

Jaccoud, Luciana; Pinheiro, Marina Brito; Mesquita, Ana Cleusa Serra; Currello, Claudia Baddini; Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves

## Working Paper

# Benefícios coletivos: Uma proposta de definição e classificação

Texto para Discussão, No. 3125

### Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

*Suggested Citation:* Jaccoud, Luciana; Pinheiro, Marina Brito; Mesquita, Ana Cleusa Serra; Currello, Claudia Baddini; Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves (2025) : Benefícios coletivos: Uma proposta de definição e classificação, Texto para Discussão, No. 3125, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td3125-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/322191>

### 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**

**3125**

**BENEFÍCIOS COLETIVOS:  
UMA PROPOSTA DE DEFINIÇÃO  
E CLASSIFICAÇÃO**

**LUCIANA JACCOUD  
MARINA BRITO PINHEIRO  
ANA CLEUSA SERRA MESQUITA  
CLAUDIA REGINA BADDINI CURRALERO  
LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES**



## **BENEFÍCIOS COLETIVOS: UMA PROPOSTA DE DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO**

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

**MARINA BRITO PINHEIRO<sup>2</sup>**

**ANA CLEUSA SERRA MESQUITA<sup>3</sup>**

**CLAUDIA REGINA BADDINI CURRALERO<sup>4</sup>**

**LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES<sup>5</sup>**

1. Pesquisadora bolsista vinculada ao Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* luciana.jaccoud@gmail.com.

2. Pesquisadora bolsista do PNPD na Disoc/Ipea. *E-mail:* marina.pinheiro@ipea.gov.br.

3. Técnica de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. *E-mail:* ana.mesquita@ipea.gov.br.

4. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* claudia.curralero@ipea.gov.br.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* liliane.bernardes@ipea.gov.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

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação,  
Regulação e Infraestrutura (substituto)**

PEDRO CARVALHO DE MIRANDA

**Diretora de Estudos e Políticas Sociais (substituta)**

JOANA SIMÕES DE MELO COSTA

**Diretora de Estudos Internacionais**

KEITI DA ROCHA GOMES

**Chefe de Gabinete**

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

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

GISELE AMARAL DE SOUZA

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

**URL:** <https://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** 2025

Benefícios coletivos : uma proposta de definição e classificação / Luciana Jaccoud ... [et al.]. – Brasília, DF: Ipea, 2025.  
53 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3125).

Inclui Bibliografia.  
ISSN 1415-4765

1. Seguridade Social. 2. Benefícios Coletivos. 3. Indicadores Sociais. 4. Saúde. 5. Assistência Social. 6. Previdência Social. 7. Proteção Social. I. Jaccoud, Luciana. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 368.44

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

**Como citar:**

JACCOUD, Luciana et al. **Benefícios coletivos**: uma proposta de definição e classificação. Brasília, DF: Ipea, junho 2025. 53 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3125). DOI: [https:// dx.doi.org/10.38116/td3125-port](https://dx.doi.org/10.38116/td3125-port)

**JEL:** I31.

**DOI:** <https://dx.doi.org/10.38116/td3125-port>

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

Acesse: <https://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 CLASSIFICAÇÃO DOS BENEFÍCIOS COLETIVOS.....	7
3 CLASSIFICAÇÃO PELO TIPO DE BENEFICIÁRIO .....	9
3.1 Direitos difusos e coletivos .....	9
3.2 Beneficiários individuais .....	12
3.3 Classificação dos beneficiários coletivos na seguridade social .....	15
4 CLASSIFICAÇÃO PELA OFERTA DOS BENEFÍCIOS.....	21
4.1 Ofertas coletivas realizadas por meio de intervenções coletivas.....	23
4.2 Ofertas coletivas realizadas por intermédio de intervenções territorializadas .....	27
5 CLASSIFICAÇÃO POR RESULTADOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	32
5.1 Enfoques sobre os resultados da política social.....	33
5.2 Classificação dos resultados das políticas de seguridade social.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS.....	47

## SINOPSE

Este trabalho visa contribuir para o debate sobre a seguridade social, jogando luz sobre o tema dos benefícios coletivos. Considerando-se que diferentes perspectivas podem ser mobilizadas em torno do tema, o texto realiza um exercício de classificação dos benefícios coletivos a partir de três abordagens: i) tipos de beneficiário; ii) tipos de ofertas e estratégias de provisão; e iii) resultados. As seções do texto dedicam-se, assim, a definir e analisar os benefícios coletivos nessas três perspectivas, avançando em exemplos e na proposição de categorias internas a cada um dos grupos. Após a apresentação de cada abordagem, a classificação é retomada e apresentada sob a forma de proposta de tipologia. O exercício realizado sustenta a possibilidade de pensar em dimensões distintas de categorização dos benefícios coletivos e sugere possibilidades promissoras de desenvolvimento de indicadores que possam dar melhor visibilidade a cada um dos tipos de benefícios coletivos.

**Palavras-chave:** seguridade social; benefícios coletivos; indicadores sociais; saúde; assistência social; previdência social; proteção social.

## ABSTRACT

This work aims to contribute to the debate on social security by shedding light on the issue of collective benefits. Considering that different perspectives can be mobilized around the issue, the text carries out a classification exercise of collective benefits based on three approaches: i) types of beneficiaries; ii) types of provision and delivery strategies; and iii) outcomes. The sections of the text therefore focus on defining and analysing collective benefits from these three perspectives, providing examples and proposing categories within each of these groups. After presenting each approach, the classification is revisited and presented in the form of a proposed typology. This exercise supports the possibility of thinking about different dimensions for categorising collective benefits and suggests promising possibilities for developing indicators that can make each type of collective benefit more visible.

**Keywords:** social security; collective benefits; social indicators; health; social assistance; social security; social protection.

## 1 INTRODUÇÃO

A implantação do Portal Beneficiômetro da Seguridade Social,<sup>1</sup> tendo como objetivo a produção e a disponibilização periódica de indicadores sobre os benefícios garantidos pelo Estado na área da seguridade social, vem propiciando melhor sistematização e desenvolvimento de informações sobre os benefícios sociais nas áreas de saúde, assistência e previdência social. Potencializando maior visibilidade e utilização dos indicadores disponibilizados, o Beneficiômetro permite aprimorar nosso conhecimento sobre a seguridade social, ao mesmo tempo que instiga novas questões para análise. O debate sobre os beneficiários, as ofertas e os impactos dessas provisões nas condições de vida da população brasileira vêm apontando para a relevância de uma análise que acolha, além da perspectiva individual, centrada na ótica do seguro social, do contribuinte ou do beneficiário individual, o tema dos benefícios coletivos.<sup>2</sup>

As provisões da seguridade social brasileira desdobram-se em benefícios monetários e não monetários, que respondem a direitos no campo da renda e da segurança econômica, bem como a direitos ao bem-estar e à proteção à vida garantidos por serviços sociais. No âmbito da renda, os benefícios monetários contributivos e não contributivos são assegurados, respectivamente, pelas políticas de previdência e assistência social. O segundo tipo de ofertas diz respeito aos serviços no âmbito da saúde e da assistência social. Nesse sentido, a seguridade social não apenas organiza um arranjo de solidariedade em favor da proteção aos indivíduos, mas também institui garantias e proteções a grupos específicos e à população em geral. Dialogando com o conceito negativo do risco social, a seguridade social acolhe uma perspectiva positiva, de segurança e proteção social, aportando garantias tanto no plano individual como no coletivo, reconhecendo a interdependência societal e promovendo acesso a patamares comuns de existência e de desenvolvimento pessoal e social.

Contudo, as políticas sociais em geral – e as políticas da seguridade social em específico – vêm sendo tradicionalmente acompanhadas a partir dos benefícios que outorgam aos indivíduos. Ou seja, em que pese a importância da seguridade social para a melhoria das condições de vida da população brasileira, e não obstante as políticas

---

1. Informações, dados e textos do Beneficiômetro da Seguridade Social podem ser acessados no *link* disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro>.

2. Em junho de 2024, foi realizado o II Seminário do Beneficiômetro da Seguridade Social, tendo como objetivo uma abordagem exploratória de novos indicadores sobre os benefícios sociais nas áreas de saúde, assistência e previdência social. Entre as contribuições ali apresentadas, destacou-se a sugestão de aprimoramento dos indicadores de resultados das ofertas da seguridade social nas condições de vida da população, bem como a necessidade de desenhar novos indicadores voltados aos benefícios coletivos. Este texto busca dar prosseguimento àquelas sugestões, aprofundando o tema dos benefícios coletivos.

sociais serem, por definição, identificadas à mobilização de um esforço coletivo, capacitado pelo Estado, para a oferta de proteção e promoção social, é pela perspectiva da proteção individual dos cidadãos que esta é habitualmente acompanhada e avaliada. Ainda é incipiente o debate sobre outros tipos de beneficiários, incluindo-se os grupos e as minorias demandantes de proteção especial, bem como a sociedade como um todo. Da mesma forma, são pouco estudadas as formas de entrega de serviços e benefícios que se realizam por meio de intervenções coletivas. E mesmo quanto aos resultados das ofertas da seguridade social, tema que concentra progressiva atenção dos estudiosos, o conhecimento sobre os impactos coletivos das ofertas ainda é pouco sistematizado.

Com o objetivo de contribuir com essa discussão, este trabalho tem o propósito de amadurecer o debate sobre benefícios coletivos na seguridade social, avançando em três frentes: i) resgatar a discussão sobre benefícios, beneficiários e impactos sociais coletivos das ofertas da seguridade social; ii) propor uma forma de definição e classificação dos benefícios coletivos; e iii) mobilizar exemplos de indicadores de benefícios coletivos da seguridade social. O texto está dividido em seis seções, incluindo-se esta introdução. A seção 2 apresenta a abordagem e a proposta de classificação dos benefícios coletivos. Em seguida, a seção 3 trata dos beneficiários individuais e coletivos da seguridade social. Após propor definição desses beneficiários, a seção avança distinguindo os tipos de beneficiários coletivos. A seção 4 discorre sobre a natureza das ofertas, destacando as modalidades de entrega de cunho coletivo e territorial. A seção 5 discute os tipos de resultados coletivos das provisões nas áreas de saúde, assistência e previdência social. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

## 2 CLASSIFICAÇÃO DOS BENEFÍCIOS COLETIVOS

O tema dos benefícios coletivos tem, assim, recebido limitada atenção da literatura especializada. Duas dificuldades iniciais podem ser identificadas, o que inibe o avanço dessa agenda. A primeira refere-se à citada identificação das provisões da seguridade social aos beneficiários individuais e ofertas individualizadas. Argumentamos neste texto que, ao lado dessa abordagem, outras podem ser exploradas de modo a jogar luz sobre os beneficiários, as formas de entrega da seguridade social e seus resultados. A segunda dificuldade diz respeito à indefinição que cerca o termo benefício coletivo. Parte dessa dificuldade pode ser superada com o tratamento distinto do tema, averiguando a possibilidade de desdobrá-lo em três diferentes aspectos relacionados à demanda, à oferta e aos resultados.

Falar em benefícios coletivos da proteção social remete, em geral, ao debate sobre os resultados coletivos das políticas sociais – ou seja, sobre os resultados que tais ofertas trazem para a sociedade. Contudo, para além dos resultados, a referência a

benefícios coletivos abre outros campos de análise que merecem ser aprofundados, em favor de melhor compreensão da dinâmica da seguridade social. Propõe-se aqui examinar o tema dos benefícios coletivos a partir de abordagens que enfatizem os três distintos aspectos: beneficiários; benefícios; e resultados econômicos e sociais.

A primeira abordagem parte do reconhecimento de que, além dos beneficiários individuais, a seguridade social também opera em favor de beneficiários coletivos, sejam grupos sociais determinados, seja a coletividade de forma geral, aos quais são garantidas proteções na forma de direitos transindividuais. Pode-se, assim, identificar beneficiários coletivos como aqueles detentores de direitos difusos ou direitos coletivos *stricto sensu*, que, mesmo quando usufruídos individualmente, se referem a coletivos que detêm um reconhecimento próprio e aos quais é atribuído um direito de grupo.

A segunda abordagem considera a forma de entrega dos benefícios da seguridade social. Ressalta-se, nessa perspectiva, que as ofertas da seguridade social, em especial no âmbito dos serviços, são realizadas por meio de metodologias e estratégias diferenciadas, incluindo-se intervenções coletivas de grupo e territoriais. As diferentes formas de organização da oferta, inclusive via intervenções coletivas e territoriais, têm efetivo impacto sobre as possibilidades de acesso e sobre seus resultados, pois representam uma base estratégica para a operacionalização dos princípios da universalidade e da equidade.

Por fim, este trabalho avança em uma terceira abordagem, que se refere aos resultados alcançados, tendo em vista os objetivos da intervenção. Os impactos sociais e redistributivos da seguridade social têm sido objeto sistemático de estudos, com ênfase nos benefícios monetários, seu papel na repartição da renda entre domicílios e sua influência na variação das taxas de pobreza e de desigualdade de renda. Avaliações das externalidades positivas dos serviços de saúde e da educação também reforçam esse campo de debates, revelando que o benefício coletivo dessas ofertas para a sociedade não se confunde com o benefício individual ou familiar, ao repercutir, entre outros, na melhoria da força de trabalho e da produtividade da economia, ou atuar como incentivo a inovações. Argumentamos aqui que os efeitos econômicos, sociais e políticos da provisão pública de benefícios monetários e serviços sociais se espraiam para a coletividade de mais de uma maneira. Em relação aos resultados, propõe-se a distinção entre: i) os resultados diretos das ofertas, considerando-se seus beneficiários, sejam individuais ou coletivos; e ii) os resultados indiretos, efeito dos transbordamentos das políticas que beneficiam um conjunto maior de indivíduos do que seu público-alvo.

Em resumo, para responder à questão do que seriam benefícios coletivos da seguridade social, este texto propõe uma tipologia, analisando o tema dos benefícios coletivos a partir de três perspectivas: i) os benefícios coletivos tratados a partir das

características da demanda e do tipo de beneficiário; ii) os benefícios coletivos sob a ótica da forma de entrega das políticas setoriais; e iii) os benefícios coletivos referidos aos resultados das ofertas da seguridade social. As três formas de classificação serão detalhadas nas seções adiante.

### 3 CLASSIFICAÇÃO PELO TIPO DE BENEFICIÁRIO

A primeira abordagem proposta busca identificar os tipos de beneficiários da seguridade social a partir da distinção entre os beneficiários individuais e os coletivos. Para alcançar esse objetivo, optou-se por recuperar o debate sobre direitos sociais. Investigar o vínculo estabelecido entre as políticas sociais e o elemento da cidadania que as envolve pode favorecer a identificação do destinatário individual ou coletivo dos benefícios entregues. Em um segundo momento, será apresentada a definição de beneficiários individuais, permitindo avançar na distinção entre beneficiários individuais e coletivos. Em face da definição apresentada, será ainda discutida a abordagem da família, foco de um conjunto de programas da seguridade social brasileira. Por fim, a seção vai debruçar-se sobre os beneficiários coletivos, propondo uma definição e uma classificação que distingue três tipos: os beneficiários coletivos não identificáveis; os pertencentes a minorias étnicas; e os pertencentes a grupos submetidos a processos de discriminação.

