente fecunda.

Podemos, assim, concluir que sendo pensado como a garantia de provisão de bem-estar para além daquela adquirida no mercado ou na família – ou seja, independentemente da proteção econômica que cada indivíduo pode adquirir a partir da mobilização de recursos próprios ou de familiares –, a proteção social se refere à ação do Estado, e coincide com a configuração de um Estado social. Mas mesmo nesta concepção mais restrita, que acolhemos neste trabalho, a problemática das ofertas privadas não pode ser excluída da análise sobre proteção social, por quatro motivos. Em primeiro lugar, a ação pública muitas vezes opera como incentivadora direta ou indireta das instituições e dos atores privados. Subsídios, isenções fiscais e outros incentivos públicos em favor das ofertas privadas são integrantes do Estado social e impulsionam diretamente a configuração e os gastos públicos dos sistemas de proteção social. Em decorrência, e este é o segundo motivo, cabe reconhecer que a fronteira entre proteção social pública e privada é difusa e porosa, em consequência seja da ação das instituições filantrópicas e do terceiro setor, seja dos contratos de prestação de serviços passados pelo Estado a empresas privadas de diferentes perfis. Em terceiro lugar, a ação do Estado no campo social tem efeitos diretos e indiretos sobre a dinâmica produtiva nacional e sobre o padrão de comércio exterior, como ficou claro durante a pandemia da covid-19 com relação ao mercado mundial de bens e serviços em saúde. Por fim, o quarto motivo se refere ao fato de que a densidade da oferta pública – quer em cobertura, quer em qualidade – amplia ou reduz o esforço das famílias em acessar privadamente serviços sociais e benefícios monetários, atuando como impulsionador específico do campo privado em oferta de bem-estar. Na impossibilidade de acesso privado em um contexto de limitação da oferta pública, expandem-se as situações de desproteção social, ampliação da desigualdade, e aprofundamento das vulnerabilidades e de privações sociais das famílias, aumentando ou deslocando as demandas de intervenção social do Estado.

Fica ainda pendente a questão referente à tipologia da proteção social em face dos serviços da seguridade social. Dada a variação dos desenhos institucionais, pode-se novamente fazer recurso a Esping-Andersen (1990). Embora os dados empíricos

mobilizados naquela obra examinem apenas os benefícios monetários, a análise engendrada pelo autor engloba tanto os serviços sociais como os de saúde, além das políticas de mercado de trabalho. A tipologia proposta por Esping-Andersen será retomada por outros autores que buscam examinar sua adequação no que diz respeito aos serviços de saúde e aos serviços sociais. Anttonen e Sipila (1997) realizam uma comparação internacional para os serviços de cuidado com crianças e com idosos em situação de dependência. Aprofundando a proposta de Esping-Andersen, os autores apresentam uma tipologia composta de cinco modelos para o caso europeu. Também são cinco os modelos identificados por Bambra e Eikemo (2009), complementando o estudo de Esping-Andersen no exame das ofertas em serviços de saúde para 23 países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), bem como por Bambra (2006), no âmbito dos resultados em saúde para dezoito países da OCDE. Os regimes de proteção social mantêm-se, assim, como um recurso analítico relevante. Permitem observar as diferenças no que diz respeito à organização das políticas públicas e de seus resultados, fornecendo aos analistas possibilidades promissoras de caracterização e compreensão dos sistemas de proteção social e, em especial, das políticas de seguridade social.

4 CATEGORIAS ANALÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL

A seção anterior permitiu avaliar que diferentes abordagens são mobilizadas nos estudos sobre *welfare state* e sobre seguridade social, e respondem tanto a esforços realizados no âmbito das análises comparadas como a exames de trajetórias específicas de emergência e desenvolvimento considerando dinâmicas institucionais e contextos sociais e políticos. Permitiu ainda observar que a noção de seguridade social se afirmou identificada a um dos principais componentes dos *welfare states*, quando não ao seu eixo. Apesar das diferenças no uso do termo, a seguridade social se consolidou como referência institucional de um processo de ampliação e universalização das políticas previdenciária e de saúde, além de expansão da assistência social.

Em que pesem os variados arranjos institucionais possíveis, em geral foi em torno daquelas três políticas públicas que se organizou o campo da seguridade social. Tais políticas setoriais guardam suas especificidades em objetivos e estratégias de intervenção. No que diz respeito à renda, enquanto a previdência social – incluindo o seguro-desemprego – procura garantir a segurança operando como um substituto da renda do trabalho, a assistência social visa garantir um patamar mínimo para aqueles em condições de pobreza ou, de forma ampla, para públicos considerados em situações de vulnerabilidade, como

crianças ou idosos.¹⁷ Os serviços públicos de saúde, associados quer a sistemas previdenciários, quer a modelos não contributivos, têm finalidade própria, relacionada à promoção de cuidados e à redução do risco de adoecimento e de agravos à saúde. Os serviços socioassistenciais, por sua vez, voltam-se ao apoio e à proteção de grupos em situação de particular vulnerabilidade, seja devido à sua posição no ciclo de vida, seja devido ao isolamento relacional ou ainda à vivência de violências pessoais ou ao risco de vivenciá-las. Mas tais políticas são atravessadas por aspectos comuns que merecem ser destacados. Elas dialogam com a categoria de risco social, bem como com a de bem-estar e de ciclo de vida e suas vulnerabilidades, e organizam mecanismos institucionais de solidariedade social e redistribuição. Estes aspectos serão analisados a seguir.

O conceito de risco social foi organizador dos modernos sistemas de proteção social, e segue estruturando o debate sobre seguridade social. Como demonstrou o já clássico trabalho de Ewald (1986), foi por meio do conceito de risco social que situações associadas à ausência de renda devido às limitações para o exercício do trabalho – invalidez, doença, desemprego e velhice – puderam ser abordadas pela política pública. Tais situações deixaram de ser tratadas como fruto do acaso ou associadas a condutas inadequadas do trabalhador, sendo identificadas a eventos cuja presença faz parte da normalidade da vida social e laboral. Tratando cada indivíduo como membro de um grupo com o qual ele partilha um risco social, o seguro social evita o debate da falta individual e reafirma a força da solidariedade sem confrontar o princípio da responsabilidade. Os riscos sociais representaram a emergência de uma nova racionalidade que, ultrapassando a interpretação liberal, legitimou a intervenção do Estado no campo social.

A política de seguro social implica ainda um reconhecimento do interesse público na prevenção dos riscos sociais. A insegurança de renda e o risco da indigência dos trabalhadores em situação de incapacidade temporária ou definitiva de trabalho entrou na agenda pública e passou a ser considerada como tema que reclamava uma resposta política. O dano individual causado por tais circunstâncias foi associado a um dano à própria sociedade, e seu enfrentamento foi avaliado como positivo por diversos atores. Argumentos diversos foram mobilizados, ressaltando-se os de cunho econômico (fortalecimento do mercado de trabalho e dos vínculos laborais, sustentação da demanda, estabilização da economia), social (enfrentamento da desagregação do tecido social ou da degeneração moral da classe trabalhadora) e político (aprofundamento

17. São exemplos o atual programa de renda universal a idosos implementado na Cidade do México, ou o programa italiano de benefício monetário universal dirigido às crianças.

dos princípios democráticos de governo e fortalecimento da nação).¹⁸ Castel (1998, p. 364) enfrenta este debate definindo a seguridade social como “uma mobilização de uma parte dos recursos de uma nação para assegurar sua coesão interna, diferente e complementar de sua política externa, comandada pela exigência de defender sua posição no ‘concerto das nações’”.