#### 3.1 Direitos difusos e coletivos

Desde o início da década de 1980, os chamados direitos transindividuais vêm ganhando destaque no ordenamento jurídico brasileiro. Avançando para além dos direitos individuais, o reconhecimento de direitos difusos e coletivos dá-se em diversos campos, tais como os da saúde pública, do meio ambiente, do consumidor, do patrimônio histórico, artístico e cultural e da proteção de minorias raciais, étnicas e religiosas. Os direitos difusos e coletivos têm sido afirmados por normas legais e amparados por dispositivos constitucionais; foram consolidados no chamado microssistema de tutela coletiva.<sup>3</sup> A criação do Fundo de Defesa de Direitos Difusos (Brasil, 1985) reafirma tais direitos e determina que, nesse âmbito, havendo condenação com pena em dinheiro

3. “O microssistema de tutela coletiva é composto, fundamentalmente, pelo CDC (Código de Defesa do Consumidor), pela LACP (Lei da Ação Civil Pública) e pela LAP (Lei de Ação Popular), estando a Lei de Improbidade Administrativa, a Lei de Mandado de Segurança, o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei nº 7.853/89 (pessoa com deficiência, posteriormente complementada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência), a Lei Antitruste, dentre outras legislações avulsas, na periferia do microssistema, o qual, ainda, mantém um diálogo de fontes com a Constituição e com o Código de Processo Civil” (Serrano e Nunes Júnior, 2023, p. 120). Sobre o tema, ver ainda Gaizo (2020).

pelo dano causado, tal indenização reverterá ao fundo para reparação do interesse coletivo lesado (Badin, 2008).<sup>4</sup>

Os direitos difusos e coletivos têm como características serem transindividuais e indivisíveis (Zavascki, 1996). No âmbito da seguridade social, foi no campo da saúde que tal debate obteve maior destaque, reafirmando-se a coexistência de um direito individual e coletivo à saúde (Sarlet, 2010; Asensi, 2010). O princípio de garantia a toda a coletividade do direito à proteção e à preservação da saúde remete a diversas situações, em que se constata a insuficiência das abordagens individuais. Os contextos de pandemia, com a disseminação de vírus e de outros agentes patológicos, reafirmam o caráter social e coletivo das condições de saúde, bem como do destinatário variável – individual e coletivo – das intervenções públicas nesse campo.

Os direitos transindividuais – também chamados de coletivos *lato sensu* – diferenciam-se em função da possibilidade de identificação dos beneficiários. A distinção entre direitos difusos e coletivos está afirmada na Lei nº 8.078/1990. Em seu art. 81, ela define os direitos difusos como aqueles “de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato” (Brasil, 1990, art. 81). Seriam direitos coletivos aqueles “transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base” (*op. cit.*, art. 81). O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) exemplifica cada um desses tipos, ao destacar que os direitos difusos teriam seus beneficiários indetermináveis e protegem a todos. Estes estariam associados, por exemplo, ao direito ao meio ambiente saudável ou à proteção contra a propaganda enganosa.<sup>5</sup> Os direitos coletivos são referidos a um grupo, sendo possível determinar quem seriam os titulares desse direito. Seria exemplo o direito dos consumidores de serviços públicos como telefonia ou energia elétrica receberem serviços de boa qualidade por parte dos prestadores. Poder-se-ia lembrar ainda do direito dos moradores de um bairro a uma rua pavimentada ou o direito dos estudantes de uma escola a um transporte escolar seguro (Zaddock, 2023).

4. Em 2014, alteração realizada na Lei nº 7.347/1985 determina que: “havendo acordo ou condenação com fundamento em dano causado por ato de discriminação étnica nos termos do disposto no art. 1º desta Lei, a prestação em dinheiro reverterá diretamente ao fundo de que trata o *caput* e será utilizada para ações de promoção da igualdade étnica, conforme definição do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, na hipótese de extensão nacional, ou dos Conselhos de Promoção de Igualdade Racial estaduais ou locais, nas hipóteses de danos com extensão regional ou local, respectivamente” (Brasil, 1985, art. 13, § 2º).

5. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/direitoscoletivos/>. Acesso em: 6 set. 2024.

## TEXTO para DISCUSSÃO

No âmbito da saúde pública, Globekner (2015) acompanha o exercício de diferenciação daquelas categorias de direito transindividual. Segundo o autor, os interesses difusos em saúde dizem respeito às doenças e aos agravos em saúde que são dissemináveis na sociedade ou dependentes de fatores sociais. Seria o caso das epidemias, cuja repercussão na saúde coletiva decorre de sua natureza indivisível e que se associa a um direito geral à proteção. Por sua vez, os interesses coletivos em saúde dizem respeito a doenças e agravos, cuja frequência esteja associada a grupos específicos.

Tal base normativa permite, assim, identificar beneficiários coletivos *lato sensu* para além do campo dos direitos individuais. A reflexão política e sociológica favorece o reconhecimento de tal diferenciação, ao enfatizar que a proteção a certos grupos sociais específicos ou a minorias depende da incorporação do conceito de direitos coletivos. Também nesse campo do conhecimento, direitos coletivos não se identificam ao interesse de um conjunto de indivíduos separadamente identificáveis. Cabe, contudo, enfrentar a questão de como determinar os coletivos minoritários relevantes aos quais estariam associados interesses e direitos coletivos.

Argumentando em favor do direito coletivo de minorias, Jovanovic (2005) enfatiza que os interesses do grupo não se reduzem a interesses individuais. Segundo o autor,

para defender com sucesso políticas de proteção de minorias voltadas para aqueles grupos não culturalmente estruturados em torno do ideal liberal clássico de autonomia individual – como virtualmente todos os povos indígenas –, devemos reconhecer a amplitude da identidade cultural (Jovanovic, 2005, p. 635-636, tradução nossa).

Para Jovanovic (2005), os direitos coletivos referem-se a grupos que detêm uma subjetividade moral e reivindicações morais sobre a existência física e a preservação de identidade cultural distinta. Dessa forma, o autor rejeita a identificação de direitos coletivos associados a grupos marginalizados como mulheres, homossexuais ou pessoas com deficiência.

Em outra vertente analítica, respondendo à questão sobre quais grupos podem ser reconhecidos direitos coletivos, Jones (2022) amplia a definição, ao enfatizar que alguns direitos somente podem ser realizados como um direito de grupo. Um exemplo seria dado pelo direito humano à liberdade de religião, que inclui não apenas o direito individual à fé religiosa, mas igualmente o direito de comunidades religiosas manterem seus locais sagrados. Assim, grupos organizados poderiam ser detentores de direitos coletivos: “um direito de grupo é um direito possuído por um grupo enquanto grupo, em vez de seus membros separadamente. Este contrasta com um direito mantido por uma pessoa individual como indivíduo” (Jones, 2022, tradução nossa). Ou seja, um direito de um grupo concebido coletivamente é mantido por indivíduos, mas por indivíduos em

conjunto, e não individualmente. Nessa linha, o autor sustenta a possibilidade de pensar não somente em direitos humanos individuais, como também em direitos humanos a grupos entendidos como coletividades.

A terceira abordagem é dada pela articulação das pautas de redistribuição e reconhecimento. Fraser (2021) destaca que as desigualdades sociais e as dinâmicas diferenciadas de hierarquização envolvem não somente indivíduos, mas também grupos sociais. E estas interpelam por uma ação diferenciada do Estado em favor não apenas da redistribuição, mas do reconhecimento e da representação. Nessa perspectiva, as demandas de novos atores coletivos pelo reconhecimento de direitos coletivos não significam uma simples demanda de diferenciação social, mas a afirmação de uma concepção universalista que inclua reconhecimento e equidade.

O princípio da equidade vem fundamentando a intervenção pública do Estado social brasileiro, em complemento ao princípio da universalidade, e permitindo o reconhecimento de direitos de atenção diferenciada para certos grupos sociais, com o objetivo de corrigir ou compensar desigualdades acumuladas. Este princípio implica o reconhecimento de certos grupos sociais como detentores de direito de atenção diferenciada, visando corrigir ou compensar desigualdades acumuladas, sendo a equidade necessária para alcançar a igualdade. A equidade articula-se, assim, ao princípio da universalidade, reafirmando a relevância das ações voltadas ao combate da desigualdade em face de certas trajetórias coletivas e favorecendo o enfrentamento de mecanismos de discriminação e constrangimento de direitos com que se defrontam certos grupos populacionais. Dessa forma, uma mesma política ou programa setorial pode acolher ações voltadas a beneficiários individuais e a beneficiários coletivos, buscando responder simultaneamente aos princípios de universalidade e uniformidade, bem como de equidade e reconhecimento.

### **3.2 Beneficiários individuais**

Para os objetivos da classificação proposta para esse trabalho, importa distinguir os beneficiários coletivos dos individuais. Os beneficiários individuais são o tipo mais frequente na seguridade social brasileira. Desde sua origem, pela via do estabelecimento das instituições de seguro social, a seguridade social ancorou-se na oferta individualizada. Os benefícios previdenciários abrem direito à proteção em situações de riscos sociais associadas ao desemprego, a acidentes de trabalho, a doenças, à invalidez e

à velhice. Em que pese a superação de sua base corporativa original,<sup>6</sup> ainda hoje é a trajetória profissional e a comprovação individual da contribuição previdenciária – ou de sua dispensa – que assentam o acesso ao direito previdenciário.

Cabe lembrar que alguns benefícios da previdência social abrangem cônjuges e dependentes do beneficiário, aportando benefícios que se estendem para além do beneficiário direto – ou seja, o trabalhador afiliado e contribuinte a um dos regimes previdenciários.<sup>7</sup> Os dependentes dos segurados são identificados como possuindo vínculo familiar com o contribuinte, sendo deste dependentes economicamente. Para esse grupo, um conjunto específico de benefícios é garantido pela previdência social:

i) o salário-família: benefício previdenciário familiar de natureza assistencial criado com o objetivo essencial de amenizar os encargos decorrentes da alimentação e educação dos filhos ou equiparados de até 14 anos incompletos ou inválidos e devido a segurados empregados, empregados domésticos e trabalhadores avulsos de baixa renda formal; ii) a PPM [pensão por morte]: paga aos dependentes do segurado falecido, sendo devida, além de cônjuges ou equiparados, a filhos ou equiparados de até 21 anos de idade incompletos ou inválidos; e iii) o auxílio-reclusão: devido aos dependentes do segurado de baixa renda que esteja, por qualquer motivo, preso, detido ou recluso (Ansiliero et al., 2023, p. 22).

Contudo, em todos esses casos, o direito de atribuição de um benefício é devido ao vínculo contributivo do trabalhador filiado ao regime previdenciário específico. Ou seja, os dependentes detêm um direito individual – associado à situação de cônjuge ou filho, à idade ou à renda – derivado do vínculo familiar com o trabalhador segurado. É importante enfatizar que os benefícios previdenciários são relevantes para a garantia de bem-estar tanto dos segurados e de seus dependentes como de vários grupos sociais em contextos diversos de vulnerabilidade. Nesse sentido, mesmo que seus beneficiários sejam classificados como beneficiários individuais – e não coletivos –, a previdência social deve ser analisada a partir da perspectiva de seus resultados sociais, que se

---

6. A criação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) teve início em 1933 e estendeu-se até 1938, organizando o direito previdenciário a partir da regulamentação de categorias profissionais. Com a unificação dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a previdência social passa a incorporar o conjunto dos assalariados urbanos. A universalização do direito previdenciário com sua extensão aos trabalhadores urbanos e informais ganha densidade somente a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), mantendo, contudo, ainda hoje, importante parcela de trabalhadores não protegidos. Ver a respeito Kerstenetzky (2012) e Ansiliero et al. (2023).

7. No Brasil a política de previdência social engloba três regimes previdenciários: o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), que abrange os trabalhadores urbanos e rurais; os regimes próprios de previdência social (RPPS), que beneficia os servidores públicos estatutários; e o chamado Sistema de Proteção Social dos Militares (SPSM). Sobre tais regimes, ver Ansiliero et al. (2023).

espraiam para a coletividade de diferentes maneiras. Quanto aos seus resultados coletivos – ou seja, os benefícios que as ofertas da previdência social, bem como das demais ofertas da seguridade social, aportam à sociedade brasileira como um todo ou a grupos e territórios específicos –, estes serão tratados mais adiante, na seção 5 deste texto.

Os beneficiários individuais da seguridade social apresentam-se como majoritários também no âmbito da assistência social e da saúde. Os benefícios monetários não contributivos da seguridade social brasileira são de responsabilidade da política de assistência social. Seus dois principais programas são o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF), e baseiam-se na situação individual de pobreza. As linhas de pobreza mobilizadas pelo BPC e pelo PBF consideram a renda familiar, mas as articulam com a condição individual de modo a permitir o acesso ao benefício: renda *per capita*; idade ou condição de deficiência, no caso do BPC; e renda *per capita*, idade e gestação, no caso do PBF.

Na saúde, por sua vez, a preeminência dos direitos individuais reflete os princípios da garantia da dignidade da pessoa humana e do seu direito à vida, fundamentos de nossa ordem constitucional. No que diz respeito aos serviços de saúde, a abordagem clínica e as ações curativas e de cuidados reforçam a centralidade dos beneficiários individuais. Contudo, as ações de saneamento e os combates a endemias e pandemias colocaram, desde cedo, a necessidade de abordagens coletivas no campo da saúde, identificando certos grupos e territórios como os destinatários das ações públicas. Mais que isso, identificam grupos sociais como portadores de direitos coletivos específicos, como é o caso da população indígena. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena organiza uma intervenção diferenciada, sob responsabilidade da União, visando atender a cerca de 720 mil indígenas aldeados em todo o país, respeitando a diversidade histórica, social, cultural, geográfica e política dos povos indígenas brasileiros, bem como suas especificidades epidemiológicas.

Cabe, ainda, lembrar que a organização dos serviços de saúde no Brasil ganhou uma nova orientação a partir de 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acolhendo a saúde da família (SF) como modelo preferencial de acesso ao sistema de saúde. Seu objetivo é o de garantir a integralidade das ações de saúde e a continuidade do cuidado, além de impulsionar as ações de prevenção e promoção da saúde. Priorizando a família, a SF busca fortalecer o cuidado integral e o vínculo com o paciente, superando, ao mesmo tempo, a abordagem segmentada por doença e a desatenção aos comportamentos e valores socioculturais do paciente e de sua família.

Também no âmbito da assistência social, a família emerge como objeto de atenção e foco de intervenção. Busca-se superar a focalização por segmentos da população

considerados vulneráveis (criança, idoso ou pessoa com deficiência), ou mesmo por situações de risco (vítimas de violência ou de trabalho infantil), em favor de uma abordagem que fortaleça o espaço de cuidado e proteção representado pela família. Assim, ganham centralidade no Sistema Único de Assistência Social (Suas) o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) e o Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), ofertas obrigatórias nos centros de referência de assistência social.<sup>8</sup> Se o destaque dado à família abre perspectivas promissoras para os serviços sociais, os riscos não são irrelevantes. Por um lado, a sobrecarga das famílias, em especial com a ampliação das demandas sobre as mulheres, pode ser intensificada. Por outro lado, tal centralidade pode avivar o estigma em torno de famílias “incapazes”:

A crença na família, como responsável pelo caráter e conduta social de seus membros, combinada com uma certa suspeita em relação às famílias pobres da sua capacidade de proteger e transmitir valores positivos, ainda são concepções associadas às formas contemporâneas de trabalho com famílias, constituindo uma referência híbrida de proteção com controle e disciplinamento moral (Garcia, 2018, p. 36-37).

Para os objetivos deste texto, entretanto, importa menos discutir o formato e os impactos das estratégias de intervenção no âmbito da família do que abordar o tema da família a partir da classificação dos beneficiários da seguridade social aqui proposta. Na perspectiva adotada, os beneficiários coletivos podem ser definidos como aqueles cujos direitos de proteção social respondem a uma demanda que transcende o indivíduo ou sua família específica. Os beneficiários coletivos, seja a coletividade em geral, sejam os grupos e atores coletivos, são entendidos como sendo portadores de direitos que somente podem ser realizados como um direito de grupo. O tópico será detalhado adiante.

### 3.3 Classificação dos beneficiários coletivos na seguridade social

Os beneficiários individuais são aqui definidos como aqueles identificáveis para serem elegíveis na modalidade de proteção específica em cada política setorial da seguridade, podendo acessar individualmente seus benefícios monetários e não monetários em decorrência de suas demandas e característica pessoais e familiares. Entretanto, para além das ofertas individuais, as políticas da seguridade social garantem direitos e proteções que têm como beneficiários determinados grupos ou toda a coletividade, por meio de programas e ações específicos. Os beneficiários coletivos seriam, na abordagem aqui proposta, aqueles detentores de direitos transindividuais, sejam difusos ou coletivos *stricto sensu*.

8. Sobre os benefícios monetários e demais serviços do Suas, ver Pinheiro *et al.* (2023).

Na formulação aqui sugerida, a definição de beneficiário coletivo parte da reflexão sobre a natureza da demanda. Ou seja, além da proteção individual, demandas de proteção coletiva são apresentadas e acolhidas pela seguridade social brasileira. Mesmo se usufruídas individualmente, tais ofertas se referem a coletivos que detêm reconhecimento próprio e aos quais é atribuído um direito de grupo. Tal direito pode ser ancorado em identidade cultural específica ou ao constrangimento no acesso a direitos devido a mecanismos de discriminação. Nessa perspectiva, é possível distinguir três tipos de beneficiários coletivos: os beneficiários coletivos não identificáveis; os beneficiários coletivos cuja identidade étnico-cultural abre acesso a ofertas no campo dos direitos coletivos; e os beneficiários pertencentes a grupos submetidos a processos de discriminação social. Os três grupos serão tratados adiante.

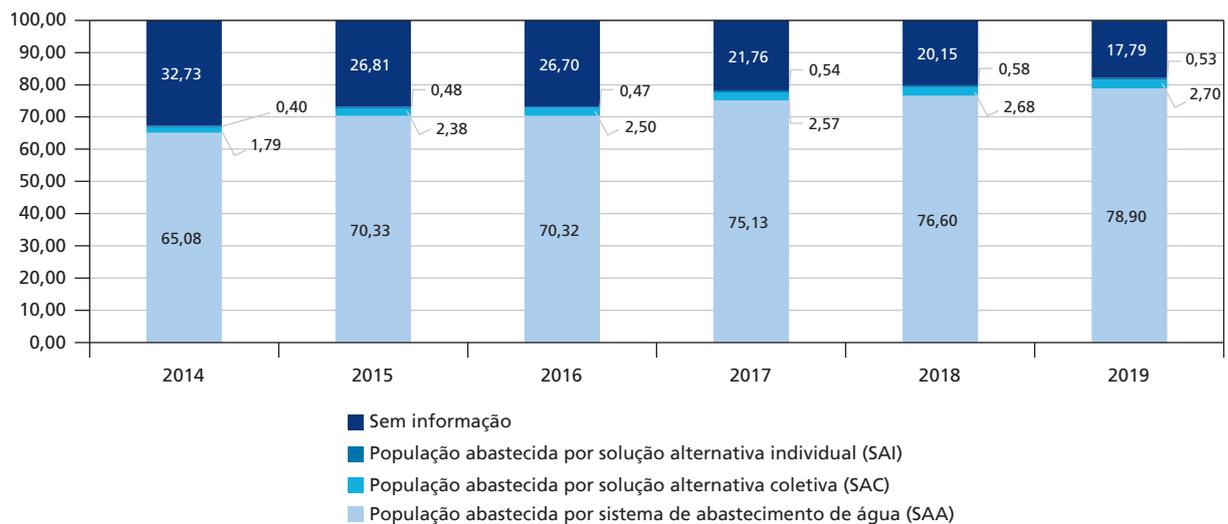
### 3.3.1 Beneficiários coletivos não identificáveis

Os beneficiários coletivos não identificáveis são aqueles que usufruem de ofertas difusas garantidas pela seguridade social a toda a população de um território ou a amplos grupos populacionais. O campo da saúde pública, em especial da vigilância sanitária, acolhe ofertas de natureza indivisível que buscam promover, prevenir e proteger a saúde a toda a população e garantir o direito social à saúde. São exemplos o monitoramento e a intervenção visando à manutenção de padrões mínimos em aspectos que afetam diretamente a saúde, como a qualidade da água, do ar, de alimentos e de medicamentos.

No caso da água, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) visa garantir seu acesso e qualidade – incluindo-se a determinação de padrão de potabilidade. O programa é gerenciado por intermédio do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), sistema utilizado para registrar as informações sobre as ações de vigilância da qualidade da água e para permitir o monitoramento de indicadores de potabilidade. De 2009 a 2019, o percentual de municípios que realizam atividades com esse fim passou de 56% para 80%, expansão significativa da atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no controle da oferta da água à população, representando mais de 1,5 milhão de análises laboratoriais de amostras em todo o país (Brasil, 2020). As ações de fiscalização e monitoramento da qualidade da água são um importante instrumento para reduzir a exposição à água imprópria para consumo humano, um risco à saúde pública. A população coberta pelas ações de vigilância registradas no Sisagua é apresentada no gráfico 1, que mostra a progressiva ampliação da população beneficiada pelas ações de fiscalização, nas três principais formas de abastecimento utilizadas no país.

**GRÁFICO 1****Cobertura populacional do Sisagua, por forma de abastecimento (2014-2019)**

(Em %)



Fonte: Brasil (2020).

As políticas de vacinação são fundamentais não apenas para proteger a saúde individual, mas também para gerar benefícios coletivos. Quando uma ampla parcela da população é vacinada, a transmissão da doença é consideravelmente reduzida, uma vez que o patógeno encontra menos hospedeiros suscetíveis para disseminar-se. Esse efeito protetor, conhecido como imunidade de rebanho, é crucial para proteger aqueles que não podem receber a vacina, incluindo-se imunocomprometidos, recém-nascidos e pessoas com alergias a componentes vacinais (Fine, Eames e Heymann, 2011). A vacinação seletiva de crianças em idade escolar contra gripe no Japão durante a década de 1990 demonstrou ter reduzido a morbidade e a mortalidade entre idosos. Isso se deve ao fato de que as escolas desempenham um papel importante na transmissão comunitária do vírus da gripe (Reichert *et al.*, 2001). De forma análoga, a vacinação contra rubéola e papilomavírus humano (HPV) em homens torna-se uma política de proteção às mulheres, uma vez que as consequências da infecção desses patógenos nos homens são relativamente menores. Assim, garantir a vacinação dos homens tem como efeito a proteção das mulheres (Fine, Eames e Heymann, 2011).

**BOX 1****A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e as ofertas da seguridade social a beneficiários não identificáveis**

A fiscalização de produtos irregulares é uma das ações de proteção da saúde da população sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Produtos irregulares são produtos sem registro ou falsificados, fabricados por empresas clandestinas, produtos vendidos a empresas sem autorização de funcionamento, entre outros. Quaisquer produtos que não atendam às regras definidas pela Anvisa estão irregulares e, portanto, não oferecem garantias de eficácia, segurança e qualidade exigidas para produtos sob vigilância sanitária. Vários indicadores poderiam ser propostos nesse campo, tais como número de eventos de fiscalização por ano, ou fiscalizações específicas; por exemplo, as relacionadas ao uso de agrotóxicos.

Esses indicadores trariam mais transparência, oferecendo dados sobre medidas de proteção sanitária que, embora muitas vezes invisíveis ao cidadão, são essenciais para a saúde pública.

Elaboração das autoras.

Cabe enfatizar que, frequentemente, os beneficiários coletivos de ofertas indivisíveis garantidas pela seguridade social não se identificam como sendo favorecidos por esse campo da ação pública. Como revelam os exemplos citados, a baixa visibilidade de ações nas áreas de vigilância sanitária e vacinação contribui para que, de forma corrente, usuários de planos de saúde não se reconheçam como beneficiários do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento de indicadores que identifiquem e quantifiquem os que usufruem de ofertas difusas da seguridade social auxiliaria a ampliar a visibilidade dos seus beneficiários, dando destaque à ampla cobertura de várias das suas ofertas.

### 3.3.2 Beneficiários coletivos pertencentes a minorias étnicas

Esse grupo de beneficiários coletivos engloba aqueles que, tendo em vista sua cultura e modos de vida próprios, são providos de ofertas diferenciadas destinadas à proteção de sua existência física e à preservação de sua identidade cultural. São grupos cujas práticas culturais, sociais e econômicas diferem do restante da sociedade brasileira. Não se assentam sob o modo de produção capitalista, organizam-se territorialmente a partir de parâmetros específicos como grau de parentesco ou etnia, ou podem ser nômades ou em isolamento,<sup>9</sup>

9. De acordo com a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), “a denominação ‘povos indígenas isolados’ se refere especificamente a grupos indígenas com ausência de relações permanentes com a sociedade ou com pouca frequência de interação, seja com não indígenas ou com outros povos indígenas já contatados. Entre outros fatores, esse ato de vontade de isolamento se relaciona com experiências traumáticas de violência colonial vivenciadas no passado, o que os leva a optar por um estado de autossuficiência social e econômica, quando a situação os leva a suprir de forma autônoma suas necessidades sociais, materiais ou simbólicas, evitando relações sociais que poderiam desencadear tensões ou conflitos interétnicos” (Conheça..., 2024).

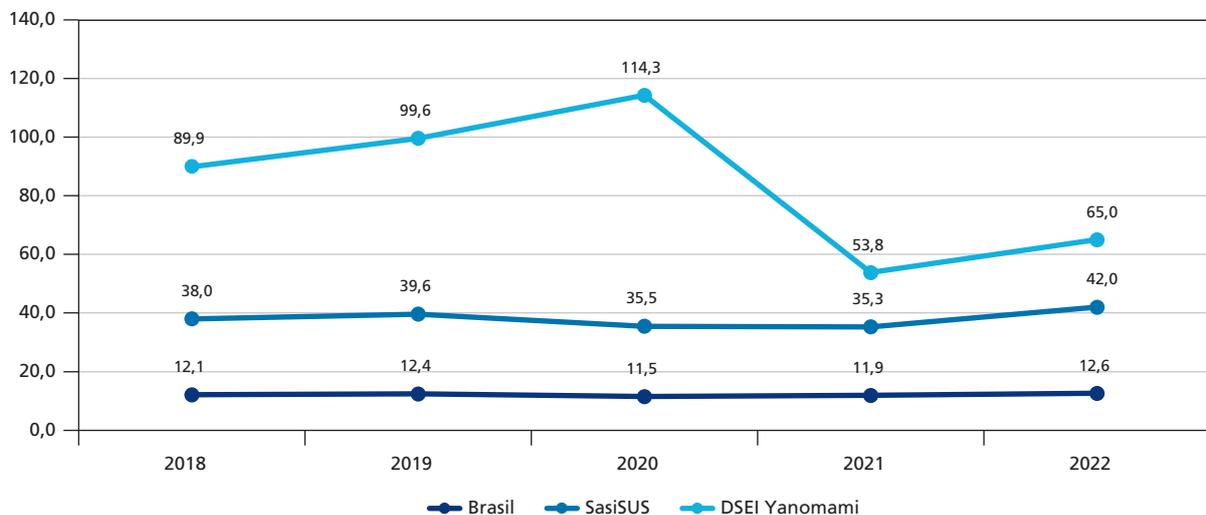
## TEXTO para DISCUSSÃO

entre outras características que fazem com que as políticas criadas para o modelo de organização social predominante na sociedade brasileira não lhes sejam apropriadas.

Um exemplo de minorias étnicas como beneficiários coletivos no SUS é dado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pelo Programa Saúde da População Indígena. O programa conta com um modelo de atenção diferenciada, operado pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e contando com 34 distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) e mais de 1 mil unidades básicas localizadas em terras indígenas. O povo indígena Yanomami é um exemplo de minoria étnica que, recentemente, passou a receber ofertas específicas de benefícios que respeitam sua cultura e suas características singulares. Detentores da maior terra indígena do Brasil, com 10 milhões de hectares, mais de 380 comunidades e uma população superior a 30 mil indígenas, os Yanomami enfrentam uma grave crise sanitária, como pode ser observado pelos dados de óbito infantil entre 2018 e 2022 (Ipea, 2024a).

### GRÁFICO 2

#### Taxa de mortalidade infantil (2018-2022)



Fontes: Brasil (2023a); taxa de mortalidade infantil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/39/30279>.

Os quilombolas também podem ser definidos como beneficiários coletivos na perspectiva das minorias étnicas. No que concerne à identidade desse grupo, não apenas o aspecto da territorialidade tem sido destacado, mas igualmente o da dimensão relacional e referências simbólicas, incluindo a herança e a história das comunidades (Leite, 2000). No mesmo sentido, pode-se identificar as comunidades de terreiro e povos ciganos como beneficiários coletivos. Essa abordagem é acolhida pelo Cadastro Único dos Benefícios Sociais (CadÚnico), que opera um cadastramento diferenciado para os grupos étnicos:

famílias indígenas; famílias quilombolas; famílias ciganas; e famílias pertencentes a comunidades de terreiro. Documento de orientação do CadÚnico argumenta que esses grupos são identificados como dotados “de organização territorial, política, linguística, sociocultural, econômica e/ou histórica própria” (Brasil, 2023b, p. 8). Ou seja, grupos que acolhem costumes, tradições, práticas culturais e modos de viver comunitários que são transmitidos de geração em geração em um processo “de reprodução ancestral” (*op. cit.*, p. 8).<sup>10</sup>

### 3.3.3 Beneficiários pertencentes a grupos submetidos a processos de discriminação

A promoção da equidade é um objetivo estratégico das políticas sociais brasileiras e vem sendo mobilizada em favor de grupos da população submetidos a mecanismos específicos de discriminação, que constroem ou até mesmo impedem o usufruto de direitos sociais. Beneficiários coletivamente identificáveis como públicos-alvo de ações de promoção de equidade e de proteção em contextos de direitos violados estão, assim, presentes no âmbito da seguridade social. A atenção particular devida a esses grupos decorre da insuficiência da abordagem universal, seja no que diz respeito ao acesso, à integralidade do atendimento ou à efetividade da ação pública, tendo-se em vista seus resultados. Esses públicos se diferenciam dos beneficiários pertencentes a minorias étnicas por estarem plenamente integrados no modelo social dominante, ainda que, neste, sejam vítimas de discriminação ou subordinação.

Um exemplo relevante é dado pelas iniciativas de promoção da equidade étnico-racial na saúde, consolidadas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2006, e acolhida em lei em 2010.<sup>11</sup> O programa parte do reconhecimento da relação entre racismo e maior vulnerabilidade em saúde, e visa à redução das desigualdades entre brancos e negros em acesso a serviços e resultados em saúde, por meio de uma política de equidade que trabalhe em favor dos princípios da

10. Com o objetivo de permitir maior visibilidade de alguns públicos, desde 2004, o Cadastro Único opera um cadastramento diferenciado de certos grupos sociais. Esses grupos são identificados como grupos populacionais tradicionais específicos (GPTEs) e se diferenciam em quatro categorias: além dos grupos de origem étnicas (famílias indígenas, famílias quilombolas, famílias ciganas e famílias pertencentes a comunidades de terreiro), o CadÚnico identifica os grupos com relações estreitas com o meio ambiente (famílias extrativistas, de pescadores artesanais e famílias ribeirinhas); os grupos com relação estreita com o meio rural (famílias assentadas da reforma agrária, famílias acampadas rurais, famílias de agricultores familiares e famílias de beneficiários do Programa Nacional de Crédito Fundiário – PNCF); e os grupos em situações conjunturais (famílias atingidas por empreendimentos de infraestrutura, famílias de presos do sistema carcerário, famílias de catadores de material reciclável e famílias de pessoas em situação de rua). Ver a respeito em Brasil (2023b).

11. Arts. 6º, 7º e 8º da Lei nº 12.288/2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial.

universalidade e da integralidade que organizam o SUS (Werneck, 2016). Para o monitoramento da PNSIPN, Batista *et al.* (2020) sugerem um conjunto de indicadores que acompanharia desde a implementação da política – por exemplo, a inclusão da PNSIPN nos planos municipais e estaduais de saúde ou capacitação e formação dos profissionais de saúde em tópicos sobre saúde da população negra<sup>12</sup> – até a evolução do perfil de morbidade e mortalidade por raça/cor, com base nos sistemas de informação do SUS.