Tendo o risco social como a categoria organizadora, o seguro social se afirmou como tecnologia social capaz de estruturar um novo sistema de garantias legais. Mas a clareza na identificação dos problemas a serem tratados pela categoria de risco social esteve sob permanente questionamento. De um lado, os diferentes sistemas de proteção social apresentam métodos distintos de caracterizar e gerir os riscos sociais. De outro lado, pode-se encontrar dificuldade em abordar certos problemas a partir desta categoria. Como destaca Merrien (2010), se acidentes de trabalho e invalidez são mais facilmente abordados sob a ótica do risco, a velhice parece sobretudo um fenômeno natural e previsível, bem como as demandas de cuidado em saúde. De igual maneira, os benefícios monetários associados ao chamado risco família,¹⁹ progressivamente adotados e atualmente presentes na maioria dos sistemas de proteção social, assim como, mais recentemente, ao chamado risco dependência, respondem mal à definição tradicional de incapacidade para o trabalho. De fato, o conceito de risco social tendeu a se alargar, fazendo referência aos acontecimentos passíveis de suprimir a renda ou de reduzir o nível de vida não apenas dos trabalhadores, mas dos indivíduos ou das famílias.²⁰

Na década de 1990, o conceito de risco social tendeu a um novo alargamento, reflexo de novas contribuições inspiradas especialmente pela obra de Ulrich Beck, *Risk Society*, publicada em 1992. Argumentando que as sociedades contemporâneas vivenciam uma reorganização dos riscos em sua natureza e em sua distribuição, Beck (1992) considera que o conceito de risco deveria ser expandido de modo a acolher um conjunto amplo e desigual de fenômenos – desde riscos climáticos ou alimentares até riscos nucleares, que se espriariam homoganeamente por toda a sociedade. Beck argumenta ainda que

18. Um exemplo no destaque dado tanto à efetividade da seguridade social sobre a dinâmica econômica como sobre a dinâmica democrática pode ser encontrado nos discursos de Roosevelt (Mastor, 2014). Sobre a extensa literatura que identificou a pobreza como uma ameaça ao ordenamento moral das sociedades modernas ou como decorrência da imoralidade dos pobres, ver Castel (1998).

19. Como exemplo, pode-se citar o caso francês, em que os benefícios para as famílias se dirigem às seguintes situações: apoio para a preparação ao nascimento (*prime à la naissance*); apoio as famílias com crianças menores de 3 anos de idade (*allocation du jeune enfant*); apoio a famílias com mais de dois filhos (*allocations familiales*); e apoio a famílias monoparentais (*allocation de soutien familial*).

20. Ver, a respeito, Morel (1999), Pollak (2009) e Merrien, Parchet e Kernén (2005).

as sociedades atuais vivenciarão um processo continuado de individualização das trajetórias sociais e profissionais, estando as desigualdades sociais e a pobreza cada vez mais associadas às fases do ciclo de vida. Ambos os fenômenos – novos riscos sociais e individualização das trajetórias – imporão a pauta de reforma dos sistemas de proteção social. A análise de Beck enfrentou ampla resistência. Além das críticas aos aspectos conceituais de seu argumento, incluindo o diagnóstico sobre a individualização e suas causas (Atkinson, 2007), tal perspectiva foi contestada em suas bases empíricas, como o fez, entre outros, Curran (2013), demonstrando que tanto os riscos existentes como as “rotas de fuga” mobilizadas são distribuídos de maneira desigual.

O esforço analítico no sentido do alargamento da categoria riscos sociais continuou, contudo, inspirando propostas de reformulação das políticas de seguridade social. Entre elas, ganhou destaque uma concepção de proteção social focada na gestão dos riscos sociais e na abordagem da pobreza pela perspectiva de risco. Compreendendo a ampliação e a variedade dos riscos como um processo inexorável, e identificando a população em extrema pobreza como incapaz de mobilizar estratégias individuais de proteção, propostas passaram a ser formuladas no sentido de concentrar a seguridade social nas políticas de transferência de renda, em articulação com estratégias de gestão dos riscos (Holzmann e Jorgensen, 2000). Nesta perspectiva, propõe-se tanto o alargamento da temática do risco como o estreitamento da intervenção pública em face do tema. A intervenção da esfera pública é, assim, valorizada apenas com relação aos que se mostram incapazes de gerir riscos, não mais entendidos como integrantes da vida laboral, mas sim da vida social ou mesmo da vida em seu sentido amplo (Jaccoud, 2010). O esforço de reduzir a política pública de seguridade social e de revalorizar a responsabilidade privada com relação a situações clássicas do risco social encontra, contudo, fortes críticas. Como enfatizou Castel (1998; 2009), nas sociedades contemporâneas, grande parte da população se encontra na zona de vulnerabilidade e vivencia situações de instabilidade e inserção precária no mercado de trabalho. Também para eles, as políticas de seguridade social representam um vetor essencial de segurança e integração social. Além disso, a seguridade social garante o suporte e as condições para que o indivíduo possa, mesmo nas conjunturas adversas, atuar social e economicamente e existir dignamente.

A ampliação da categoria riscos sociais foi objeto de outra abordagem influente, que, destacando as mudanças sociais nas sociedades pós-industriais, aponta para a emergência dos novos riscos sociais: o desemprego de longa duração, a demanda de conciliação da vida familiar e profissional, e a oferta de cuidados, além do risco de desatualização nas habilidades profissionais (Esping-Andersen, 2002b). Os novos riscos

sociais também foram associados ao ciclo de vida, considerando que as trajetórias biográficas dos indivíduos não mais correspondem à organização do curso de vida tripartido que predominou nas sociedades industriais, onde se substituíam, ordenadamente, as etapas da infância, vida adulta e velhice (Guillemard, 2005). O conceito de curso de vida veio aprofundar o debate sobre seguridade social, ao reconhecer os contextos sociais, culturais e históricos nos quais os percursos de vida se desenvolvem e onde se desdobram suas trajetórias e transições (Yerkes, Peper e Baxter, 2012). Introduzindo questões novas, tais perspectivas apresentam propostas de aperfeiçoamento dos sistemas de proteção social, incluindo as discussões sobre investimento social, políticas de equilíbrio trabalho-família, políticas de cuidados ou expansão dos programas de renda mínima garantida.

Mas cabe sublinhar que, mesmo em sua concepção tradicional, o conceito de risco social continua dotado de centralidade para a análise e a organização da seguridade social. Como destaca Pollak (2009), esta categoria mantém sua relevância por permitir tratar coletivamente de situações: i) cujas repercussões são relevantes para os indivíduos e para a sociedade; ii) cuja responsabilidade não pode ser imputável juridicamente; e iii) cuja proteção não deve ficar a cargo dos recursos individuais. Sobre o primeiro aspecto, a autora enfatiza que o denominador comum aos riscos sociais deve ser buscado não em suas causas, mas em seus efeitos. Eles afetam a segurança econômica dos indivíduos, seja restringendo a sua renda, ao limitar sua capacidade de ganho, seja promovendo um aumento excepcional de suas despesas.²¹ Por seu turno, se os riscos sociais são ocorrências às quais todos estão expostos, eles não se repartem de forma equânime entre indivíduos ou grupos sociais. E é justamente a seleção adversa que exige a intervenção estatal, por meio de cotizações obrigatórias, gestão e financiamento público. Se os mais vulneráveis são os que sofrem maior probabilidade de ocorrência do risco social, são eles que, ao mesmo tempo, detêm menor capacidade de financiamento para sua prevenção e enfrentamento. A responsabilidade pública é mobilizada para assegurar um patamar de redistribuição vertical e horizontal.

A seguridade social se refere, assim, a situações de vulnerabilidade social cujo enfrentamento exige a promoção de um arranjo de solidariedade pública que se estenda a todo o corpo social. E neste sentido, ela vai além do conceito negativo do risco social e da proteção ao indivíduo. Seguridade social se associa a uma perspectiva positiva, de bem-estar, ao aportar garantias coletivas asseguradas via direito social e direito do

21. Por este motivo, Pollak critica a definição dos chamados novos riscos sociais, que se referem a novas situações sociais, mas não aos seus efeitos (Pollak, 2009, p. 12).

trabalho, de acesso a patamares comuns de existência e desenvolvimento pessoal e social. Os mecanismos da solidariedade e da redistribuição se impõem como parte estruturante deste campo de intervenção pública, apesar de fortemente desafiados em contextos de heterogeneidade das trajetórias de inserção no mercado de trabalho e de desigualdades no acesso às proteções.

Mecanismos e regimes de solidariedade organizam as políticas de seguridade social em seus diferentes arranjos institucionais. Mas solidariedade é um termo que acolhe múltiplas interpretações e significados.²² Do ponto de vista jurídico, ela foi mobilizada no século XIX para reconhecer o mecanismo da responsabilidade solidária que estabelece obrigações coletivas entre partes, ultrapassando o fundamento individualista do direito civil (Supiot, 2018). Mas foi como base do sistema previdenciário que a solidariedade ganhou densidade como princípio jurídico organizador da ação pública, instituindo obrigações entre grupos sociais e entre gerações para fazer face aos riscos sociais, independentemente de compromissos de natureza contratual. Segundo Supiot (2015), o caráter obrigatório da cotização e da filiação previdenciária organiza uma solidariedade assentada na reciprocidade, ao reconhecer a todos os homens uma igual vocação a dar e receber. Neste sentido, a previdência social teria base distinta do seguro privado e da caridade. O seguro privado exclui a proteção aos grupos de menores rendas e maiores riscos, como é o caso dos mais idosos ou dos doentes crônicos, enquanto a caridade oferece proteção a segmentos de grupos mais vulneráveis, separando, entretanto, aqueles que doam daqueles que recebem.

O regime de solidariedade instituído pelo seguro social obrigatório e aprimorado pelas instituições de seguridade social não apenas afirma a centralidade da reciprocidade, mas avança no reconhecimento da interdependência social. Como destaca Castel (1988), foi a ênfase na interdependência, alimentada pela sociologia nascente, que permitiu a reformulação na abordagem da pobreza e do trabalho, colocando o Estado em posição central na regulação entre os diferentes grupos e interesses sociais, e como fundamento de um sistema de solidariedade em uma nova ordem de direito, o direito social.

As mudanças no direito social refletem as novas roupagens da solidariedade organizada pelos regimes de proteção social. A previdência social se organizou a partir do

22. Malamoud (2015) destaca cinco diferentes sentidos para a solidariedade: compaixão, abnegação, mutualismo, ação coletiva e interdependência. Conforme o autor, para além de uma dimensão afetiva e pessoal, a solidariedade pode assumir formas organizacionais variadas, inclusive ganhando base jurídica em escala nacional.

pertencimento a uma comunidade profissional e instituiu um dever de contribuição financeira e um direito à proteção social por meio da redistribuição de recursos dentro desta comunidade. Neste arranjo, o esforço de contribuição do segurado não é determinado pelo risco que ele corre, mas pela sua renda. Com a ampliação das profissões assalariadas e a expansão do campo de obrigatoriedade de filiação, estendeu-se progressivamente a cobertura previdenciária. A universalização do direito à seguridade social transfere esta solidariedade para uma escala nacional, alterando o escopo da cidadania social. A seguridade social, reconhecida como assunto de todos, passa a organizar um regime de solidariedade para o qual todos devem contribuir segundo sua capacidade, e do qual todos receberão benefícios visando enfrentar determinados riscos sociais e atender a determinados objetivos de bem-estar social.

É a partir dos princípios de solidariedade, de segurança e de dignidade humana que a seguridade social pode avançar no estabelecimento de garantias referentes à renda e à universalização da cobertura dos serviços de saúde e de assistência social. Os serviços e os benefícios encontram, assim, referências tendo em vista as orientações de bem-estar e de dignidade de condições de vida fixadas para tais ofertas. É também neste sentido que se legitima a participação do orçamento público nos fundos previdenciários, garantindo a solidariedade nacional ao complementar os recursos contributivos vinculados à massa salarial ou ao permitir a sua estabilização em conjunturas desfavoráveis no mercado de trabalho. A existência de impostos específicos voltados ao financiamento da seguridade social é recorrente na experiência internacional, revelando uma efetiva integração entre direitos previdenciários e direitos de cidadania.

5 DESIGUALDADES E INTERFACES DA SEGURIDADE SOCIAL

A seguridade social se consolidou em um processo de progressiva ampliação da responsabilidade pública em torno dos riscos sociais, da melhoria do bem-estar e da redução da vulnerabilidade social. Neste contexto, a articulação das ofertas e das garantias estatais nos campos da assistência social, previdência social e saúde variou ao longo do tempo e entre trajetórias nacionais. Em que pese a diversidade na forma de organização institucional da seguridade social e seus diferentes e heterogêneos resultados redistributivos, ela se afirmou como eixo dos modernos sistemas de proteção social, gerando solidariedade e atuando como mecanismo de integração social, não obstante poder também ser responsável por reprodução de desigualdades.

Mas a seguridade social e cada uma de suas políticas setoriais se constituiu e continua operando em diálogo com um contexto social específico e sua dinâmica de desigualdades.

Explorar este contexto parece etapa incontornável para avançar na reflexão sobre as interfaces entre as políticas de seguridade social, e sobre seus potenciais de interação. Cabe, assim, olhar com mais atenção para a estrutura de desigualdades, considerando em que medida as desigualdades presentes em cada um dos campos de intervenção da seguridade social podem afetar as desigualdades nos demais campos. As desigualdades de renda e sua contribuição no aguçamento das desigualdades em saúde são, neste sentido, esclarecedoras.

Os estudos dos determinantes sociais da saúde se afirmaram como uma linha relevante na literatura epidemiológica e sociológica, e vêm permitindo avançar na compreensão das causas das desigualdades em saúde e na análise das estratégias de atuação e seus efeitos. Dois eixos são destacados. Um primeiro se refere às desigualdades de acesso aos serviços de saúde, que promovem diferenciações nas condições de saúde dos indivíduos e populações. As desigualdades em saúde podem derivar de diferenças nas condições de entrada ou no fluxo e continuidade da atenção no interior do sistema de saúde. São desigualdades por indisponibilidade de oferta ou por omissão de acolhimento no funcionamento rotineiro dos serviços. Aqui também devem ser consideradas desigualdades quanto à concepção e ao planejamento do sistema de saúde em suas diferentes modalidades de atenção, tendo em vista as condições diversas da população a ser atendida.

Em um segundo eixo de causalidades, e mais afeto à reflexão sobre as interfaces das políticas de seguridade social, as desigualdades em saúde são relacionadas às desigualdades de condições de vida, entre elas a renda, cujo impacto nas condições de saúde são determinantes, ampliando ou reduzindo a exposição a fatores de riscos e a eventos desfavoráveis que induzem o aparecimento de doenças ou o seu agravamento.²³ A literatura tem indicado que a relação entre renda e saúde se impõe a despeito das diferenças educacionais ou relacionadas a condições de trabalho (Jusot, 2004), e tem influência mesmo em um contexto de acesso universal aos serviços de saúde.

A baixa renda intervém no acesso aos serviços de saúde, impondo uma renúncia a certos tratamentos ou medicamentos devido ao peso que estes representam no orçamento domiciliar. Assim, os mais pobres tendem a acessar menos cuidados

23. Um terceiro grupo de fatores tem sido identificado por parte da literatura e diz respeito aos comportamentos que favorecem determinadas morbidades ou seu agravamento. Mas tais fatores não serão analisados no presente trabalho, considerando-se que: i) a natureza dos comportamentos de risco em relação a certos grupos de morbidade é tema ainda controverso; ii) tais comportamentos estão, em grande parte, associados às condições de vida e às desigualdades de acesso nos serviços de saúde e às demais ofertas da seguridade social; e iii) tais riscos se agravam em contextos marcados por desvantagens nas condições de vida.

especializados, odontológicos e oftalmológicos, e fazem uso tardio e menos frequente de cuidados ambulatoriais e hospitalares. Em sentido contrário, os segmentos de maior renda têm acesso diferenciado a serviços privados ou suplementares; esperam por menos tempo para a realização de procedimentos e atendimentos; e contam com recursos para facilitar a reorganização da vida pessoal e doméstica de modo a favorecer a recuperação da sua saúde. Tais diferenças, contudo, podem ser amenizadas ou mesmo superadas pela forma de organização dos serviços públicos de saúde, pelo apoio e pela orientação dos serviços socioassistenciais de acompanhamento das famílias, e pelo arranjo do sistema de garantia de renda da seguridade social.