Resumindo, esta seção discutiu os tipos de beneficiários da seguridade social, identificando, além dos beneficiários individuais, três tipos de beneficiários coletivos: os coletivos não identificáveis, beneficiários por ofertas garantidas pela seguridade social a toda a população, independentemente de qualquer característica pessoal ou condição social; as minorias étnicas constituídas por coletivos que são providos de ofertas diferenciadas, tendo-se em vista sua cultura e seus modos de vida próprios; e os grupos que, submetidos a mecanismos específicos de discriminação, são beneficiários de ações de promoção de equidade e de proteção em contextos de direitos violados. As seções seguintes se destinarão à análise dos benefícios coletivos da perspectiva da sua forma de entrega e de seus resultados.

#### 4 CLASSIFICAÇÃO PELA OFERTA DOS BENEFÍCIOS

Como discutido na seção anterior, os benefícios da seguridade social podem ser classificados a partir das características de quem os recebe. A abordagem a partir do beneficiário, considerando-se a natureza da demanda e do direito de atribuição do benefício, divisou, além dos beneficiários individuais, os beneficiários coletivos, sejam estes identificáveis ou não. No entanto, novas questões podem surgir quando a classificação de benefícios coletivos passa a considerar outros aspectos das políticas setoriais, como a forma de oferta. Ou seja, independentemente de o direito ao usufruto de uma medida de proteção social ser dirigido a um beneficiário individual ou coletivo, os instrumentos e a metodologia utilizada na sua implementação podem caracterizar um benefício coletivo. Cabe assim distinguir as formas de entrega individual e coletiva.

A classificação dos benefícios por tipo de oferta ampara-se na literatura sobre implementação de políticas públicas, que vem destacando a variedade das formas de intervenção mobilizadas na produção da ação pública. A intervenção governamental materializa-se por meio da mobilização de pluralidade de instrumentos e técnicas. E, se entre diferentes políticas, os meios de operar são heterogêneos, os dispositivos e

12. Tais informações são coletadas pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) e pela Pesquisa de Informações Básicas Estaduais (Estadic), ambas do IBGE.

as metodologias de intervenção também são diversos em uma mesma política ou programa. Como enfatizam Lascoumes e Le Galès (2012, p. 20), “a observação mostra ser excepcional o caráter monoinstrumental de uma política, e mesmo de um programa de ação no seio de uma política”. Os instrumentos de políticas públicas vêm sendo objeto de progressiva atenção, destacando-se os temas da forma de escolha e dos tipos de instrumentos, bem como de sua influência na formatação da ação governamental e nas mudanças das políticas (Howlett, 2005; Le Galès, 2011). As mudanças e as inovações com relação aos instrumentos vêm sendo associadas às mudanças nas políticas, seja no sentido de que alterações nos objetivos da política podem demandar modificação dos instrumentos, seja no de que alterações de instrumentos podem induzir a mudanças nos objetivos da política (Hall, 1993).

No caso brasileiro, ao longo das últimas três décadas, observou-se um considerável desenvolvimento conceitual e operacional nos campos da saúde e da assistência social, acompanhando as transformações trazidas pela instituição das respectivas políticas e sistemas nacionais. Parte importante desses avanços respondem aos novos objetivos fixados no âmbito da seguridade social (Jaccoud, 2023a). A busca por novos paradigmas para a oferta de serviços sociais visou, entre outros objetivos, romper com perspectivas clássicas que individualizam situações de agravo e vulnerabilidade, em direção a olhares que valorizam a dimensão coletiva da vivência dessas situações. Nesse processo, assistiu-se à formulação e à implementação de novas ações e à introdução de novos instrumentos, visando efetivar as capacidades protetivas estatais e comunitárias, tanto por meio de intervenções coletivas como por intermédio da territorialização das ofertas.

Ainda assim, as ofertas das políticas de saúde, assistência social e previdência social são moldadas para entregas predominantemente individuais. Sejam consultas médicas, internações, abrigamento de pessoas em serviços de acolhimento, aposentadorias ou auxílios-doença, em geral os serviços socioassistenciais ou de saúde, ou os benefícios monetários caracterizam-se por serem ofertas que têm um usuário elegível como receptor. No entanto, com a criação de novos serviços sociais a partir da década de 1990, determinadas situações que demandavam a intervenção das políticas de seguridade social passaram a ser atendidas de maneira coletiva, consignando um bem ou serviço a um conjunto de pessoas. A opção por esse tipo de metodologia em geral responde ao reconhecimento de que a *oferta coletiva* pode ser mais efetiva aos objetivos a serem alcançados pela ação pública do que a *oferta individual*.

#### 4.1 Ofertas coletivas realizadas por meio de intervenções coletivas

A experiência internacional nos serviços sociais revela que ofertas coletivas por meio da mobilização de grupos de usuários têm sido implementadas em diversos contextos. Ao abordar o atendimento a pessoas idosas em situação de isolamento social, Jaccoud (2024) destaca que o variado conjunto de intervenções vem sendo mobilizado em favor desse público, seja com o intuito de expandir a rede de relacionamento, seja com o de aumentar a qualidade dessa rede já existente. Além de promover a interação social, tais abordagens também têm como objetivo oferecer apoio instrumental e melhorar o bem-estar físico e mental. Intervenções individuais podem articular-se a intervenções coletivas tais como comunidades de apoio e grupos de pares – voltados a discussões estruturadas sobre tópicos comuns –, grupos de idade e grupos intergeracionais – promovendo o encontro de pessoas idosas com aquelas de outras faixas etárias –, coletivos para atividades físicas, recreativas ou terapias em grupo.

A referência aos efeitos positivos de processos interativos que ocorrem em formatos de atenção coletiva permeia os debates em torno da humanização dos cuidados em saúde. Deslandes (2006), ao percorrer as correntes de pensamento sobre o tema, aponta que parte da literatura considera a tendência ao tratamento dos indivíduos como “pessoas isoladas” prática desumanizadora nos cuidados em saúde, caracterizada pela

despersonalização, reclusão, solidão e não reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde, especialmente quando envolve internações hospitalares prolongadas. O sentido que traduziria essa prática seria o de alienação, etimologicamente resgatado como ‘tornar alien’, ou seja, o paciente seria tratado como um ser externo, sem vínculos, isolado do sistema de relações cotidianas (Deslandes, 2006, p. 38).

O enfoque da humanização dos cuidados em saúde para a garantia do bem-estar de quem necessita da atenção médica vem favorecendo a incorporação de abordagens coletivas com o objetivo de superar o modelo de atenção exclusivamente biomédico. Essas novas abordagens podem tornar as atividades de cuidado mais acolhedoras e promover espaços de socialização e troca de experiências, não apenas das pessoas doentes entre si como também entre os cuidadores, e entre elas e os profissionais de saúde. Os atendimentos em grupos justificam-se ainda pelas evidências de que as relações causais no processo saúde-doença não se resumem aos aspectos biológicos. Estes permitem abordagem integral desses processos, além de proporcionar novos espaços de acolhimento e escuta que podem auxiliar na composição de um quadro de diagnóstico e propiciar estratégias de atenção e prevenção mais abrangentes do que se observa quando são feitos exclusivamente atendimentos individualizados.

Na política de saúde, intervenções coletivas fazem parte de protocolos de atendimentos na área da saúde mental, assim como no trabalho das equipes de atenção básica. Em algumas situações, os atendimentos em grupos podem fazer parte do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) de determinados tipos de agravo em saúde mental, como o transtorno afetivo bipolar ou o tabagismo. Nesse último caso, as atividades em grupo são centrais no tratamento. Balbani e Montovani (2005) destacam que sessões terapêuticas em grupos contribuem para que o indivíduo aprenda a lidar com elementos sociais e psicológicos ligados à dependência, podendo resultar na melhoria do manejo dos sintomas da abstinência, ao promover mudanças comportamentais e emocionais nos pacientes. Na atenção básica, a partir das demandas observadas nos territórios, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) podem organizar grupos voltados para prevenção de doenças e promoção de saúde, com o objetivo de aprimorar o diálogo das equipes com a comunidade e da comunidade entre si, evitando práticas prescritivas tais como palestras, e incentivando a vocalização dos pontos de vista daqueles que estão recebendo o cuidado.<sup>13</sup> É, portanto, uma ferramenta para qualificar o cuidado e estabelecer um vínculo com as unidades de saúde; etapa fundamental para que a proteção oferecida por esses equipamentos seja efetiva e abrangente (UFSC, 2018).

Além dos atendimentos coletivos, outro tipo de intervenção coletiva se expressa na realização de campanhas temáticas organizadas nos diversos níveis de gestão, do Ministério da Saúde (MS) às unidades básicas de saúde, de acordo com as demandas observadas. No contexto em que se constata os efeitos nocivos da desinformação nos níveis de saúde da população,<sup>14</sup> as campanhas têm um importante papel de divulgar conhecimentos fundamentais para o bem-estar da comunidade no que diz respeito à vacinação, ao autocuidado, ao cuidado com o ambiente, entre outros exemplos. Além disso, as campanhas fortalecem a posição dos cidadãos ao capacitá-los para a tomada de decisão sobre seu próprio bem-estar. No nível nacional, em 2023, foram realizadas dezenove campanhas de saúde, passando por temas que vão desde a promoção à amamentação, a prevenção e o atendimento a doenças como tuberculose, covid-19 ou dengue, até a equidade de raça e promoção da saúde da população negra (quadro 1).

---

13. Parte da evolução no debate sobre a educação em saúde envolve a necessidade de reconhecimento de saberes e práticas das pessoas envolvidas no processo de aprendizagem, assim como suas trajetórias de saúde e doença. Dessa maneira, há uma busca pelo rompimento com uma concepção positivista da educação, cujas práticas são consideradas “impositivas, prescritivas de comportamentos ‘ideais’ desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas” (Mattos *et al.*, 2014).

14. Exemplo do impacto deletério da desinformação na saúde pública é a queda na adesão à vacinação contra diversas doenças. Recorrente a partir da pandemia de covid-19, esta pode ser comparada a uma epidemia em si mesma (Lisboa, 2023).

**QUADRO 1****Campanhas nacionais de saúde realizadas (2023)**

Campanhas	Mês de lançamento
Tuberculose	Março
Covid-19	Abril
Malária	Abril
Movimento Nacional pela Vacinação contra a Gripe	Abril
Doação de leite	Maio
Dengue, zika e chikungunya	Maio
Doença falciforme	Junho
Doação de sangue	Junho
Mais Médicos	Junho
Multivacinação	Agosto
Farmácia Popular	Setembro
Amamentação	Outubro
Outubro Rosa	Outubro
Doação de órgãos	Novembro
Racismo Faz Mal à Saúde	Novembro
Covid-19	Novembro
Aids	Dezembro
Mosquito	Dezembro

Fonte: MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2023>.

No âmbito da seguridade social brasileira, além da política de saúde, os serviços prestados pela assistência social utilizam as intervenções coletivas para atingir os objetivos propostos. Atendimentos coletivos são realizados, por exemplo, pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi).

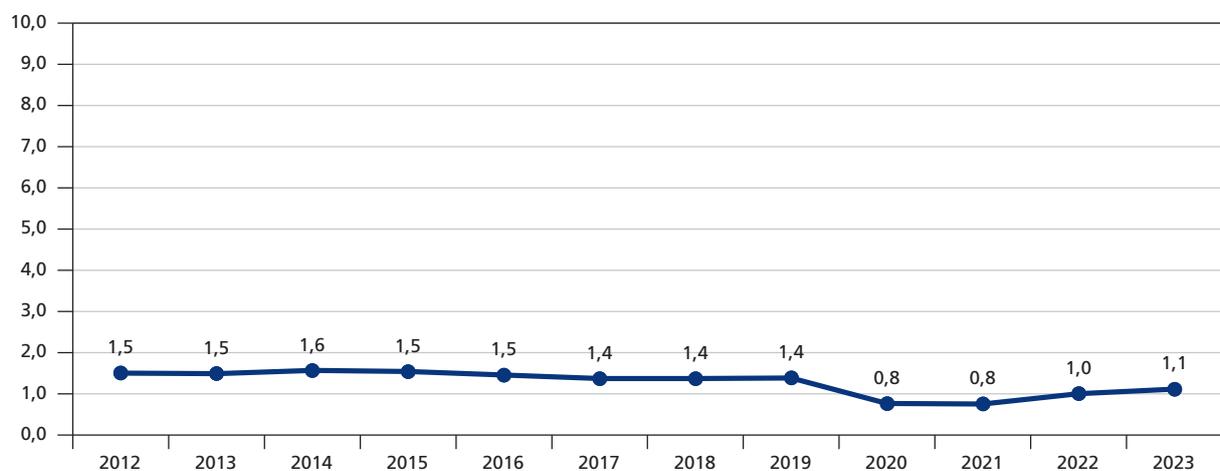
O SCFV opera a partir da organização de grupos de atendimento por faixa etária, podendo eventualmente se organizar por grupos intergeracionais. Como o próprio nome aponta, o objetivo do serviço é promover a convivência tanto familiar como comunitária, estimulando sua capacidade protetiva aos indivíduos que deles fazem parte. Os grupos também promovem a interação social e a participação na sociedade, relevantes, por exemplo, em contextos em que se observam situações de isolamento social, frequentes entre

pessoas idosas e com deficiências (Jaccoud, 2024). Entre 2012 e 2023, em torno de 1% da população idosa brasileira participava dos grupos do SCVF, como é possível observar no gráfico 3.

### GRÁFICO 3

#### Pessoas idosas na população participando do SCFV (2012-2023)

(Em %)



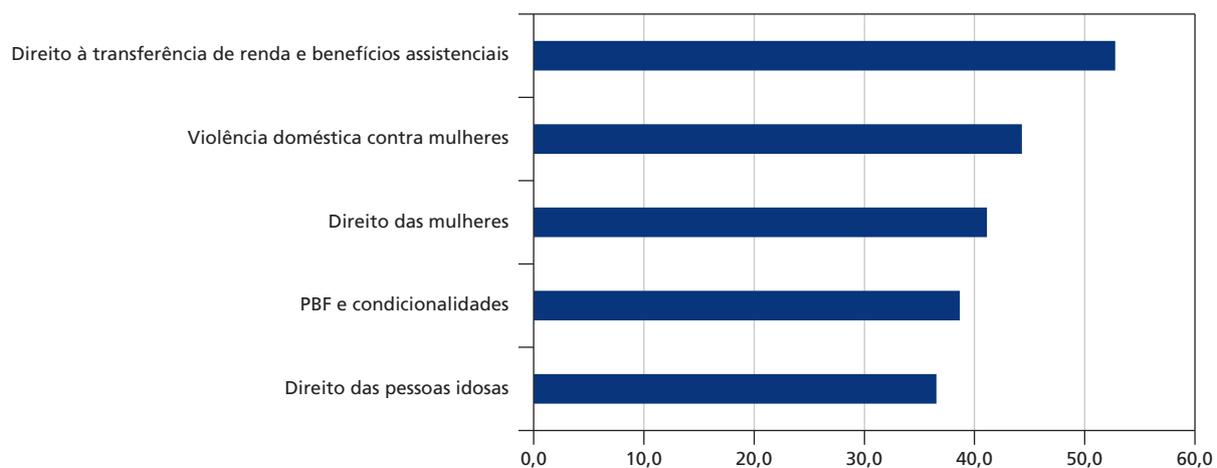
Fonte: Beneficiômetro da Seguridade Social. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/dados/assistencia-social>.

No Paif e no Paefi, os atendimentos são passíveis de ser particularizados (ofertas individuais) ou em grupos, na forma de intervenções coletivas. Nesses serviços, as intervenções em grupos podem desenvolver-se na forma de ações comunitárias ou oficinas com conjuntos de famílias. As primeiras realizam-se de diversas formas, como palestras, campanhas e eventos comunitários, e são destinadas a um conjunto de pessoas pertencentes a uma localidade específica. As oficinas são indicadas tanto para otimizar o atendimento, quando há grande número de famílias fazendo frente a uma mesma situação de vulnerabilidade ou violação de direitos, como para promover a troca de experiências e expectativas entre estas. Esse formato favorece a compreensão de que as situações de vulnerabilidade são fenômenos sociais, evitando a culpabilização da família e reforçando a importância da participação social. A interação em grupos também pode estimular a cooperação nos núcleos familiares e fora destes, facilitar o acesso a serviços no território e fortalecer os laços comunitários (Brasil, 2012a). Os temas abordados nessas intervenções variam bastante e buscam, na medida do possível, responder às demandas específicas de cada território onde as unidades estão instaladas. Em 2023, por exemplo, mais da metade dos Cras (52,8%) realizaram atendimentos coletivos discutindo os benefícios socioassistenciais (transferências de renda)

e 44,3% destes abordaram a violência contra a mulher. Esses e alguns dos outros temas mais trabalhados nessas intervenções coletivas estão elencados no gráfico 4.

#### GRÁFICO 4

**Cras que realizaram atendimentos coletivos, por tipo de temática abordada (2023)**  
(Em %)



Fonte: Censo Suas 2023.

Em suma, tanto no campo da saúde como no da assistência social, as ofertas realizadas por meio de intervenções coletivas remetem a metodologias de atendimento da população que comumente implicam a entrega de um bem ou serviço social a mais de um destinatário. Essa é uma estratégia que tem como objetivo otimizar a oferta de benefícios, fortalecer os vínculos entre beneficiários como forma de elevar a qualidade de vida dessas pessoas e expandir as alternativas de cuidado e proteção disponíveis a eles.

#### 4.2 Ofertas coletivas realizadas por intermédio de intervenções territorializadas

Como aponta Silva (2013), a dimensão territorial já está presente há muitas décadas nas iniciativas de planejamento estatal no país. Contudo, esta ganhou destaque com o “processo de descentralização e desconcentração do poder político central da União nas últimas décadas” (Silva, 2013, p. 94). Se, no período anterior à Nova República, a mobilização do território como categoria relevante na oferta de políticas centrava-se nas iniciativas de desenvolvimento regional ou planejamento governamental, nas décadas seguintes o tema passou a ser incorporado nas mais diversas políticas públicas, em que pese um amplo espectro de perspectivas. Entre esses usos variados, Silva (2013) destaca a abordagem do território “como meio”, adotado pelas “políticas eminentemente setoriais”, como a saúde

e a assistência social. Nessas políticas, a visão territorial é desenvolvida como estratégia que permite uma implementação mais eficiente das ações, como no caso do Programa Saúde da Família (PSF), ou do modelo de regionalização das ações de saúde.

Para além de seu papel enquanto princípio organizacional, a mobilização do território também respondeu, no caso das políticas de saúde e assistência social, a uma estratégia de reconhecimento e aproximação com a diversidade dos contextos sociais que marcam os territórios sob os quais suas ações incidem. Apropriando-se de enfoques de Milton Santos sobre o território, que fogem à lógica puramente espacial e física dos locais onde a política é implementada, a assistência social e a saúde, ao longo do processo de desenvolvimento de suas ações, oferecem um novo paradigma para abordar essa dimensão. O território seria assim

o espaço recheado pelas relações sociais passadas e presentes, a forma específica de apropriação e interação com o ambiente físico, as ofertas e as ausências de políticas públicas, as relações políticas e econômicas que o perpassam, os conflitos e os laços de solidariedade nele existentes. Isto significa dizer que, em grande medida, as potencialidades ou vulnerabilidades de uma família ou indivíduo são determinadas pelo território no qual ela está inserida (Brasil, 2013, p. 14).

Para Souza (1995), a ocupação do território gera raízes e identidade, de modo que um grupo não pode ser compreendido sem este; a identidade sociocultural das pessoas está inextricavelmente ligada aos atributos do espaço concreto. A noção de território surge, portanto, das relações sociais projetadas no espaço, sendo uma consequência da vida em sociedade. Segundo Gondim e Monken (2009), não faz sentido pensar no território como mera delimitação de área, mas é necessário reconhecer processos e territorialidades, que ultrapassam os limites previamente determinados.

O desenho da política e do modelo de oferta do benefício será caracterizado por situações e agravos sociais ou de saúde de comunidades como um todo, e não limitado a traços individuais de seus componentes. Dessa forma, são as demandas e os atributos do território que definem a oferta, tais como a prevalência de vulnerabilidades ou doenças, demandas de cuidado e proteção social, bem como potencialidades e deficiências existentes para o atendimento das necessidades da população que habita um espaço físico. A territorialização é, assim, um traço marcante da política, mesmo que esta lance mão de outras formas de intervenção como parte da estratégia de implementação de ações. As ofertas territorializadas e o diagnóstico do território passam a ganhar relevância, tanto na implementação de serviços de saúde como na de assistência social.

Conceito caro para a execução da ESF, para o desenho das ações da vigilância em saúde ou para implementação de equipamentos públicos, a territorialização vem sendo descrita e defendida em estudos na área da saúde coletiva como elemento fundamental para a efetividade da política pública. Para autores como Gondim e Monken (2009) ou Santos e Rigotto (2010), enquanto o território aponta para o espaço físico, o substrato em que as ações serão conduzidas, a territorialização das ofertas pressupõe o diagnóstico da situação de saúde do território, indo além das condições individuais daqueles que compartilham um mesmo espaço. Envolve compreender como as características sociais, econômicas, políticas, culturais, epidemiológicas, sanitárias e do sistema de saúde desse local constituem os processos de saúde-doença nele observados. Nisso resulta o entendimento de que os cuidados de saúde envolvem dimensões coletivas associadas ao território e que esses cuidados serão efetivos apenas se forem capazes de entender a atenção ao território como vetor fundamental para o bem-estar e a cura dos habitantes de uma comunidade (Gondim e Monken, 2021; Santos e Rigotto, 2010). Nesse sentido, assim como as estratégias de atendimento em grupos, a territorialização das ofertas também busca romper com o individualismo na atenção em saúde que caracteriza o modelo biomédico dominante no setor.

É preciso apontar, no entanto, que existem desafios significativos na implementação desse tipo de abordagem, muitas vezes associada à dificuldade de compreender ou implementar uma visão do território para além da dimensão física, de divisão geográfica ou administrativa, de forma a considerar as características sociais, culturais e coletivas desses espaços. Um dos principais entraves da territorialização no contexto da ESF é a dificuldade de se realizar um diagnóstico preciso de características e necessidades da população local. A identificação das demandas específicas exige uma leitura aprofundada das condições de vida, do perfil epidemiológico e das dinâmicas sociais da comunidade. Muitas equipes de saúde enfrentam obstáculos nessa tarefa, seja por falta de capacitação, seja pela ausência de ferramentas adequadas para mapear o território de forma eficaz. Esse processo de diagnóstico, essencial para a promoção de políticas públicas efetivas, é igualmente comprometido quando não se interpreta o território como espaço de convivência e interação social.

Outro aspecto crítico para o sucesso do ESF é a construção de vínculos entre as equipes de saúde e a comunidade. Para que o atendimento seja mais humanizado e eficiente, é importante que se estabeleça uma relação de confiança entre os profissionais e os moradores. No entanto, a fragilidade dos vínculos trabalhistas das equipes da ESF – com contratos temporários, alta rotatividade de profissionais e condições de trabalho muitas vezes precárias – dificulta a criação e a manutenção de vínculos consistentes. Quando as equipes são instáveis, a continuidade do cuidado é prejudicada,

o que pode enfraquecer a confiança da população nos serviços de saúde e impactar negativamente os resultados das intervenções. Assim, para que a territorialização na ESF seja efetiva, é necessário um esforço não apenas para ampliar a visão sobre o território – entendendo-o como espaço de construção coletiva –, mas também para superar as limitações que afetam tanto o diagnóstico das necessidades locais quanto a permanência e o engajamento das equipes.

Os territórios são espaços estratégicos para a implementação de práticas de vigilância em saúde, abrangendo ações de epidemiologia, planejamento e promoção da saúde. A relação entre endemias, território e territorialização das ofertas em saúde é essencial para uma resposta eficaz às demandas regionais de saúde pública. Como definido, uma epidemia é uma enfermidade persistente em determinada região, sustentada por condições locais específicas, como fatores ambientais, climáticos, socioeconômicos e culturais (Brasil, 2000). Essa característica regionalizada das endemias exige que as estratégias de saúde, como vacinação e vigilância epidemiológica, sejam territorializadas – ou seja, adaptadas para responder às necessidades e às particularidades de cada território. Por meio da territorialização, as ações de saúde pública podem ser planejadas e executadas de forma adequada, contemplando a frequência e a gravidade das endemias locais, além de envolver a comunidade e os agentes locais na identificação precoce e no controle desses agravos. Dessa forma, a vigilância epidemiológica e a oferta de vacinas são implementadas de maneira mais direcionada e eficaz, visando não apenas ao controle das doenças endêmicas, como também à prevenção de novos surtos e ao fortalecimento da saúde coletiva no território afetado.

A oferta de equipamentos públicos a partir de uma estratégia territorializada tem sido uma abordagem adotada tanto pela saúde quanto pela assistência social, influenciando a decisão sobre o local onde serão instalados estabelecimentos que executam determinados serviços de saúde. A tomada de decisão envolve a reflexão sobre os custos e as condições necessárias para uma pessoa acessar os serviços de saúde, considerando-se as condições socioeconômicas do território e a presença de outros serviços públicos existentes, como transporte, pavimentação, segurança pública, entre outros. Como apontam Najar e Marques,

mais do que qualquer outra atividade do setor terciário, a localização criteriosa dos serviços de saúde é essencial como aspecto operacional do conceito de equidade, e isso fica mais evidente quando se passa a considerar, por exemplo, os serviços de urgências médicas. Os modelos clássicos de análise espacial construídos a partir do conceito de distância/tempo podem ajudar a otimizar a distribuição dos serviços no espaço, mas estão longe de permitir uma abordagem mais complexa da situação (Vaguet, 2001) – Najar e Marques (2003, p. 704).

**TEXTO** para **DISCUSSÃO**

Na assistência social, as normativas e as orientações técnicas elaboradas pelo governo federal também enfatizam a necessidade de considerar as características do território e das demandas ali formuladas. Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, a territorialização é um dos dois eixos estruturantes do Suas, ao lado da matricialidade sociofamiliar. A estratégia de territorialização visa favorecer o acesso da política às famílias e às populações em contexto de maior vulnerabilidade, a ação intersetorial com a mobilização das demais políticas e serviços no território, bem como a integração social via fortalecimento dos vínculos comunitários e o convívio. Contudo, o processo de territorialização observa dificuldades similares às citadas para o caso da saúde, seja quanto à realização de diagnósticos das vulnerabilidades sociais dos territórios, no que diz respeito à fragilidade de vínculos entre as equipes técnicas e a comunidade, seja no que concerne ao desenho de estratégias territorializadas de intervenção.

Chamando atenção para o tema dos territórios na política de assistência social, Jaccoud (2020) revela como as diferentes características sociais dos territórios afetam as demandas dirigidas aos Cras e influenciam o processo de implementação. A autora identifica quatro perfis de territórios com impactos nas demandas dirigidas aos Cras: de ocupação antiga; precários em periferias urbanas; de alta vulnerabilidade social – como aqueles próximos a lixões ou em zonas de alagamento; e territórios centrais com presença ostensiva do tráfico. No entanto, se a política incide sobre territórios heterogêneos e interage com demandas diferenciadas, tais características pouco vêm mobilizando um aprimoramento dos diagnósticos considerando aquelas particularidades ou favorecendo a adequação das ofertas socioassistenciais às dimensões coletivas associadas ao território e às vulnerabilidades específicas da população local.

No que diz respeito aos equipamentos, da mesma forma que na saúde, a assistência social adotou uma estratégia territorializada no processo de expansão e instalação dos Cras. Estes são a principal unidade pública do Suas no país – referência para a oferta de serviços e benefícios desse sistema – e estão presentes em 99% dos municípios brasileiros. Desde 2005, quando esses equipamentos passaram a ser instalados de forma estruturada no país, sua oferta foi associada às características socioterritoriais das cidades brasileiras. De acordo com a Norma Operacional Básica (NOB) do Suas de 2005, essas unidades devem ser instaladas em áreas de maior vulnerabilidade social, nas quais as demandas de proteção básica ofertadas por esses aparelhos públicos seriam maiores. Além disso, cada Cras deverá atender um número menor ou maior de pessoas, a depender do local onde este será instalado. O número de unidades previstas para esse atendimento também é normatizado, considerando-se as características populacionais da localidade. Assim, em municípios com até 20 mil habitantes, por exemplo, prevê-se pelo menos uma unidade Cras, com capacidade de atendimento de

2.500 famílias. Por sua vez, em metrópoles, deve haver pelo menos oito unidades, cada uma com previsão de atendimento de até 5 mil famílias.<sup>15</sup>

Mesmo que hoje se discuta a importância da revisão dos critérios relacionados à distribuição de equipamentos ao porte dos municípios, as propostas debatidas no âmbito das esferas de participação e pactuação do Suas seguem chamando a atenção para a necessária adequação da oferta dos Cras às características do território em que serão atuantes. Isso significa que, ainda que estejamos tratando de cidades com menor número de habitantes, a concentração de determinadas situações de vulnerabilidade pode indicar a necessidade da presença de mais unidades que aquelas hoje indicadas pelos critérios vigentes. Essa é uma realidade que já ocorre em diversos municípios de pequeno porte no país, como os dados do Censo Suas revelam.

Em resumo, os exemplos citados visam retratar os esforços das políticas de seguridade social em mobilizar metodologias de intervenção que ultrapassem uma perspectiva de entrega individual de benefícios. Seja por meio das intervenções coletivas, seja por intermédio da abordagem territorial, o elemento da coletividade dos benefícios faz-se presente na forma de entrega de equipamentos e ofertas pelas políticas setoriais. Para acolher essas estratégias de ação, propôs-se a classificação pelos tipos de ofertas coletivas.

## 5 CLASSIFICAÇÃO POR RESULTADOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Os resultados das ofertas da seguridade social, sejam estas destinadas a beneficiários individuais ou coletivos, sejam entregues a partir de abordagens individuais ou coletivas, podem ser considerados sob variados enfoques: econômicos, sociais e políticos. Após revisitar brevemente algumas diferentes possibilidades de análise a partir da perspectiva de seus resultados, destaca-se a importância do conceito de externalidades e sua contribuição para uma avaliação mais completa da temática dos benefícios ofertados pela seguridade social à sociedade brasileira, a suas populações e a seus territórios.

Desenvolvido ainda no início do século XX e referência fundamental na economia do bem-estar, o conceito de externalidades evidenciou benefícios coletivos ou sociais

15. A NOB/Suas de 2005 mantém tais distinções, determinando que a estruturação dos Cras deve estar “de acordo com o porte do município, em áreas de maior vulnerabilidade social, para gerenciar e executar ações de proteção básica no território referenciado, conforme critério abaixo: pequeno porte I – mínimo de 1 Cras para até 2.500 famílias referenciadas; pequeno porte II – mínimo de 1 Cras para até 3.500 famílias referenciadas; médio porte – mínimo de 2 Cras, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; grande porte – mínimo de 4 Cras, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; metrópoles – mínimo de 8 Cras, cada um para até 5.000 famílias referenciadas” (Brasil, 2012b, p. 27).

para além de um benefício puramente individual ou familiar de um consumidor direto. Abriu caminho para o desenvolvimento de outros conceitos, como bens públicos, e favoreceu abordagens que enfatizam as relações entre a política social e o crescimento e desenvolvimento econômico. No entanto, o conceito não tem se restringido a uma perspectiva econômica, como mostra o surgimento da noção de externalidades sociais.