A influência dos programas de manutenção da renda nas condições de saúde tem sido atestada por estudos dedicados a analisar a relação entre renda e mortalidade. A literatura internacional sobre renda e mortalidade, bem como sobre renda, expectativa de vida e expectativa de vida saudável, vem revelando em bases consistentes as desvantagens acumuladas pelas populações que integram os extratos socioeconômicos menos favorecidos (Pickett e Wilkinson; 2015; Newton *et al.*, 2015; Fouweather *et al.*, 2015; Mackenbach *et al.*, 2008; 2016; Blaise e Lefèbvre, 2018; Cambois *et al.*, 2020; Bennett *et al.*, 2021). Em reconhecido estudo sobre o tema, McDonough *et al.* (1997) mostram que, no caso dos Estados Unidos, as desvantagens são particularmente profundas nas extremidades inferiores da distribuição de renda. Mas o estudo revela, com relação aos grupos etários, que os efeitos da renda no diferencial das taxas de mortalidade são menos pronunciados entre os idosos. A existência de política pública voltada à oferta de cuidados de saúde aos idosos²⁴ e a manutenção de renda por meio do programa de previdência social pública²⁵ reduzem o diferencial de renda na velhice, com diminuição das diferenças de mortalidade.

Pesquisas sobre o tema se sucederam em vários países, assim como em perspectiva comparada, confirmando aqueles resultados. Blaise e Lefèbvre (2018) apresentam um quadro da esperança de vida para um conjunto de treze países europeus analisando coortes de idade entre 30 e 70 anos. Os autores também observam uma relação positiva entre renda e longevidade, presente para todos os grupos de idade analisados. Mas identificam que o diferencial da esperança de vida se reduz entre os mais idosos. O menor diferencial de mortalidade entre idosos em distintos estratos de

24. Nos Estados Unidos, o programa Medicare oferece acesso gratuito a serviços de saúde para os idosos de mais de 65 anos.

25. A aposentadoria pública é assegurada para a grande maioria dos trabalhadores americanos (95%), com um valor médio de aposentadoria correspondendo a cerca de 40% do valor médio do salário (Ramaux, 2012, p. 57-58).

renda seria efeito de dois fatores. De um lado, a distribuição de renda é menos desigual neste grupo, com variações entre o perfil dos sistemas nacionais de proteção social. De outro lado, as diferentes taxas de mortalidade por nível de renda ao longo do ciclo de vida reduzem a presença dos idosos pobres entre o grupo de idosos.²⁶ Se a mortalidade fosse a mesma em todos os níveis de renda, haveria proporcionalmente menos idosos ricos e mais idosos pobres. Ou seja, a menor relação entre a desigualdade de renda e a desigualdade na esperança de vida entre os idosos também é impactada pelo diferencial de mortalidade em faixas de idade anteriores.

Desigualdades relacionadas a diferenças de renda e estabilidade advindas da forma de participação no mercado de trabalho também causam impactos na saúde e na longevidade, como releva, por exemplo, o estudo realizado por Schwandt e Wachter (2020). Acompanhando as coortes que entraram no mercado de trabalho americano antes, durante e depois da recessão econômica que marcou o início dos anos 1980, o estudo evidencia a relação causal entre as condições econômicas e a expectativa de vida. Revela que os trabalhadores que entraram no mercado de trabalho durante uma recessão observaram um aumento da mortalidade na meia-idade. Enfrentando maior desemprego e menores salários, e contando com menos proteção social, tais trabalhadores vivenciaram a médio e longo prazo uma piora das condições de saúde e uma mortalidade média precoce. O estudo revela, assim, que ingressar no mercado de trabalho em período de recessão não apenas provoca consequências conjunturais negativas em trabalho e renda, mas gera impactos adversos de médio e longo prazo em saúde, inclusive com aumento de mortalidade.

De modo similar, o desemprego tem se revelado como um fator deletério para a saúde. Analisando o caso da França entre as décadas de 1970 e 1990, Mesrine (2000) mostrou como o aumento do desemprego está associado ao crescimento da mortalidade dos homens, em especial em contexto de crescimento do desemprego de longa duração. Analisando os cinco anos seguintes ao início da situação de desemprego, o estudo revelou que o risco anual de morte do homem desempregado foi, em média, cerca de três vezes maior que o risco de um trabalhador assalariado da mesma idade. Esta trajetória poderia ser explicada pelas condições prévias de saúde do trabalhador (efeito de seleção pela saúde), favorecendo o desemprego daqueles trabalhadores em piores condições de saúde. Contudo, se a hipótese do efeito de seleção pela saúde poderia ajudar a explicar a trajetória observada até meados dos anos 1980, quando as

26. Segundo os autores, a população entre 30-34 anos apresenta um diferencial médio de 10 anos para os homens e de 4 anos para as mulheres. Para o grupo com idade entre 60-64 anos, tal diferencial é mais fraco, alcançando 4,6 anos para os homens e 2,3 anos para as mulheres (Blaise e Lefèbvre, 2018, p. 174).

taxas de desemprego eram menores, ela não explicaria o período subsequente, marcado por um expressivo aumento das taxas de desemprego e do tempo de exposição ao desemprego. Neste contexto, o crescimento da taxa de mortalidade dos desempregados com relação aos trabalhadores ativos reflete tanto a piora das condições de vida dos desempregados (reflexo das restrições adotadas no valor e na duração do seguro-desemprego) como o aumento no tempo de desemprego (impacto no aumento da pobreza sobre as condições de alimentação, o isolamento social, a perda de autoestima e a adoção de comportamentos de risco para a saúde, tais como alcoolismo e tabagismo).

O impacto do desemprego sobre as condições de saúde dos trabalhadores guarda relações com a proteção social a eles assegurada. Analisando o efeito do desemprego na saúde dos trabalhadores desempregados para o caso americano, e considerando a variação na generosidade dos diferentes programas estaduais de seguro-desemprego, Cylus, Glymour e Avendano (2015) observam que, quanto mais generosos são os benefícios de seguro-desemprego, menores são os indicadores de morbidade. Da mesma forma, analisando a relação entre desemprego, morbidade e mortalidade nos países europeus, concluem Bambra e Eikemo (2009, p. 92, tradução nossa):

A relação negativa entre desemprego e saúde é consistente em toda a Europa, mas varia consoante o regime de bem-estar, sugerindo que os níveis de proteção social podem, de fato, exercer uma influência amenizadora. A relação negativa é especialmente forte entre as mulheres, provavelmente pelo fato de as mulheres desempregadas receberem benefícios inferiores à média. A atenção dos decisores políticos deve, portanto, ser dirigida à manutenção dos rendimentos e, especialmente, à capacidade de o Estado de bem-estar apoiar as necessidades de uma força de trabalho europeia cada vez mais feminizada.²⁷

A influência da renda também vem sendo identificada em estudos que analisam outros indicadores de desigualdade social, tais como presença e agravo de deficiência, gravidez na adolescência, taxa de homicídios, taxa de encarceramento, desconfiança e mobilidade social.²⁸ Os danos causados pela baixa renda se estendem a múltiplas dimensões da vida social e a várias das situações de vulnerabilidade social cujo enfrentamento mobiliza as ofertas socioassistenciais. A literatura especializada tem

27. *"The negative relationship between unemployment and health is consistent across Europe but varies by welfare state regime, suggesting that levels of social protection may indeed have a moderating influence. The especially strong negative relationship among women may well be because unemployed women are likely to receive lower than average wage replacement rates. Policy-makers' attention therefore needs to be paid to income maintenance, and especially the extent to which the welfare state is able to support the needs of an increasingly feminised European workforce"*.