Com o objetivo de propor uma classificação dos benefícios coletivos a partir dos tipos de efeitos das ofertas da seguridade social, optou-se por apresentar resumidamente, de forma não exaustiva, diferentes perspectivas analíticas sobre resultados da política social.<sup>16</sup> Na sequência, aprofunda-se a compreensão do conceito de externalidades e de como este pode orientar uma classificação dos resultados gerados pelas diferentes ofertas sociais públicas. A opção por esse conceito não desconhece discussões instigantes em outros campos disciplinares, nomeadamente a noção de “bem comum” no pensamento político; porém, optou-se aqui por uma literatura já consolidada no campo da economia do bem-estar.

### 5.1 Enfoques sobre os resultados da política social

As políticas sociais e suas distintas ofertas nas áreas de saúde, educação, previdência e assistência social, entre outras, geram efeitos tanto na vida de seus beneficiários diretos, familiares, comunidades e territórios, como outros, mais abrangentes para a sociedade como um todo. Tais efeitos vêm sendo contemplados sob enfoques econômicos, sociológicos ou políticos, com destaque, frequentemente, para seus contributos para o desenvolvimento socioeconômico dos países.

Na perspectiva sociológica durkheimiana, destacam-se os efeitos sobre a coesão social ou até mesmo sobre a reprodução do sistema social. A provisão de bens e serviços públicos responderia, nessa perspectiva, a *necessidades sociais* geradas pela maior interdependência, característica das sociedades modernas e decorrente da divisão e da maior especialização do trabalho. Desse modo, os dispositivos da política social estariam voltados para promover a integração social; portanto, atuando sobre situações de vulnerabilidade que ameaçam a coesão social (Castel, 1998). Em outra perspectiva de análise, a teoria política normativa, como a proposta por Rawls (1971) em relação aos *bens sociais primários*, considera-se elementos como a educação pública essenciais para garantir que todos em uma sociedade tenham as mesmas oportunidades básicas. A oferta equitativa desses bens, ao contribuir para a igualdade

16. Para uma discussão mais detalhada, ver o estudo de Kerstenetzky (2023), que realiza uma qualificada revisão da literatura em diferentes disciplinas guiada pelo objetivo de reunir diferentes argumentos favoráveis a um projeto de desenvolvimento centrado em serviços sociais públicos.

de oportunidades, promoveria uma sociedade mais justa. Não é difícil perceber que essas diferentes perspectivas estimulam um debate sobre qual deveria ser o objetivo maior da política social: igualdade de oportunidades ou igualdade de resultados.

A teoria econômica deu contribuições importantes para analisar os diferentes efeitos da política social. Tanto na micro como na macroeconomia, há reflexões sobre os efeitos da intervenção social do Estado. Na microeconomia do bem-estar, o estudo sobre a provisão pública em diversos campos baseia-se no reconhecimento da existência de externalidades:

Investimentos individuais ou familiares, por exemplo, em educação e saúde, geram externalidades positivas, o que significa que o benefício coletivo ou social supera o benefício individual ou familiar e a despesa de indivíduos ou famílias tende a ser inferior à despesa que seria socialmente desejável. Em contrapartida, a ausência ou a deficiência de investimentos em educação e saúde gera externalidades negativas, como, por exemplo, uma força de trabalho pouco qualificada, desigualdades sociais, pobreza, criminalidade, epidemias, mortes evitáveis e outros “custos sociais” (Kerstenetzky, 2023, p. 67).

Na macroeconomia, teorias do crescimento econômico centradas no papel da oferta e, principalmente, da produtividade realçam a importância dos serviços sociais públicos, dados seus efeitos positivos sobre o capital humano dos trabalhadores e, por conseguinte, a maior produtividade e melhor *performance* da economia. Sob a ótica da macroeconomia keynesiana, destacam-se os efeitos multiplicadores de renda do gasto público dirigido à política social. Keynes descreve como a intervenção governamental na economia mostra-se necessária para assegurar sua estabilidade, entre outras questões porque os gastos em bem-estar atuariam como reguladores da economia. Nessa perspectiva, como coloca Kerstenetzky (2023), Keynes compreendia que a seguridade social era parte da solução do “problema da demanda efetiva”, pois parte dos recursos injetados por ela na economia retornariam sob a forma de consumo, gerando novos empregos e mais renda. De acordo com Morel, Palier e Palme (2011), os argumentos de Keynes progressivamente convergiram com os de Myrdal, salientando que a redução das desigualdades de renda e os investimentos em saúde e educação eram ingredientes essenciais para promover o crescimento econômico.

Em perspectiva desenvolvimentista, nos anos 1930, Alva e Gunnar Myrdal desenvolveram uma nova concepção de política social orientada para a organização eficiente da produção e da reprodução, entendendo-a como investimento, e não apenas como custo. Embora inicialmente focados na questão demográfica, esses autores também abordavam as questões do crescimento econômico e da produtividade, vinculando-as

**TEXTO** para **DISCUSSÃO**

à necessidade de uma população saudável e educada para um crescimento econômico sustentável. Myrdal aporta uma contribuição sobre a interação entre as políticas econômica e social, que posteriormente impulsionou o desenvolvimento de diferentes vertentes analíticas,

desde as que consideram a política social como subordinada à política econômica, até as que defendem o desenvolvimento efetivo e centrado nas pessoas; de posições que valorizam políticas macroeconômicas que promovem o emprego, o crescimento dos rendimentos e outros resultados positivos, assim como as que preferem os programas sociais que incentivam a participação econômica das pessoas, que, por sua vez, geram taxas de retorno positivas para a economia (Draibe e Riesco, 2007, p. 12-13, tradução nossa).<sup>17</sup>

Embora tenha sido concebido nos quadros da teoria econômica convencional, a noção de externalidades tem ganhado outros matizes, como mostra a problemática dos custos sociais, na perspectiva econômica heterodoxa de Kapp (2017). Pode-se reconhecer nessas formulações a influência da contribuição de Polanyi (2000), por meio de sua instigante sociologia histórica e econômica. Ele mostrou que, concomitantemente à institucionalização de uma economia de mercado, a sociedade produziu mecanismos de autoproteção para conter as ameaças devastadoras da lógica de mercadorização sobre o tecido social. A proteção social, mediante intervencionismo e regulação, busca, assim, fins institucionais específicos (contrapor um processo de devastação social iminente em um sistema econômico particular: a economia de mercado). Embora a proteção social não vise ao reforço do sistema econômico, acaba por gerar as condições para sua reprodução, pois este está incrustado (*embedded*) na sociedade. Em síntese, Polanyi enfatizou as implicações sociais do sistema econômico e as medidas de autoproteção da sociedade.

Fleurbaey, Kanbur e Viney (2021) argumentam que a fonte das externalidades pode ou não pertencer à esfera das atividades econômicas. Assim, citam diferentes exemplos de como muitos dos resultados obtidos, seja no desenvolvimento das crianças, nos resultados escolares, seja na produtividade do trabalho, estão igualmente relacionados, respectivamente, ao tipo de relação existente entre pais e filhos; alunos, professores e escolas; e funcionários, suas chefias e a qualidade do ambiente de trabalho. Essa perspectiva das externalidades, para além de sua origem econômica, se relaciona com

---

17. (...) desde las que piensan la política social como subordinada a la política económica, hasta otras comprometidas con el desarrollo efectivo y centrado en las personas; desde posiciones que valorizan políticas macroeconómicas que promueven el empleo, el aumento de ingresos y otros resultados positivos, así como las que prefieren programas sociales que incentiven la participación económica de la gente y a la vez generen tasas de retorno positivas a la economía.

a noção de capital social de Bourdieu e destaca sua influência em diferentes dimensões da vida social e nos diferentes níveis de análise possíveis.

Em uma análise exaustiva do conceito, Halpern (2005) identifica cinco esferas em que o capital social é importante: desempenho econômico; saúde e bem-estar; criminalidade; educação; e boa governança. Halpern identifica ainda três níveis de análise do capital social: micro (redes familiares e de amigos); meso (vizinhança e organizações comunitárias); e macro (instituições, redes e recursos nacionais e estatais). Alguns dos efeitos do capital social foram esboçados anteriormente, como os efeitos das relações familiares positivas no desenvolvimento infantil e das relações comunitárias na criminalidade e na saúde pública. Estes, por sua vez, têm implicações sobre o campo econômico: o desenvolvimento infantil ancora o sucesso acadêmico e, por conseguinte, os rendimentos; as taxas de criminalidade afetam os meios de subsistência e os valores imobiliários do bairro; e os impactos na saúde têm efeito na capacidade de trabalhar e obter rendimentos (Fleurbaey, Kanbur e Viney, 2021, p. 16, tradução nossa).<sup>18</sup>

Essas diferentes contribuições permitem pensar em externalidades – positivas ou negativas – como efeitos de transbordamento resultante de interações no campo privado ou de intervenções públicas. Quanto à natureza, externalidades não são efeitos exclusivamente econômicos, pois também têm implicações sociais significativas. É essa perspectiva mais ampla de externalidades que se pretende adotar neste trabalho. Externalidades – sociais ou econômicas – ocorrem quando as ações de um indivíduo, um grupo ou do poder público afetam terceiros, dada a interdependência entre os indivíduos, pois, conforme Elias (1970), indivíduos que vivem em sociedade estão “presos” em relações interdependentes, sobretudo em uma sociedade tão complexa como a moderna. Essa interdependência entre os indivíduos não se restringe às interações econômicas e não é regulada exclusivamente pelos mecanismos de mercado (preços e incentivos monetários); ela também se relaciona a outros mecanismos, como o altruísmo e a solidariedade, normas morais, a reciprocidade e o monitoramento mútuo, tomadas de decisão por cooperação centralizada, entre outros, como destacam Fleurbaey, Kanbur e Viney (2021).

18. *In an extensive review of the concept, Halpern (2005) identifies five aspects of life for which social capital is important: economic performance; health and wellbeing; crime; education; and good governance. Halpern further identifies three levels of analysis of social capital: micro (family and friend networks); meso (neighborhoods and community organizations); and macro (national and state institutions, networks and resources). Some of these social capital effects were outlined above, such as the effects of positive family relationships on child development and of community relations on crime and public health. These in turn have implications for the economic realm: child development supports academic achievement and thus income; crime rates affect livelihoods and neighborhood property values; and health impacts affect capacity to work and earn an income.*

Pensar em externalidades como custos sociais resultantes de interações, mesmo no campo privado, pode ser bastante útil para entender por que o Estado deve intervir na regulação de relações que se estabelecem, inclusive na esfera familiar. Situações de violência e abandono não são apenas inaceitáveis sob a perspectiva dos direitos humanos como também têm implicações sociais significativas, o que justificaria intervenções realizadas pela política de assistência social, por exemplo.

A noção ampliada de externalidades descrita anteriormente pode ainda ser conjugada com outros conceitos relevantes, com a intenção de pensar os resultados das políticas de seguridade social. Um destes é o de circuitos de *feedback* positivo, que geram círculos virtuosos que reforçam os estímulos iniciais. A oferta de bens e serviços sociais pode resultar em efeitos em cadeia, de forma que, para a mensuração do seu impacto total, será necessário computar os resultados de todas as diferentes etapas de repercussão geradas. Com isso, a medição das externalidades precisa levar em conta fases adicionais, para além das consequências imediatas, considerando-se seus impactos indiretos e mudando a ordem de grandeza associada às externalidades, na presença de efeitos multiplicadores (Fleurbay, Kanbur e Viney, 2021). De forma similar, o conceito de complementariedade institucional ajuda a evitar a reificação do objeto de análise (a política pública) e leva a considerar que o desempenho de uma instituição é afetado por outras, atuantes em um mesmo contexto. Isso significa levar a sério interações e influências mútuas entre as políticas públicas, como proposto na abordagem macrossetorial da seguridade social (Jaccoud, 2023b).

## 5.2 Classificação dos resultados das políticas de seguridade social

A partir do conceito de externalidades, que vem sendo explorado pela literatura em perspectiva não exclusivamente econômica, é possível classificar os resultados das intervenções das políticas de seguridade social, permitindo uma avaliação mais completa dos benefícios sociais coletivos para a sociedade.

Propõe-se, assim, a seguinte classificação dos resultados das políticas/programas da seguridade, conforme seus efeitos diretos e indiretos.

- 1) *Resultado direto* – recai sobre o público-alvo da política ou do programa em questão; ou seja, os indivíduos, famílias, grupos ou territórios que se beneficiam de forma mais imediata.
- 2) *Resultado indireto* – refere-se ao transbordamento dos efeitos da política pública, que beneficia um conjunto maior de indivíduos que o público-alvo inicial da política/programa. Esses efeitos de transbordamento (externalidades) podem ocorrer tanto no mesmo campo de atuação da política pública quanto em outros campos.

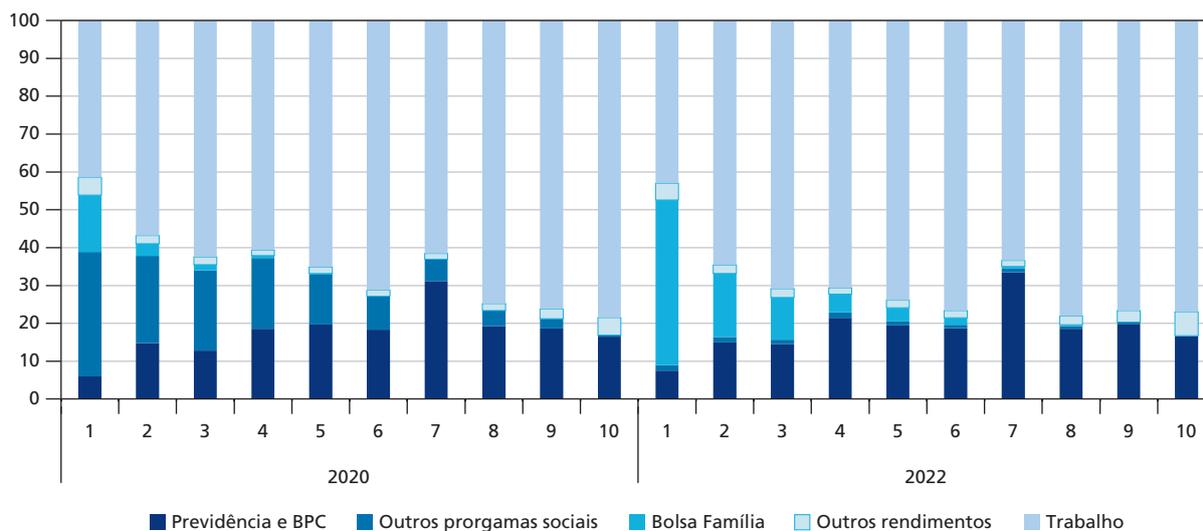
Assim, a oferta de bens públicos traz resultados diretos e indiretos. Como resultados diretos podem ser considerados aqueles que atuam sobre seus beneficiários, como por exemplo os resultados decorrentes da saúde pública gratuita sobre o bem-estar de indivíduos ou famílias atendidos por programas e ações de SF, consultas ou quaisquer outras ações curativas, clínicas, preventivas ou protetivas. Os resultados indiretos podem incluir a ampliação do bem-estar de toda uma comunidade pela redução da incidência de doenças, pela diminuição dos gastos com inatividade de trabalhadores decorrente de adoecimento ou pelos efeitos sobre o aumento da produtividade na economia relacionados aos menores níveis de adoecimento da população. A presença de um centro de saúde em um território, além dos efeitos diretos sobre a população atendida na prevenção de doenças por meio de vacinas e exames, também pode gerar resultados indiretos, como a redução nos custos de hospitalização futuros, entre outros.