28. Um apanhado desta literatura foi realizado por Pickett e Wilkinson (2015).

revelado como a renda impacta a emergência e a experiência de condições de deficiência, incapacidade e dependência. Os estudos de Mormiche e Boissonnat (2003; 2007) são esclarecedores sobre o tema. Com dados de uma pesquisa nacional realizada na França, os autores mostram como a hierarquia socioeconômica se reflete na frequência e nos agravos da vivência da deficiência, bem como no recurso a instituições de longa permanência para o acolhimento e a realização dos cuidados integrais. A institucionalização de pessoas com deficiência naquele país mostrou ser 2,5 vezes mais frequente em famílias com profissões operárias ou assalariadas em relação àquelas cujas pessoas de referência ocupam cargos gerenciais ou que exigem formação superior. Analisando a institucionalização de crianças (pessoas menores de 16 anos) com deficiência segundo a categoria socioprofissional de seus pais, Mormiche e Boissonnat (2003) revelam a maior institucionalização daqueles originários de estratos de menor renda: a relação é de 7 para 1. Além disso, observam que a institucionalização de crianças de famílias de estratos superiores se concentra nos contextos de maior severidade da deficiência.

Retomando a definição de deficiência como uma interação entre as características pessoais e os fatores ambientais, Mormiche e Boissonnat (2007) revelam ainda que o contexto socioeconômico atua sobre a produção da deficiência e sobre as desvantagens sociais que ela pode produzir. Demonstram que, para o caso francês, a deficiência em todas as idades aparece com 1,65 vez mais frequência nas famílias cuja pessoa de referência atua em profissões operárias do que em famílias cuja pessoa de referência tem ocupação gerencial ou ocupa cargo que exige formação superior. Considerando as famílias que relatam a existência de mais de uma pessoa com deficiência no domicílio, aquela relação cresce, sendo a frequência duas vezes superior entre as famílias operárias. A desigualdade cresce quando se avalia a presença de incapacidades no contexto de deficiências: quanto melhor a situação socioeconômica da família, menor é a prevalência de incapacidade. No entanto, os autores revelam que as diferenças socioeconômicas na frequência de institucionalização se reduz nos casos de incapacidades severas.²⁹ A mesma conclusão é apresentada por Dugravot *et al.* (2020) para o caso inglês. Acompanhando uma amostra de mais de 6 mil indivíduos, o estudo aponta a forte associação entre condições econômicas, multimorbidade, deficiência e incapacidade. Mas tal associação se revela mais fraca para os casos de evolução de multimorbidade e de deficiência para a mortalidade.

29. Ainda para o caso da França e também se apoiando em dados de uma pesquisa de escala nacional, ver Montaut e Danet (2011).

Vê-se que a literatura vem destacando que tanto as desigualdades em saúde como as desigualdades na produção e no agravo das condições de deficiência e dependência refletem, em importante medida, as desigualdades de renda. E, em sentido contrário, as iniquidades em acesso a saúde, como de outros serviços sociais, são igualmente geradoras de outras desigualdades. Assim, as piores condições de saúde podem dificultar e mesmo impedir o usufruto de oportunidades educacionais e profissionais e o pleno exercício das capacidades produtivas, além de limitar e prejudicar outros aspectos da vida social e pessoal. Como ressaltam Bernard e Raynault (2004), a precarização da saúde engendra uma “espiral descendente”, constringendo a empregabilidade, deteriorando as condições de habitação, ampliando as tensões familiares e dificultando mesmo o acesso aos serviços de saúde.

Tais exemplos demonstram que as políticas protetivas em renda, serviços e cuidados devem considerar tanto os contextos sociais de desigualdade como as inter-relações entre as áreas setoriais da seguridade social. Atuar sobre redução das desigualdades demanda uma articulação dos princípios da igualdade e da equidade que organizam a seguridade social, bem como uma articulação de suas políticas específicas. Em outras palavras, o enfrentamento das condições de vulnerabilidade, pobreza, insegurança social e déficits de bem-estar aponta para a necessidade de políticas setoriais que dialoguem entre si e que integrem os princípios universalistas e seletivos em prol de uma maior consistência das políticas públicas e seus resultados (Jaccoud, 2013).

Operar políticas públicas em favor de mais ou menos igualdade afeta a dinâmica social, desde as condições de saúde aos patamares de renda, desde a emergência e a vivência da deficiência à experiência do desemprego e suas consequências. Como mostram Hall e Lamont (2013), o arranjo das políticas públicas altera a possibilidade de uma sociedade enfrentar melhor do que outra a promoção da saúde e do bem-estar dos seus cidadãos, apesar de níveis similares de recursos materiais que esta sociedade detenha. Comparando países desenvolvidos, Hall e Lamont (2013) destacam que naqueles com renda média *per capita* acima de US\$ 11.000, a saúde da população não está diretamente associada ao patamar de desenvolvimento econômico do país ou ao patamar de gasto em saúde. Evans (2009), comparando países pobres, também destaca discrepâncias entre *rankings* nacionais de renda e indicadores de saúde. A melhoria dos indicadores de desenvolvimento social é dependente tanto dos níveis internos de desigualdade social como da provisão de bens públicos e da qualidade de sua prestação, ambos associados ao arranjo institucional da seguridade social. Construir e sustentar capacidades coletivas e institucionais de cooperação e coordenação para a provisão de bens públicos impacta este arranjo e os seus resultados.

6 POR UMA ABORDAGEM MACROSSETORIAL DA SEGURIDADE SOCIAL

Os estudos sobre desigualdades podem contribuir para desvelar as relações mútuas entre as políticas públicas que buscam enfrentá-las. A inter-relação entre as políticas de proteção à renda, de saúde e de assistência social também pode ser evidenciada por meio de análises que se concentram diretamente sobre um tipo de problema social, como é o caso do desemprego. Os exemplos analisados por Morel (1999) são esclarecedores. Analisando as respostas dadas pela seguridade social francesa ao crescimento do desemprego durante a década de 1990, a autora observa que as limitações dos programas de seguro-desemprego foram compensadas pelas ofertas crescentes da assistência social, cuja atuação em complementariedade com a proteção de base contributiva se aprofundou no período. A assistência social operou como uma extensão do programa de seguro-desemprego para aqueles beneficiários que haviam recebido o período máximo de repasses previstos por este programa. Atuou, ademais, como substituto do seguro-desemprego para os desempregados que não haviam preenchido as condições para o recebimento daquele benefício contributivo. Sobre as políticas de *workfare* adotadas no mesmo período em países como os Estados Unidos e a França, Morel (1999) revela como elas teriam flexibilizado a fronteira entre, de um lado, a assistência social e, de outro, as políticas e as instituições de proteção social voltadas às relações assalariadas e à promoção do emprego.

As políticas setoriais no campo da seguridade social não operam, assim, dentro de arenas estanques, mas, ao contrário, em conjunturas sociais, políticas e institucionais que se movimentam, ampliando ou restringindo proteções. E atuam em interfaces dinâmicas, com fronteiras sociais e institucionais porosas. Neste sentido, indo além da análise intersetorial, que ressalta a exigência de integração em face de públicos e de situações sociais específicas, a perspectiva macrossetorial coloca em destaque a lógica protetiva e os objetivos políticos comuns. Favorece ainda o reconhecimento da dinâmica interdependente e complementar que marcou e ainda marca o desenvolvimento e a atuação daquelas políticas setoriais. Coloca em destaque igualmente as influências mútuas que se manifestam seja quando da atuação de uma política setorial, seja quando da insuficiência ou ausência de intervenção desta, com consequências sobre as demandas e a efetividade das proteções garantidas pelas demais políticas.