As ofertas disponibilizadas nos Cras, além dos resultados diretos decorrentes dos atendimentos de famílias em vulnerabilidade social, como inclusão em programas sociais, bem como recebimento de cestas básicas e outros benefícios que melhoram o bem-estar das famílias, podem gerar resultados indiretos ao potencializar o protagonismo de famílias, aumentar a autonomia das mulheres, contribuir para a inserção e a permanência de crianças e jovens no sistema educacional e promover uma divisão mais equitativa na tarefa de cuidar, entre outros exemplos. Tal atuação pode reduzir ou eliminar os custos sociais relacionados à violação de direitos de crianças e adolescentes, por exemplo, que podem ser considerados externalidades negativas, sob uma perspectiva de desenvolvimento social.

Ainda no campo da assistência social, particularmente quanto a programas de transferência de renda para famílias pobres, como o Bolsa Família, é importante considerar seus efeitos diretos e indiretos, isto é, a melhoria no bem-estar das famílias pelo recebimento das transferências monetárias que se traduz na redução nos níveis de pobreza monetária (Souza *et al.*, 2019) e no maior acesso a bens e serviços. Esses benefícios assistenciais não contributivos possuem grande importância no rendimento domiciliar das famílias mais pobres, situadas nos estratos inferiores da distribuição de renda, principalmente aquelas do primeiro décimo, cuja renda proveniente dessas transferências representou 15,1% do rendimento domiciliar em 2020 e chegou quase à metade (43,6%) em 2022 durante a pandemia, como mostra o gráfico 5.

**GRÁFICO 5****Composição do rendimento domiciliar por fonte, segundo décimos da renda domiciliar *per capita* (2020 e 2022)**

(Em %)



Fonte: Portal Beneficiômetro da Seguridade Social. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/dados/assistencia-social>.

Estudos sobre os resultados do Programa Bolsa Família têm mobilizado vários pesquisadores, frequentemente com a realização de avaliações de impacto. Ainda que esta não seja a única forma de conhecer resultados, esses estudos são fontes importantes para visibilizar efeitos do programa. Destaca-se, nesse sentido, a ampliação do acesso a uma alimentação saudável – em termos de quantidade e qualidade dos alimentos –, assegurando maior segurança alimentar (Segall-Corrêa *et al.*, 2008) e melhores indicadores antropométricos do estado nutricional das crianças (Paes-Sousa, Santos e Miazaki, 2011). Diversos estudos de avaliação de impacto têm mostrado efeitos positivos sobre a saúde dos beneficiários: diminuição da mortalidade materna (Rasella *et al.*, 2021) e declínio na taxa de mortalidade infantil (Shei, 2013; Rasella *et al.*, 2013). Além dos resultados diretos da transferência de renda sobre redução da mortalidade, há evidências de que o Bolsa Família melhorou a utilização de serviços de saúde, especialmente para serviços relacionados às condicionalidades de saúde (Shei *et al.*, 2014). E esses resultados são ainda mais significativos quando a cobertura do programa é combinada com a expansão de serviços da atenção primária em saúde (Programa Saúde da Família). A redução da mortalidade infantil pós-neonatal é mais significativa quando o PSF é combinado com a expansão do Bolsa Família (Guanais, 2015). Há resultados também positivos do PBF relacionados à educação: melhoria na frequência escolar por parte dos jovens (Chitolina, Foguel, Menezes-Filho, 2013); menor evasão; e aumento nas taxas de progressão de séries (Glewwe e Kassouf, 2012).

Entre os resultados indiretos do PBF, há os efeitos multiplicadores do total das transferências monetárias sobre os níveis de emprego e renda na economia e os efeitos decorrentes da ampliação dos níveis de escolarização de crianças e adolescentes e de seus possíveis impactos sobre os níveis de produtividade do trabalho. O investimento em saúde, bem como em educação e formação profissional, tem como resultados indiretos a melhoria do capital humano das famílias, potencializando melhores empregos futuros e promovendo a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza.

Ainda quanto aos resultados indiretos do PBF, destacam-se seus efeitos positivos nas relações de gênero. Estudos têm mostrado impactos significativos quanto ao aumento do poder de decisão das mulheres beneficiárias em áreas urbanas (De Brauw *et al.*, 2014) e às potencialidades emancipatórias presentes na dotação de recursos monetários vinculados à transferência estatal de renda (Rego, 2008).

Os efeitos multiplicadores dos gastos com as políticas sociais, sejam estes com serviços, seguro-desemprego, transferências previdenciárias contributivas ou benefícios não contributivos – como o BPC e o Bolsa Família –, podem ser considerados resultados indiretos, uma vez que seus efeitos transbordam para toda a economia. Estimativas do Ipea (2010) simularam os efeitos multiplicadores sobre o produto interno bruto (PIB) e a renda das famílias decorrentes dos diferentes tipos de transferências governamentais (tabela 1). O exercício estimou qual seria o efeito multiplicador decorrente de aumento de 1% do PIB em diversos gastos governamentais que transferem renda e constatou efeitos positivos e mais significativos na medida em que as transferências são direcionadas para famílias com menos renda. Os efeitos multiplicadores são maiores nos programas de transferência de renda para famílias pobres, pois estas têm mais propensão a consumir, o que afeta diretamente o comércio local, os pequenos negócios e os serviços – isto é, movimentam o consumo e a produção total na economia. Esse exercício foi feito também para serviços sociais públicos. No caso da saúde, por exemplo, uma elevação do gasto da ordem de 1% do PIB gera variação positiva de 1,70% no próprio PIB e aumento de 1,44% na renda das famílias.

**TABELA 1****Transferências e pagamento de juros: efeitos multiplicadores decorrentes de choque de 1% do PIB (2006)**

(Em %)

Tipo de choque	Variação	
	PIB	Renda das famílias
Transferências do governo analisadas	1,12	2,02
PBF	1,44	2,25
BPC	1,38	2,2
RGPS	1,23	2,1
RPPS	0,88	1,86
Juros sobre a dívida pública	0,71	1,34
Transferência hipotética neutra	1,06	1,98
Transferência hipotética igualitária	1,26	2,12

Fonte: Ipea (2010).

Considerando seus efeitos multiplicadores, programas como o Bolsa Família podem ainda ser utilizados como políticas contracíclicas – ou seja, em momentos de recessão, com aumento dos níveis de desemprego e queda na atividade econômica, mais famílias tenderiam a precisar de tais benefícios monetários e, ao ampliar os montantes totais transferidos, mais recursos seriam injetados na economia. Com os efeitos multiplicadores decorrentes, assistir-se-ia a uma ampliação ou manutenção dos níveis da demanda de consumo, restando o desaquecimento econômico.

A análise dos resultados indiretos pode revelar tanto efeitos mais delimitados na própria área de intervenção quanto efeitos mais ampliados, abrangendo outras áreas. Os resultados da vacinação vão muito além do efeito direto em termos de proteção da população vacinada ao prevenir ou reduzir a gravidade da doença ou reduzir a necessidade de medicamentos ou hospitalizações, pois podem beneficiar a coletividade (resultados indiretos) ao induzir a imunidade de rebanho e proteger até mesmo pessoas que não poderiam ser vacinadas.

No caso das ações implementadas no âmbito da vigilância sanitária, observa-se que seus resultados diretos recaem sobre toda a coletividade circunscrita nos territórios de sua atuação, uma vez que monitora e intervém em aspectos que afetam diretamente a saúde, como a qualidade da água, do ar e dos alimentos, além de garantir a segurança de produtos e serviços, mediante a fiscalização para assegurar que estes atendam

aos padrões de segurança e eficácia estabelecidos. A partir da sua atuação, também são geradas externalidades positivas, efeitos que transbordam os benefícios diretos, gerando-se resultados indiretos como a redução das desigualdades em saúde, garantindo-se que grupos vulneráveis, que podem não ter condições de acessar produtos de alta qualidade, sejam protegidos de produtos potencialmente perigosos ou ineficazes.

Outras intervenções podem gerar resultados indiretos que alcançam outras áreas, como no caso da previdência rural (o segurado especial). Há evidências quanto aos impactos socioeconômicos da previdência rural em termos da “revitalização da economia familiar rural” (Delgado e Cardoso Junior, 2000).

Em termo de resultados indiretos, é importante destacar os achados de pesquisas sobre a previdência rural:

Dois estudos independentes realizados simultaneamente em 1998 (Schwarzer, 2000a, no estado do Pará; Delgado e Cardoso Jr., 2000, no Nordeste e no Sul brasileiro), calculam que em 80 a 90% dos domicílios rurais beneficiados, a Previdência Social é responsável por, pelo menos, 50% da renda monetária do domicílio, não importando se ele se encontra no Nordeste “pobre”, na região Amazônica (Pará), ou no Sul “rico”. Esse efeito impulsionador da renda monetária tem inúmeras consequências: Redução da pobreza (...), melhora o acesso a serviços sociais cuja disponibilidade nas áreas rurais normalmente é limitada (...); Melhorias no domicílio (...); Desenvolvimento da agricultura – (...) A renda regular, independentemente das condições meteorológicas, ao contrário da renda resultante da produção agrícola, permitiu a aquisição de instrumentos de trabalho, sementes e a capitalização das unidades de produção familiar (...) Redução da migração rural/urbano (...); Mudanças nos papéis sociais. O recebimento de benefício da Previdência Social redefiniu o papel social dos idosos nas famílias e comunidades rurais brasileiras. A mudança nos papéis é particularmente evidente no caso das mulheres (...). Também é importante enfatizar que, em vez da erosão dos laços familiares, a solidariedade nas famílias normalmente é fortalecida com o sistema de aposentadorias e pensões não contributivas. (...) Redistribuição regional de renda – Para um grande número de municípios e até mesmo de estados brasileiros, a Previdência Rural possui uma clara função de redistribuição regional de renda. (...) Suporte para a economia local – A renda proporcionada pelas aposentadorias e pensões é uma fonte de dinamismo para a economia local (Schwarzer e Querino, 2002, p. 17-19).

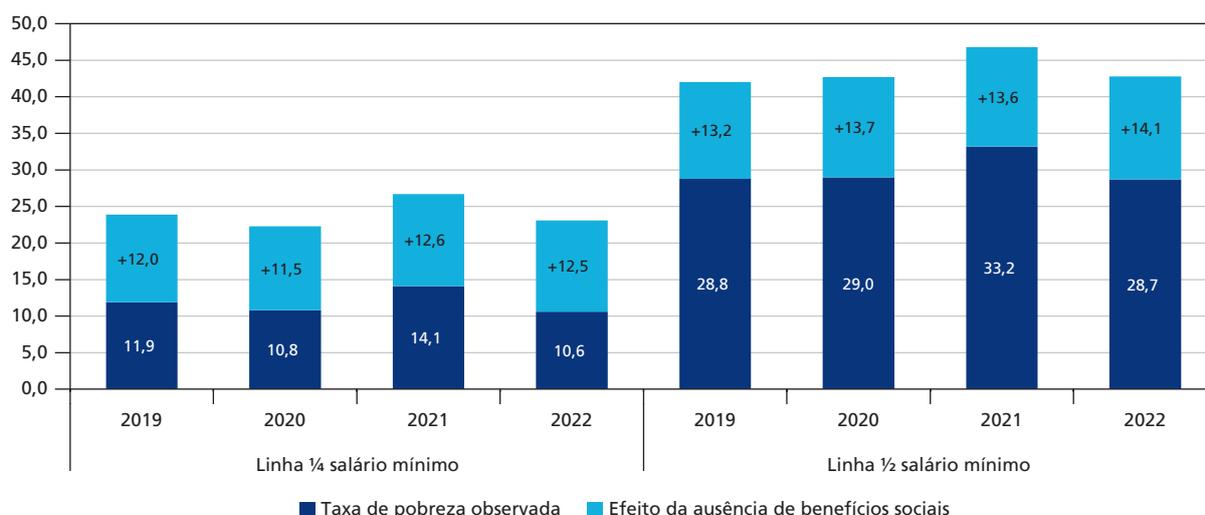
## TEXTO para DISCUSSÃO

Mais recentemente, têm sido destacados potenciais efeitos da previdência rural em termos de sustentabilidade ambiental e segurança alimentar do país. O modelo produtivo de agricultura familiar, baseado em pequenas propriedades, com maior diversidade de culturas e práticas agroecológicas, vem sendo destacado por outros aspectos: seu potencial contributo para a segurança alimentar e nutricional da sociedade, o abastecimento e a soberania alimentar, bem como a sustentabilidade ambiental (Ipea, 2024b). Portanto, a previdência rural possui resultados protetivos diretos em relação aos beneficiários individuais, e pode apresentar resultados indiretos em diversos campos, inclusive os que beneficiam toda a sociedade.

Os efeitos dos benefícios da seguridade social na redução da pobreza e da desigualdade podem ser percebidos por alguns indicadores disponíveis no Portal Beneficiômetro da Seguridade Social. Alguns destes simulam a magnitude da pobreza quando retirados os benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões) e assistenciais (principalmente o BPC). Em 2022, caso não houvesse o pagamento desses benefícios, a pobreza – medida pela linha de meio salário mínimo – seria maior em 14,1% (gráfico 6). Principalmente a pobreza entre os idosos aumentaria expressivamente: haveria pelo menos 61% dos idosos – com 67 anos ou mais – vivendo na pobreza, em vez da taxa inferior a 10% registrada nesse ano, conforme informações disponíveis no portal.

### GRÁFICO 6

**Efeito simulado da ausência de benefícios sociais sobre a pobreza (2019-2022)**  
(Em %)



Fonte: Portal Beneficiômetro da Seguridade Social. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/dados/assistencia-social>.

A redução da pobreza é um resultado direto dos benefícios da assistência social e da previdência sobre seus beneficiários diretos. Todavia, é possível também vislumbrar resultados indiretos relevantes sob uma perspectiva do desenvolvimento social e econômico.

Com relação à desigualdade econômica, as transferências operadas pelas políticas da seguridade social contribuem de forma diferenciada. Enquanto as aposentadorias e as pensões do RGPS, o Bolsa Família e os programas sociais federais constituem transferências progressivas, as aposentadorias e as pensões dos RPPS reforçam a desigualdade com outros componentes da renda, tal como os rendimentos de aluguéis e os provenientes de variação patrimonial. Esses efeitos variados das diversas fontes de rendimento sobre o índice de Gini foram estimados por Silveira *et al.* (2020) e estão apresentados na tabela 2.

**TABELA 2**

**Decomposição do índice de Gini da renda total familiar *per capita* por fontes de renda – Brasil (2017 e 2018)**

Tipo de rendimento	Coefficiente de concentração	Renda (%)	Índice de Gini	Contribuição marginal
Empregado	0,532	39,7	39,5	-0,001
Empregador	0,848	6,7	10,7	0,021
Conta própria	0,445	11	9,2	-0,010
RGPS	0,433	10,7	8,7	-0,011
RPPS	0,821	5,0	7,7	0,014
Aposentadoria privada	0,895	0,7	1,2	0,003
Bolsa e programas sociais federais	-0,303	1,0	-0,6	-0,008
Pensão alimentícia, mesada e doação	0,339	0,9	0,6	-0,002
Outras transferências	0,291	1,1	0,6	-0,003
Aluguéis	0,822	1,6	2,5	0,005
Outras rendas	0,427	0,7	0,5	-0,001
Não monetário	0,379	14,5	10,3	-0,023
Variação patrimonial	0,789	6,2	9,2	0,016
Renda total inicial	0,535	100	100	-

Fonte: Silveira *et al.* (2020).

## TEXTO para DISCUSSÃO

A contribuição de benefícios monetários da seguridade para a redução da desigualdade econômica mostra um importante resultado dessas políticas para além da prevenção/redução da pobreza intencionada com esses instrumentos. Portanto, benefícios assistenciais e parte dos benefícios previdenciários apresentam um resultado indireto significativo em prol de uma sociedade menos desigual.