A relevância dos estudos setoriais deve ser ressaltada. O volume dos públicos, a complexidade dos fenômenos sociais objeto de intervenção, e o grande número de profissionais e de estruturas de atendimento em cada uma das políticas setoriais

mobilizam expressivos esforços políticos e gerenciais. A larga independência normativa, administrativa e financeira com que operam aquelas políticas favorecem uma reflexão setorializada. Em paralelo, a complexidade dos processos setoriais de formulação de agenda e de implementação instiga preocupações e requer análises acuradas. Contudo, tais fatores não devem constranger o avanço de estudos em uma perspectiva macrossetorial, que possa ajudar a esclarecer o modo de regulação econômica e social a cargo da seguridade social. Se a abordagem setorial é indispensável à adequada compreensão deste campo da política pública, a forma de atuação e os desafios que atravessam cada uma de suas políticas não prescindem de uma análise abrangente, ultrapassando seus componentes específicos em favor de uma perspectiva comum.

As dificuldades para levar a cabo este tipo de análise são expressivas, tanto empíricas como conceituais. Quanto ao primeiro aspecto, cabe lembrar que as interfaces, as complementariedades e os impactos recíprocos das políticas da seguridade social decorrem de uma interação frequente sobre um mesmo público, sobre uma mesma situação social e sobre um mesmo território. Por um lado, deve ser considerado que a formulação e a implementação de regras e dispositivos setoriais emergem em diferentes momentos e contextos, respondendo a objetivos não necessariamente convergentes. Por outro lado, as políticas setoriais frequentemente acolhem os mesmos beneficiários, mas de forma diversa e eventualmente conflitante. A seguridade social mobiliza recursos em favor da oferta de benefícios monetários, de serviços públicos e de bens que operam uma redistribuição de amplo alcance: entre grupos sociais; entre categorias profissionais; entre ativos e inativos; entre população urbana e rural; entre territórios; e entre faixas de idade. A dinâmica protetiva e redistributiva, entretanto, não ganha necessariamente direção similar naquelas políticas setoriais – e mesmo internamente, em cada uma delas –, devendo ser mais bem estudada a partir da mobilização de bases de dados e de enquadramento analítico favorável.

Sobre o segundo aspecto, novos conceitos devem ser mobilizados para permitir o tratamento das interações e influências mútuas entre as políticas públicas da seguridade social. Parece promissor mobilizar conceitos tais como complementaridade institucional e interdependência. O conceito de complementaridade institucional tem estado presente nos estudos comparados sobre coordenação econômica e variedades do capitalismo, recebendo definições diversas. Mas, acompanhando Pierson (2000), podemos mobilizá-lo para entender configurações de instituições complementares em contextos em que o desempenho de uma instituição é afetado pela existência das demais. Tratado como uma relação de influência recíproca, em que o desempenho funcional de uma instituição sofre a influência da presença e da performance de outra

instituição (Amable, 2016), o conceito de complementariedade permite o reconhecimento de que mais de uma instituição contribui, conjuntamente, para o alcance de um determinado resultado. A complementariedade institucional está associada, assim, a dinâmicas de interdependência. Em um ambiente de condicionamento mútuo, observa-se a manutenção de vínculos causais recíprocos entre os componentes envolvidos – atores, processos, instituições ou mercados –, de modo que a alteração de um desses componentes afetará os demais e vice-versa (Carter, 2018).

Formulando a questão sob a perspectiva macrossetorial, oportuniza-se a análise de interdependências e interações entre as políticas setoriais da seguridade social. Mesmo reconhecendo que as instituições detêm objetivos e interesses próprios e específicos, cabe investigar a dinâmica de interdependência com relação a certos objetivos comuns, incluindo a sua dependência com relação a um projeto político compartilhado de proteção social, em torno dos quais elas formariam um sistema com certa coerência interna. Contudo, os riscos de uma análise funcionalista são presentes quando da mobilização deste aparato conceitual. Entendendo que as instituições seriam complementares quando cada uma puder ser definida em termos do que falta às demais de modo a produzir um certo objetivo,³⁰ corre-se o risco de entender as diferenças institucionais como complementariedades funcionais, mesmo que a complementariedade não necessariamente implique similaridades ou interfaces institucionais,³¹ ou expresse conflitos e contradições.

De qualquer maneira, parece claro que o reconhecimento de que diferentes políticas públicas de seguridade social e suas instituições atuam seja tendo como referência objetivos e mesmo estratégias gerais compartilhadas, seja operando em um contexto de interações e influências recíprocas permite construir uma base favorável ao avanço de nossa reflexão sobre o tema. Como sugerido nas seções anteriores, as interdependências entre as políticas da seguridade social são efetivas. Modalidades de desproteção em uma política poderão impactar as demandas e mesmo a natureza das ofertas em outra política. Como já foi exemplificado, colocar uma oposição entre o seguro previdenciário e os benefícios assistenciais, ou entre benefícios monetários e serviços, não favorece a compreensão das questões que envolvem a seguridade social. Assim, para

30. Segundo Crouch (2010), além da abordagem pela perspectiva da complementariedade pela diferença, o conceito de complementariedade institucional acolhe ainda uma abordagem da complementariedade como similaridade e uma terceira abordagem, que enfatiza o reforço mútuo em favor da produção de modelo estável que reforça mutuamente as instituições envolvidas.

31. Sobre tal risco de abordagem funcionalista ver Crouch *et al.* (2005) e Amable (2016). Analisando a dinâmica da complementariedade institucional, Amable (2016) alerta que o ajuste entre instituições não necessariamente torna um sistema mais forte, podendo também fragilizá-lo a depender da natureza e dos efeitos diretos ou indiretos das mudanças institucionais de cada área.

avançar em uma agenda a partir de tal perspectiva analítica, poderiam ser explorados três tipos de interações entre as políticas da seguridade social: i) as que operam entre as ofertas de serviços de saúde e assistência social; ii) as que atuam articulando benefícios contributivos e não contributivos; e iii) as que se referem à interação entre renda e serviços. Em cada uma delas, parece promissor analisar o projeto político compartilhado de proteção social, bem como as interações nos campos de proteção e desproteção em relação a públicos, situações sociais e territórios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou retomar alguns dos conceitos organizadores do debate sobre seguridade social e explorar suas problemáticas específicas. Buscou-se enfrentar a imprecisão dos conceitos e favorecer maior clareza na construção dos objetos de estudo a fim de obter-se uma melhor compreensão dos processos em desenvolvimento, assim como permitir formulações e proposições de políticas públicas mais bem informadas. Tal esforço analítico pode contribuir tanto para um melhor entendimento do campo da seguridade social como para pensar a configuração atual e futura das três políticas que a integram.

O conceito de seguridade social se afirmou como um compromisso público com a proteção social de toda a população. Ancorada nos princípios da dignidade humana e da justiça social, a seguridade social ultrapassa as bases originais do seguro (previdência) social, acolhendo benefícios não contributivos, serviços de saúde de cunho universal e serviços sociais voltados a situações particulares de vulnerabilidade. Visando garantir um patamar mínimo de bem-estar, a seguridade social institui garantias legais a proteções públicas e expressa um compromisso político com um arranjo de solidariedade redistributiva, de modo a instituir patamares de segurança econômica, de manutenção da saúde e de preservação da vida. Mas em que pese ser criadora de solidariedade, redistribuição e integração social, a seguridade social pode igualmente gerar exclusões e refletir ou fomentar desigualdades. Quer compensando ou combatendo assimetrias sociais, quer reforçando ou naturalizando iniquidades, as políticas do campo da seguridade social podem ter efeitos diversos sobre diferentes modalidades de desigualdade.

Considerando o enorme impacto que as provisões da seguridade social têm sobre a paisagem social e econômica das sociedades contemporâneas, este trabalho procurou avançar em uma abordagem macrossetorial. A literatura demonstra que, mesmo quando apresentadas separadamente, as políticas contributivas e não contributivas estão em inter-relação. Pode-se observar: i) a referência a um projeto protetivo comum,

mesmo em um contexto de fragilidade do arranjo institucional de seguridade social; ii) os impactos recíprocos entre as ofertas setoriais; e iii) os impactos de um mesmo risco ou vulnerabilidade social nas diferentes ofertas da seguridade social.

Analisando as articulações e as interfaces entre as políticas setoriais da seguridade social, foram apresentadas algumas hipóteses e perspectivas para a continuidade dos estudos sobre seguridade social. Analisar as interfaces e as complementariedades institucionais entre as políticas setoriais da seguridade social pode contribuir para uma melhor compreensão das ofertas, seus impactos e as brechas de desproteção que se mantêm ativas. Mudanças na situação social têm repercussão no conjunto das políticas de seguridade social, ao mesmo tempo que as respostas setoriais devem considerar a mobilização diversa, mas interdependente nos demais campos da seguridade social. Entende-se, assim, que o acompanhamento, a regulação e a gestão das políticas setoriais de saúde, assistência e previdência social podem ser aprimorados a partir do aprofundamento da dimensão intersetorial e macrossetorial, que favoreça uma revalorização conceitual e institucional 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.

ANTTONEN, Anneli; SIPILA, Jorma. Cinco regímenes de servicios sociales de atención. In: MORENO, Luis (Org.) **Unión Europea y Estado del bienestar**. Madrid: CSIC, 1997.

ATKINSON, Will. Beck, individualization and the death of class: a critique. **The British Journal of Sociology**, v. 58, n. 3, p. 349-366, 2007.

BAMBRA, Clare. Health status and the worlds of welfare. **Social Policy and Society**, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2006.

_____. Worlds of welfare and the health care discrepancy. **Social Policy and Society**, v. 4, n. 1, p. 31-41, 2005.

BAMBRA, Clare; EIKEMO, Terje. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 63, n. 2, p. 92-98, 2009.

BARBIER, Jean-Claude; ZEMMOUR, Michaël; THERET, Bruno. **Le système français de protection sociale**. Paris: La Découverte, 2021.

BEC, Colette. L'assistance, un mode paradoxal d'acquittement de la dette collective. **Revue des Politiques Sociales et Familiales**, n. 91, p. 9-17, mars 2008. (Numéro thématique Minima sociaux: diversités des logiques d'action et des publics).

_____. **L'assistance en démocratie**: les politiques assistantielles dans la France des XIX e et XXe siècles. Paris: Belin, 1998.

BECK, Ulrich. **Risk society**: towards a new modernity. London: Sage, 1992.

BÉLAND, Daniel. The politics of social policy language. **Social Policy & Administration**, v. 45, n. 1, p. 1-18, 2011.

BÉLAND, Daniel; PETERSEN, Klaus (Ed.). **Analysing social policy concepts and language**: comparative and transnational perspectives. Bristol: Bristol University Press, 2014.

BENNETT, Holly *et al.* Healthy ageing for all? Comparisons of socioeconomic inequalities in health expectancies over two decades in the cognitive function and ageing studies I and II. **International Journal of Epidemiology**, v. 50, n. 3, p. 841-851, 2021.

BERNARD, Paul; RAYNAULT, Marie-France. Inégalités sociales de santé: feux, contre-feux et piliers de bien-être. **Santé, Société et Solidarité**, v. 3, n. 2, p. 49-58, 2004.

BERNONVILLE, Dugé de. La Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables: ses premiers résultats. **Journal de la Société Française de Statistique**, v. 52, p. 216-229, 1911.

BLAISE, Marie; LEFÈVRE, Mathieu. La mortalité selon le revenu à partir de données européennes. **Revue Française d'Economie**, v. 33, n. 1, p. 155-179, 2018.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.526, de 7 de maio de 1945. Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil. **CLBR**, 31 dez. 1945. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del7526.htm>.

BRASSEUL, Jacques. Genèse de l'État-providence et naissance de la social-démocratie: Bismarck et Bernstein. **Les Tribunes de la Santé**, n. 1, p. 71-88, 2012.

BRIGGS, Asa. The welfare state in historical perspective. **European Journal of Sociology/Archives Europeennes de Sociologie**, v. 2, n. 2, p. 221-258, 1961.

CAMBOIS, Emmanuelle *et al.* Monitoring social differentials in health expectancies. **International Handbook of Health Expectancies**, p. 45-66, 2020.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **L'insécurité sociale**. Paris: Seuil, 2003.

_____. **La montée des incertitudes**: travail, protections, statut de l'individu. Paris: Seuil, 2009.

CARTER, Cairtriona. Interdépendance. *In*: HAY, Colin; SMITH, Andy (Dir.). **Dictionnaire d'économie politique**. Paris: Presses de Sciences Po, 2018.

CHIN, T. The Beveridge Report and the Development of British Social Security. **Journal of Social Science and Philosophy**, v. 81, n. 11, p. 321-382, 1992.

COOPER, Matthew; WHITESIDE, Noel. Au-delà de Beveridge: la sécurité sociale au Royaume-Uni aujourd'hui. *In*: DAUGAREILH, Isabelle; BADEL, Maryse (Dir.). **La sécurité sociale: universalité et modernité – approche de droit comparé**. Paris: Pedone, 2019. p. 113-126.

CROUCH, Colin. Complementarity. *In*: MORGAN, Glenn *et al.* (Ed.). **The Oxford handbook of comparative institutional analysis**. New York: Oxford University Press, 2010. p. 117-138.

CROUCH, Colin *et al.* Dialogue on "Institutional Complementarity and Political Economy". **Socio-Economic Review**, v. 3, p. 359-382, May 2005.

CROWLEY, John. Les mutations de la Protection Sociale Britannique: politique familiale et sociale au Royaume-Uni. Paris: CAF, 2000. (Dossier d'étude, n. 14, Allocations Familiales).

CURRAN, Dean. What is a critical theory of the risk society? A reply to Beck. **British Journal of Sociology**, v. 64, n. 1, p. 75-80, 2013.

CYLUS, Jonathan; GLYMOUR, Maria; AVENDANO, Mauricio. Health effects of unemployment benefit program generosity. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 2, p. 317-323, 2015.

DEVEREUX, Stephen; SABATES-WHEELER, Rachel. **Transformative social protection**. Brighton: Institut of Development Studies, 2004. (IDS Working Paper, n. 232).

DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, p. 63-101, 2003.

DRESS – DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. **La protection sociale en France et en Europe en 2020: résultats des comptes de la protection sociale**. Paris: Dress, 2020.

DUGRAVOT, Aline *et al.* Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 1, p. e42-e50, 2020.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. **The three worlds of welfare capitalism**. Princeton: University Press, 1990.

_____. A welfare state for the 21st century. **The Global Third Way Debate**, v. 134, p. 156, 2001.

_____. Towards the good society, once again? *In*: _____ (Ed.). **Why we need a new welfare state**. Oxford: Oxford University Press, 2002a. p. 1-25.

_____. (Ed.). **Why we need a new welfare state**. Oxford: Oxford University Press, 2002b.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta; MYLES, John. The welfare state and redistribution. *In*: GRUSKY, David. **Social stratification**: class, race, and gender in sociological perspective. 4th ed. Abingdon: Routledge, 2018. p. 52-58.

EVANS, Peter. Population health and development an institutional-cultural approach to capability. **Successful societies**: how institutions and culture affect health, v. 104, p.104-127, 2009.

EWALD, François. **Histoire de l'Etat providence**: les origines de la solidarité. Paris: Grasset, 1986.

FOUWEATHER, Tony *et al.* Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. **Europe Journal of Public Health**, v. 25, n. 6, p. 978-983, 2015.

GARLAND, David. **The welfare state**: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press, 2016.

GUILLEMARD, Anne-Marie. The advent of a flexible life course and the reconfigurations of welfare. *In*: ANDERSEN, Jørgen Goul *et al* (Ed.). **The changing face of welfare**: consequences and outcomes from a citizenship perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 55-74.

HALL, Peter A.; LAMONT, Michèle. Why social relations matter for politics and successful societies. **Annual Review of Political Science**, v. 16, n. 1, p. 49-71, 2013.

HENRARD, Jean-Claude. Répondre à la dépendance et aux handicaps: 5e risque ou 5e branche de sécurité sociale? **Gérontologie et Société**, v. 30123, n. 4, p. 213-227, 2007.

HILL, Michael. Un État-providence bâti sur des fondations bancales. **Informations sociales**, v. 159, n. 3, p. 12-22, 2010.

HOLZMANN, Robert; JORGENSEN, Steen. **Social management**: a new conceptual framework for social protection, and beyond. Washington, DC: Banco Mundial, 2000. (Social Protection Discussion Paper, n. 6).

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

_____. O PBF e o combate a pobreza: reconfigurando a proteção social no Brasil? *In*: CASTRO, Jorge; MODESTO, Lúcia (Org.). **Bolsa Família 2003-2010**: avanços e desafios. Brasília: Ipea; MDS, 2010. v. 1, p. 101-136.

_____. Igualdade e equidade na agenda da proteção social. *In*: FONSECA, Ana; FAGNANI, Eduardo (Org.). **Políticas sociais, cidadania e desenvolvimento**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. v. 2.

JUSOT, Florence. Mortalité et revenu en France: construction et résultats d'une enquête cas-témoins. **Santé, Société et Solidarité**, n. 2, p. 173-186, 2004.

KERSCHEN, Nicole. L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de Sécurité sociale de 1945. **Revue Française de Science Politique**, p. 570-595, 1995.

KOBER-SMITH, Anémone. Le National Health Service: une institution phare en pleine transformation. **Informations Sociales**, n. 3, p. 70-79, 2010.

KORPI, Walter; PALME, Joakim. The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. **American Sociological Review**, v. 63, n. 5, p. 661-687, 1998.

KOTT, Sandrine. Une "communauté épistémique" du social? **Genèses**, n. 2, p. 26-46, 2008.

KUHLMANN, Johanna. What is a welfare state? *In*: GREVE, Bent. **The Routledge Handbook of the Welfare State**. 1st ed. London: Routledge, 2012. p. 343-353.

LAROQUE, Pierre. Sécurité sociale et assurances sociales: la mise en œuvre de la sécurité sociale. **Vie Sociale**, n. 2, p. 51-71, 2015.

LEFÈBVRE, Mathieu; PESTIEAU, Pierre; PONTIÈRE, Gregory. Measuring poverty without the mortality paradox. **Social Choice and Welfare**, v. 40, n. 1, p. 285-316, 2013.

_____. **Missing poor in the U.S.** Louvain: Core, 2019. (Discussion Paper).

MACKENBACH, Johan P. *et al.* Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. **British Medical Journal**, v. 352, n. 5, 1732, 2016.

MACKENBACH, Johan P. *et al.* Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 23, p. 2468-2481, 2008.

MALAMOUD, Charles. Enquête de l'idée de solidarité dans l'Inde ancienne. *In*: SUPLOT, Alain (Dir.). **La solidarité: enquête sur un principe juridique**. Paris: Odile Jacob, p. 127-38, 2015.

MASTOR, Wanda. La politique de Roosevelt: le droit social d'un monde nouveau? **Pouvoirs**, n. 150, p. 41-52, 2014.

MCDONOUGH, Peggy *et al.* Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 9, p. 1476-1483, 1997.

MERRIEN, François-Xavier. L'Etat providence, pourquoi. La protection sociale: quels débats? Quelles réformes? **Cahiers français**, n. 358, p. 3-9, 2010.

MERRIEN, François-Xavier; PARCHET, Raphaël; KERNEN, Antoine. **L'État social**: une perspective internationale. Paris: Armand Colin, 2005.

MESRINE, Annie. La surmortalité des chômeurs: un effet catalyseur du chômage? **Economie et Statistique**, n. 334, p. 33-48, 2000.

MOENE, Karl Ove; WALLERSTEIN, Michael. Inequality, social insurance, and redistribution. **American Political Science Review**, v. 95, n. 4, p. 859-874, 2001.

MONTAUT, Alexis; DANET, Sandrine. Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. **Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire**, v. 8, p. 75-78, 2011.

MOREL, Sylvie. De l'assurance chômage à l'assistance chômage: la dégradation des statuts. **Revue de l'IRES**, v. 30, n. 2, p. 121-148, 1999.

MORMICHE, Pierre; BOISSONNAT, Vincent. Disability and social inequality: early results from the Handicaps, Incapacités, Dépendance Survey. **Revue Française des Affaires Sociales**, n. 1, p. 267-285, 2003.

_____. Handicap et inégalités sociales en France, 1999. **Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire**, n. 2-3, p. 26-28, 2007.

NEWTON, John N. *et al.* Changes in health in England, with analysis by English regions and areas of deprivation, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 386, n. 10010, p. 2257-2274, Dec. 2015.

NORTON, Andy; CONWAY, Tim; FOSTER, Mick. Social protection: defining the field of action and policy. **Development Policy Review**, v. 20, n. 5, p. 541-567, 2002.

PALIER, Bruno; BONOLI, Giuliano. Entre Bismarck et Beveridge: "crises" de la sécurité sociale et politique. **Revue Française de Science Politique**, v. 45, n. 4, p. 668-699, 1995.

PICKETT, Kate E.; WILKINSON, Richard G. Income inequality and health: a causal review. **Social Science & Medicine**, v. 128, p. 316-326, 2015.

POLLAK, Catherine. L'impossible approche positive des risques sociaux?. *In*: JOURNÉES DE L'ASSOCIATION ECONOMIQUE ET SOCIALE, 29., 2009, Créteil. **Anais...** Créteil: L'Harmattan, 2009. p. 257-270.

PROCACCI, Giovanna. **Gouverner la misère**: la question sociale en France 1789-1848. Paris: Seuil, 1993.

RAMAUX, Christophe. **L'État social**: pour sortir du chaos néolibéral. Paris: Fayard; Mille et une nuits, 2012. (Coleção Essais).

ROSANVALLON, Pierre. **La société des égaux**. Paris: Seuil, 2011.

SCHWANDT, Hannes; WACHTER, Till von. **Socioeconomic decline and death**: midlife impacts of graduating in a recession. Bonn: IZA, Jan. 2020. (IZA Discussion Paper, n. 12908).

SKOCPOL, Theda. Formation de l'État et politiques sociales aux États-Unis. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, v. 96, n. 1, p. 21-37, 1993.

SUPIOT, Alain. **L'esprit de Philadelphie**: la justice sociale face au marché total. Paris: Seuil, 2010.

_____. Introduction. In: _____ (Dir.). **La solidarité: enquête sur un principe juridique**. Paris: Odile Jacob, 2015.

_____. Introduction. In: _____ (Dir.). **Face à l'irresponsabilité**: la dynamique de la solidarité. Paris: Collège de France, 2018.

THÉRET, Bruno. Sécurité ou protection? Assurance des risques ou réciprocité des attentes? **Revue Française de Socio-économie**, n. 1, p. 195-200, 2018.

VANDECASTEELE, Leen. Poverty trajectories after risky life course events in different European welfare regimes. **European societies**, v. 12, n. 2, p. 257-278, 2010.

WILKINSON, Richard G. *et al.* **The spirit level**: why more equal societies almost always do better. London: Allen Lane, 2009.

WINCOTT, Daniel. Original and imitated or elusive and limited? Towards a genealogy of the welfare state idea in Britain. In: BÉLAND, Daniel; PETERSEN, Klaus (Ed.). **Analysing social policy concepts and language**: comparative and transnational perspectives. Bristol: Bristol University Press, 2014. p. 127-142.

WHITESIDE, Noel. The Beveridge Report and its implementation: a revolutionary project? **Histoire@Politique**, n. 3, p. 24-37, 2014.

YERKES, Mara A.; PEPPER, Bram; BAXTER, Janeen. Welfare states and the life course. In: GREVE, Bent. **The Routledge handbook of the welfare state**. 1st ed. London: Routledge, 2012. p. 127-136.

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