A análise dos benefícios coletivos a partir da perspectiva dos resultados das políticas públicas permite então concluir que, ao deslocar a lente analítica do beneficiário e da oferta para o resultado das intervenções, é possível identificar resultados coletivos, até mesmo quando o beneficiário é individual e a entrega é individualizada. Isso se aplica especialmente aos resultados relativos à equidade e às desigualdades. Políticas e programas desenhados para beneficiário coletivo e ofertas organizadas pelo território tendem, evidentemente, a promover equidade e redistribuição.

### 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse texto buscou contribuir para a análise sobre a seguridade social brasileira, jogando luz sobre o tema dos seus benefícios coletivos. Tendo em vista que diferentes perspectivas podem ser mobilizadas em torno do tema, propôs-se uma forma de classificação dos benefícios coletivos. O exercício de classificação realizado considerou os benefícios coletivos da seguridade social sob três abordagens: os benefícios coletivos tratados a partir da definição do tipo de beneficiário; os benefícios coletivos sob a ótica da forma de entrega; e os benefícios coletivos referidos aos resultados das ofertas. Avançou-se ainda na proposição de categorias internas a cada um dos grupos de classificação propostos pela tipologia desenvolvida.

#### QUADRO 2

##### Síntese da classificação dos benefícios coletivos da seguridade social

Elemento caracterizador	Categorias
Beneficiário	Beneficiários coletivos não identificáveis
	Beneficiários coletivos pertencentes a minorias étnicas
	Beneficiários pertencentes a grupos submetidos a processos de discriminação
Oferta	Ofertas coletivas realizadas por meio de intervenções coletivas
	Ofertas coletivas realizadas por intermédio de intervenções territorializadas
Resultados	Resultados diretos
	Resultados indiretos

Elaboração das autoras.

A partir das características da demanda e dos tipos de beneficiários, a classificação assenta-se na distinção entre os beneficiários individuais e os coletivos. Identifica, assim, que, além dos beneficiários individuais, a seguridade social opera em favor de beneficiários coletivos, entendidos como aqueles detentores de direitos transindividuais, difusos ou coletivos *stricto sensu*. Os beneficiários coletivos são, pois, beneficiários de direitos e proteções destinados a determinados grupos sociais ou a toda a coletividade, distinguindo-se três tipos: os beneficiários coletivos não identificáveis; os beneficiários coletivos pertencentes a minorias étnicas; e os beneficiários coletivos pertencentes a grupos submetidos a processos de discriminação. A implementação de programas diferenciados ou de diferenciação de ações em um mesmo programa e política setorial permite a integração dos princípios da equidade e reconhecimento ao princípio da universalidade da seguridade social brasileira.

Analisando-se os benefícios coletivos sob a ótica da forma de entrega das políticas setoriais, observou-se que, em especial no âmbito dos serviços, são adotadas metodologias e estratégias diferenciadas, incluindo-se intervenções coletivas de grupo e territorializadas. Essas diferentes formas de organização da oferta ampliam a efetividade do impacto das ações tanto sobre as possibilidades de acesso como sobre seus resultados. Essas formas de entrega também representam uma base estratégica relevante para a operacionalização e a articulação dos princípios da universalidade e da equidade.

Por fim, o terceiro grupo analisado no âmbito dos benefícios coletivos diz respeito aos resultados das ofertas da seguridade social. Destacou-se como a provisão pública de benefícios monetários e serviços sociais espalha importantes efeitos para a coletividade, econômicos, sociais e políticos. Tais efeitos podem ser distinguidos entre os resultados diretos das ofertas, considerando seus beneficiários, sejam individuais ou coletivos; e resultados indiretos, com transbordamento a um conjunto maior de indivíduos para além do seu público-alvo.

Cabe lembrar que as três abordagens mobilizadas nesse exercício de classificação têm validade independente umas das outras. Ou seja, tanto beneficiários individuais como coletivos podem ser beneficiados por ofertas individuais, coletivas ou territorializadas. Da mesma forma, a análise dos resultados não acolhe um tipo específico, mas o conjunto dos beneficiários e das ofertas, a depender da variável sob análise.

As três perspectivas propostas foram abordadas setorialmente, tendo-se explorado algumas alternativas de desenvolvimento de indicadores específicos. Os exemplos acolhidos no texto sugerem possibilidades promissoras de desenvolvimento de indicadores que possam dar melhor visibilidade àquelas dimensões de benefícios coletivos. No âmbito específico do Beneficiômetro da Seguridade Social, o desenvolvimento de

novos indicadores poderá aprimorar tal instrumento e favorecer o melhor conhecimento sobre esse campo da ação pública.

O exercício realizado sustenta, assim, a viabilidade de pensar em dimensões distintas de categorização dos benefícios coletivos. Fortalece a agenda de pesquisa sobre os beneficiários da seguridade social, suas ofertas e seus resultados sociais, econômicos e políticos. Instiga ainda maior aprofundamento na reflexão sobre o arranjo de solidariedade da seguridade social em favor da proteção ao indivíduo e, igualmente, de grupos específicos e de todo o corpo social. As garantias protetivas efetivadas a grupos e à coletividade, as diferentes estratégias e as abordagens coletivas e territoriais, bem como os vários resultados coletivos das políticas de saúde, assistência e previdência social, constituem uma promissora agenda de pesquisa, tratando de forma ampliada a complexidade da seguridade social e sua importância para a melhoria da dinâmica social e das condições de vida da população brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ANSILIERO, G. *et al.* **Beneficiômetro da Seguridade Social**: um panorama da previdência social brasileira a partir de indicadores clássicos. Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2023. (Texto para Discussão, n. 2941).
- ASENSI, F. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010.
- BADIN, A. O fundo de defesa de direitos difusos. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 17, n. 67, p. 62-99, jul.-set. 2008.
- BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 6, p. 820-826, nov.-dez. 2005.
- BATISTA, L. E. *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-18, 2020.
- BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (vetado) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 10649, 25 jul. 1985. Seção 1.
- BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 12 set. 1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle de endemias**. Brasília: MS, dez. 2000. 36 p.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o Paif**. 1. ed. Brasília: Suas/SNAS/MDS, 2012a. v. 2.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Norma Operacional Básica do Sistema Único Nacional de Assistência Social – NOB Suas**. Brasília: MDS, 2012b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas da vigilância socioassistencial**. Brasília: Suas/SNAS/MDS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores institucionais do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano 2019**. Brasília: MS, 2020.
- BRASIL. **Relatório Missão Yanomami**. Brasília: MS, jan. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/coe-yanomami/publicacoes-tecnicas/relatorios/relatorio-missao-yanomami-jan-2023/view>.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Diversidade no Cadastro Único: identificação e perfil socioeconômico de grupos populacionais tradicionais e específicos – 2021**. Brasília: Sagicad/MDS, 2023b.
- CHITOLINA, L.; FOGUEL, M. N.; MENEZES-FILHO, N. **The impact of the expansion of the Programa Bolsa Família on school attendance**. Brasília: IPC-IG, dez. 2013. (One Pager, n. 234).
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CONHEÇA a atuação da Funai na proteção dos povos indígenas isolados e de recente contato. **Gov.br**, 20 jul. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2024/conheca-a-atuacao-da-funai-na-protecao-dos-povos-indigenas-isolados-e-de-recente-contato#:~:text=os%20povos%20ind%C3%ADgenas-,Povos%20isolados,Estado%20brasileiro%20a%20sua%20prote%C3%A7%C3%A3o>.
- DE BRAUW, A. *et al.* The impact of Bolsa Família on women’s decision-making power. **World Development**, v. 59, p. 487-504, jul. 2014.
- DELGADO, G.; CARDOSO JUNIOR, J. C. **Principais resultados da pesquisa domiciliar sobre a previdência rural na região Sul do Brasil (Projeto Avaliação Socioeconômica da Previdência Social Rural)**. Rio de Janeiro: Ipea, jun. 2000. (Texto para Discussão, n. 734).

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. *In*: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.

ELIAS, N. Modelos de jogo. *In*: ELIAS, N. **Introdução à sociologia**. Lisboa: Edições 70, 1970. p. 77-112.

FINE, P.; EAMES, K; HEYMANN, D. L. "Herd immunity": a rough guide. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. 7, p. 911-916, 2011.

FLEURBAEY, M.; KANBUR, R.; VINEY, B. Social externalities and economic analysis. **Social Research: an International Quarterly**, v. 88, n. 1, p. 171-202, 2021.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. *In*: SOUZA, J. (Org.). **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2021. p. 246-282.

GAIZO, F. **A definição de direitos metaindividuais e o microsistema da tutela coletiva**. São Paulo: PUC-SP, 2020.

GARCIA, J. A. B. Apontamentos sobre a controvertida centralidade da família no trabalho social. **SER Social**, Brasília, v. 20, n. 42, p. 30-54, jan.-jun. 2018.

GLEWWE, P.; KASSOUF, A. L. The impact of the Bolsa Escola/Família conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. **Journal of Development Economics**, v. 97, n. 2, p. 505-517, 2012.

GLOBEKNER, O. A. A tutela individual e coletiva do direito à saúde pelo Ministério Público. **Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo**, São Paulo, v. 8, p. 129-148, 2015.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário Educação da Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Fiocruz, 2009.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. **American Journal of Public Health**, v. 105, p. 593-599, out. 2015. Suplemento nº 4.

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

HOWLETT, M. What is a policy instrument? Policy tools, policy mixes, and policy-implementation styles. *In*: ELIADIS, P.; HILL, M. M.; HOWLETT, M. P. (Ed.). **Designing government: from instruments to governance**. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2005. p. 31-50.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Efeitos econômicos do gasto social no Brasil. *In*: IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2010. v. 8, p. 109-160.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, Brasília, n. 31, 2024a.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável, avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil, ODS 2 – fome zero e agricultura sustentável. Brasília: Ipea, 2024b. (Cadernos ODS, n. 2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS2>.

JACCOUD, L. Coordenação e territórios no Suas: o caso do Paif. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 443-469.

JACCOUD, L. **Bases institucionais e interfaces na seguridade social brasileira**: uma análise macrossetorial. Rio de Janeiro: Ipea, set. 2023a. (Texto para Discussão, n. 2921).

JACCOUD, L. **Seguridade social**: por uma análise macrossetorial. Rio de Janeiro: Ipea, set. 2023b. (Texto para Discussão, n. 2919).

JACCOUD, L. **Idosos em situação de isolamento social**: uma abordagem macrossetorial. Brasília: Ipea, jul. 2024. (Texto para Discussão, n. 3200).

JONES, P. Group rights. **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, 22 set. 2022.

JOVANOVIC, M. A. Recognizing minority identities through collective rights. **Human Rights Quarterly**, v. 27, n. 2, p. 625-651, maio 2005.

KAPP, K. W. **The heterodox theory of social costs**. Londres: Routledge, 2017.

KERSTENETZKY, C. L. **O Estado do bem-estar social na idade da razão**: a reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KERSTENETZKY, C. L. Investimento público em serviços sociais como componente central de uma agenda de desenvolvimento. **Revista do Serviço Público**, v. 74, n. 1, p. 64-86, jan.-mar. 2023. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/9952>.

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

LE GALÈS, P. Policy instruments and governance. *In*: BEVIR, M. (Ed.). **The Sage handbook of governance**. Califórnia: Sage, 2011. p. 142-159.

LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000.

LISBOA, V. Desinformação sobre vacinas se comporta como epidemia. **Agência Brasil**, 24 set. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-09/desinformacao-sobre-vacinas-se-comporta-como-epidemia>.

MATTOS, B. A. *et al.* Educação em saúde: como anda essa prática? **Revista Gestão e Saúde**, v. 5, n. 4, p. 2737-2755, out. 2014.

MOREL, N.; PALIER, B.; PALME, J. Beyond the welfare State as we knew it? *In*: MOREL, N.; PALIER, B.; PALME, J. (Ed.). **Towards a social investment welfare State?** Ideas, policies and challenges. Bristol: Policy Press, 2011. p. 1-30.

NAJAR A. L.; MARQUES, E. C. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 703-712, 2003.

PAES-SOUSA, R.; SANTOS, L. M. P.; MIAZAKI, É. S. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 7, p. 496-503, abr. 2011.

PINHEIRO, M. B. *et al.* **Beneficiômetro da Seguridade Social**: uma introdução aos benefícios ofertados pela política de assistência social. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. (Texto para Discussão, n. 2940).

POLANYI, K. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

RASELLA, D. *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 6 jul. 2013.

RASELLA, D. *et al.* Long-term impact of a conditional cash transfer programme on maternal mortality: a nationwide analysis of Brazilian longitudinal data. **BMC Medicine**, v. 19, n. 127, p. 1-9, 2021.

RAWLS, J. **A theory of justice**. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press, 1971.

REICHERT T. A. *et al.* The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza. **The New-England Journal of Medicine**, v. 344, n. 12, p. 889-896, 22 mar. 2001.

REGO, W. L. Aspectos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, v. 73, p. 147-185, 2008.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SARLET, I. W. A titularidade simultaneamente individual e transindividual dos direitos sociais analisada à luz do exemplo do direito à proteção e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais e Justiça**, v. 4, n. 10, p. 205-228, jan.-mar. 2010.

SCHWARZER, H.; QUERINO, A. C. **Benefícios sociais e pobreza**: programas não contributivos da seguridade social brasileira. Brasília: Ipea, dez. 2002. (Texto para Discussão, n. 929).

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al.* Cash transference and food insecurity in Brazil: analysis of national data. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, p. 39-51, jul.-ago. 2008.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SERRANO, Y. A. P.; NUNES JÚNIOR, V. S. Microsistema das ações coletivas e acesso à justiça: a questão da competência. **Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo**, v. 23, p. 116-150, 2023.

SHEI, A. Brazil's conditional cash transfer program associated with declines in infant mortality rates. **Health Affairs**, v. 32, n. 7, p. 1274-1281, 2013.

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

SILVA, S. P. Considerações analíticas e operacionais sobre a abordagem territorial em políticas públicas. *In*: BOUERI, R.; COSTA, M. A. (Ed.). **Brasil em desenvolvimento 2013**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2013. v. 1, p. 89-116.

SILVEIRA, F. G. *et al.* **Impactos redistributivos das transferências públicas monetárias e da tributação direta**: evidências com a POF 2017-2018. Brasília: Ipea, ago. 2020. (Nota Técnica Disoc, n. 89).

SOUZA, M. L. O território: sobre espaço, poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1995. p. 77-116.

SOUZA, P. H. G. F. de *et al.* **Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade**: um balanço dos primeiros 15 anos. Rio de Janeiro: Ipea, ago. 2019. (Texto para Discussão, n. 2499).

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Introdução ao curso de especialização em saúde da família**. Florianópolis: UFSC, 2018.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

ZADDOCK, F. A diferença entre direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos no Código de Defesa do Consumidor. **Jusbrasil**, 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-diferenca-entre-direitos-difusos-coletivos-e-individuais-homogeneos-no-codigo-de-defesa-do-consumidor/1825301643>.

ZAVASCKI, T. A. Defesa de direitos coletivos e defesa coletiva de direitos. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, Porto Alegre, v. 11, p. 177-192, 1996.

## **Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

### **EDITORIAL**

#### **Coordenação**

Aeromilson Trajano de Mesquita

#### **Assistentes da Coordenação**

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

#### **Supervisão**

Alice Souza Lopes

Everson da Silva Moura

#### **Revisão**

Amanda Ramos Marques Honorio

Cláudio Passos de Oliveira

Denise Pimenta de Oliveira

Emilly Dias de Matos

Gisela Carneiro de Magalhães Ferreira

Lucas Sales Lyra

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Susana Sousa Brito

Yally Schayany Tavares Teixeira

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

#### **Editoração**

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

#### **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.*

#### **Ipea – Brasília**

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

**Missão do Ipea**  
Qualificar a tomada de decisão do Estado e o debate público.

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO  
PLANEJAMENTO  
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO