O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VII | Volume 24 | Nº 71 | Boa Vista | 2025

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.18090881

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

ENSAIO TEÓRICO-REFLEXIVO SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL E BEM-ESTAR NO BRASIL[1]

Laíze Marina de Oliveira Teixeira de Magalhães[2]

Fábio Alexis Rincón Uribe[3]

Janari da Silva Pedroso[4]

Resumo

A Previdência Social constitui um dos principais pilares da proteção social no Brasil e desempenha papel central na organização das condições de vida, da segurança material e das trajetórias de saúde da população. Apesar de sua relevância, as análises sobre as reformas previdenciárias têm se concentrado predominantemente em seus efeitos fiscais e atuariais, com menor atenção às suas repercussões sociais, psicossociais e sobre o bem-estar. Este estudo propõe uma análise teórico-reflexiva da Previdência Social como determinante estrutural da saúde, articulando os campos dos determinantes sociais da saúde, da proteção social e das teorias do bem-estar. Os resultados indicaram que o acesso à proteção previdenciária contribui para a redução de vulnerabilidades psicossociais, para a promoção do bem-estar e para o fortalecimento da coesão social, ao passo que reformas orientadas prioritariamente pela racionalidade fiscal tendem a ampliar inseguranças, exclusões e sofrimento social. Conclui-se que a Previdência Social deve ser compreendida não apenas como política de renda, mas como política estruturante da saúde e do bem-estar, cuja fragilização compromete dimensões centrais da justiça social e da equidade em saúde no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Bem-estar; Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas; Previdência Social.

Abstract

Social Security constitutes one of the main pillars of social protection in Brazil and plays a central role in shaping living conditions, material security, and population health trajectories. Despite its relevance, analyses of pension reforms have predominantly focused on their fiscal and actuarial effects, with less attention given to their social, psychosocial, and well-being implications. This article proposes a theoretical-reflective analysis of Social Security as a structural determinant of health, articulating the fields of social determinants of health, social protection, and well-being theories. The findings indicate that access to pension protection contributes to the reduction of psychosocial vulnerabilities, the promotion of well-being, and the strengthening of social cohesion, whereas reforms primarily guided by fiscal rationality tend to intensify insecurity, exclusion, and social suffering. It is concluded that Social Security should be understood not merely as an income policy, but as a structuring policy for health and well-being, whose weakening undermines central dimensions of social justice and health equity in the Brazilian context.

Keywords: Public Policies; Social Determinants of Health; Social Security; Well-being.

[1] A presente pesquisa contou com o apoio institucional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará (PROPESP/UFPA).

[2] Doutoranda em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: laizeteix@gmail.com

[3] Professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Psicologia. E-mail: faru1095@gmail.com

[4] Professor da Universidade Federal do Pará. Doutor em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. E-mail: pedrosoufpa@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Previdência Social ocupa posição central nos sistemas de proteção social contemporâneos e desempenha papel relevante na organização das condições de vida das populações. No Brasil, sua função extrapola a de reposição de renda, uma vez que se articula diretamente com a segurança material e a capacidade de enfrentamento de riscos associados ao ciclo de vida, como doença, invalidez, velhice e morte do provedor. Nesse sentido, a Previdência Social integra o conjunto de políticas que condicionam não apenas a subsistência econômica, mas também dimensões mais amplas da saúde e do bem-estar.

Nas últimas décadas, contudo, o sistema previdenciário brasileiro tem sido objeto de sucessivas reformas institucionais, orientadas em grande medida pela busca do equilíbrio fiscal e da sustentabilidade atuarial. Essas transformações ocorreram em um contexto de envelhecimento populacional acelerado, informalidade no mercado de trabalho e desigualdades de gênero, raça e território, fatores que condicionam o acesso à proteção social. Apesar da centralidade desse debate, grande parte das análises permanece concentrada nos efeitos econômicos e financeiros das reformas, com menor atenção às suas repercussões sociais e psicossociais.

Diante desse cenário, coloca-se a seguinte questão: de que modo a Previdência Social no Brasil, e sobretudo, as suas reformas se articulam aos determinantes sociais da saúde e quais são suas implicações para o bem-estar da população? A relevância dessa problemática reside no fato de que alterações nas regras previdenciárias em países marcados por desigualdades socioeconômicas, como o Brasil, afetam não apenas trajetórias contributivas e o acesso a benefícios, mas também expectativas de segurança, previsibilidade e reconhecimento social, elementos centrais para a experiência de bem-estar.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar criticamente a relação entre Previdência Social, determinantes sociais da saúde e bem-estar no Brasil, considerando os possíveis efeitos das reformas previdenciárias sobre vulnerabilidades psicossociais. A análise se ancora em uma articulação interdisciplinar entre os campos da saúde coletiva, das políticas sociais e das teorias do bem-estar, compreendido em suas dimensões subjetiva, psicológica e social.

O estudo está estruturado em duas seções, incluídas a atual seção de Introdução e a seção de Considerações Finais. Na primeira seção, intitulada como referencial teórico se apresenta uma agenda teórico-conceitual sobre determinantes sociais da saúde, proteção social, previdência social e bem-estar. Na segunda seção, são apresentados os resultados em eixos temáticos de análise e discussão.

METODOLOGIA

O estudo se caracteriza por um ensaio teórico-reflexivo que trata sobre o papel da Previdência Social e os efeitos das reformas previdenciárias no bem-estar da população no contexto brasileiro. Caracteriza-se pela natureza reflexiva e interpretativa, sendo sua fortaleza a capacidade reflexiva para entender a realidade (MENEGHETTI, 2011). Sendo assim, contribui de forma assertiva para o entendimento de assuntos emergentes, como é o caso da Reforma Previdenciária.

Os procedimentos de levantamento consistiram em revisão de literatura nacional e internacional, no período de setembro e outubro de 2025. Realizou-se busca nas bases de dados LILACS, Scielo e Google Scholar, abrangendo artigos científicos, revisões sistemáticas, estudos empíricos quantitativos e qualitativos, com os seguintes critérios de inclusão: artigos que estivessem disponíveis na íntegra, em português, inglês, francês e espanhol, publicados nos últimos 10 anos, com abordagem às temáticas de previdência social brasileira, determinantes sociais da saúde e bem-estar. Para a seleção dos descritores utilizados, foi implementada a consulta ao vocabulário indexado DeCS/MeSH e se utilizou como estratégia de combinação o operador booleano "AND": "*social security" and "social determinants of health" and "well-being".*

Considerando esses critérios foram selecionados 14 estudos e incluídos relatórios institucionais produzidos por organismos multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que abordam a temática e ditam as diretrizes políticas da área. Após a leitura e análise crítica do material, foram tecidas reflexões sobre a importância da Previdência Social para redução de vulnerabilidades psicossociais e bem-estar da população.

FUNDAMENTOS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

O campo dos determinantes sociais da saúde (DSS) se consolidou a partir da crítica às explicações biomédicas restritas ao processo saúde-doença, ao evidenciar que padrões de adoecimento e mortalidade são condicionados por desigualdades sociais, econômicas e políticas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), os DSS correspondem as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essa abordagem desloca o foco analítico do indivíduo isolado para os contextos sociais e institucionais que produzem desigualdades sistemáticas em saúde.

Diversos modelos para explicar a constituição dos mecanismos por meio dos quais fatores socioeconômicos produzem desigualdades em saúde são encontrados na literatura, sendo o apresentado por Dahlgren e Whitehead (1991), um dos mais amplamente aceitos. O modelo proposto pelos autores organiza os determinantes em camadas interdependentes, permitindo visualizar a interação entre fatores individuais, sociais e estruturais. A mais interna abrange características individuais como idade, sexo e fatores genéticos, seguidas pelos comportamentos e estilos de vida, que, embora pareçam escolhas pessoais, são condicionados por contextos sociais e culturais, influenciados por informações, propagandas, pressão dos pares, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). As camadas externas incluem redes de apoio social, condições de vida e trabalho, acesso a serviços essenciais, que colocam as pessoas em desvantagem social pelo maior grau de exposição ao desemprego, à alimentação inadequada, às habitações insalubres, ao menor acesso aos serviços públicos, entre outros. E, por fim, fatores econômicos, culturais e ambientais mais amplos, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses macrodeterminantes agem sobre todos os outros, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos determina a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais e dos hábitos alimentares, com repercussões sobre a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Modelo DSS adaptado de Dahlgren e Whitehead:



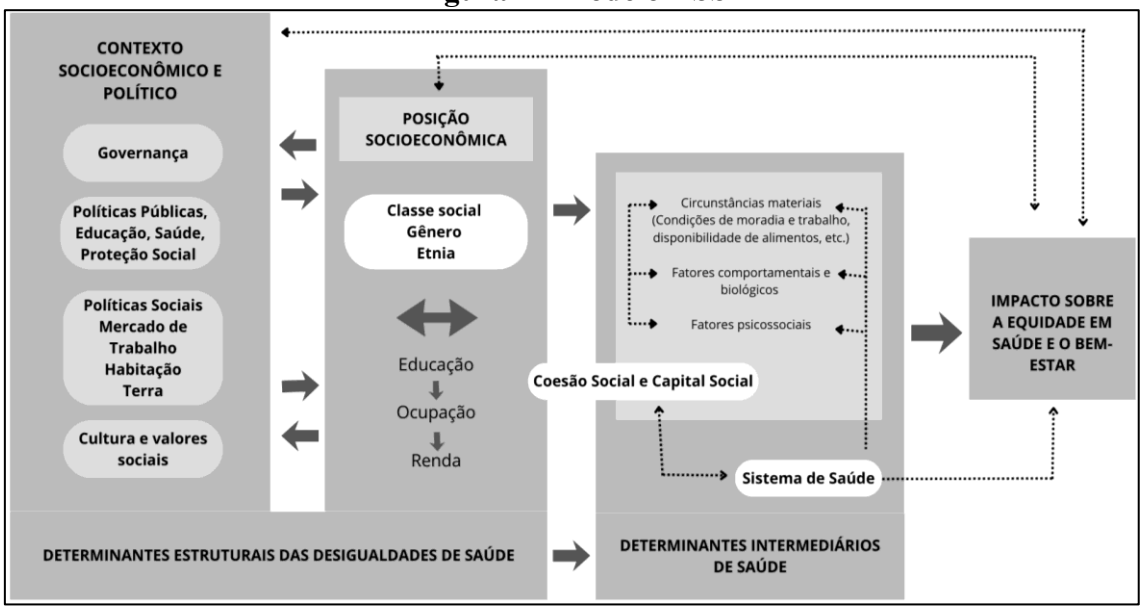
Fonte: Elaboração própria.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil adotou o modelo Dahlgren e Whitehead como referência, considerando que este é capaz de evidenciar como as intervenções podem ocorrer em diferentes níveis, do individual ao estrutural. A abordagem dos determinantes sociais

reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. As intervenções sobre esses determinantes são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis (OMS, 2011). A boa saúde exige a existência de um sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil, acessível e de boa qualidade. Contudo, também depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e, muitas vezes, de ações que não tem relação com o setor saúde (OMS, 2011).

Avanços teóricos posteriores culminaram na elaboração do modelo estrutural da Organização Mundial da Saúde, desenvolvido no âmbito da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Esse modelo introduz uma distinção central entre determinantes estruturais, relacionados à estratificação social, às políticas macroeconômicas e aos sistemas de proteção social, e determinantes intermediários, associados às condições materiais de vida, fatores psicossociais, comportamento e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2008; SOLAR; IRWIN, 2010). Representa um marco ao posicionar explicitamente as políticas públicas e os sistemas de proteção social como elementos centrais na produção das desigualdades em saúde.

Figura 2 - Modelo DSS



Fonte: Elaboração própria. Adaptado da OMS (2010).

Revisões internacionais indicam que, apesar das diferenças conceituais, esses modelos convergem ao reconhecer que a saúde é produzida socialmente e depende da distribuição de poder, renda e recursos nas sociedades (MARMOT; WILKINSON, 2006; HOSSEINI SHOKOUH *et al*., 2017). Abordagens críticas complementares, como o modelo das causas fundamentais da doença, reforçam que fatores estruturais mantêm sua influência sobre a saúde mesmo diante de mudanças nos mecanismos proximais

de adoecimento (LINK; PHELAN, 1995; PHELAN; LINK; TEHRANIFAR, 2010), enquanto a perspectiva do curso de vida destaca a acumulação de vantagens e desvantagens sociais ao longo do tempo como elemento central para a compreensão das desigualdades em saúde e o desenvolvimento de políticas públicas (BEN-SHLOMO; KUH, 2002; WAGNER *et al*., 2024).

A consolidação dos modelos explicativos dos determinantes sociais da saúde evidencia que a produção das desigualdades em saúde e bem-estar está intrinsecamente vinculada aos arranjos institucionais que regulam a distribuição de recursos, riscos e oportunidades nas sociedades. Nesse sentido, a proteção social emerge, nos diferentes modelos teóricos, como um determinante estrutural central, capaz de mediar os efeitos da estratificação social sobre as condições de vida ao longo do curso de vida.

CONFIGURAÇÕES HISTÓRICAS DA PROTEÇÃO SOCIAL

A humanidade desde a formação das sociedades se preocupa com os infortúnios que tendem a acontecer ao longo da vida e são inerentes à sua natureza (IBRAHIM, 2019). A proteção contra os riscos iminentes à vida foi conferida inicialmente à família, e àqueles que não detinham esse anteparo e não tinham condições de prover a sua subsistência, eram dependentes em grande parte de ações caridade das classes mais abastadas e da igreja (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O Estado somente veio a assumir alguma ação de proteção, por volta do século XVII, com a edição da *Poor Laws* ou Lei dos Pobres britânica, que, todavia, manteve a administração da prestação de assistência social às igrejas e às instituições de caridade que vasculhavam e vigiavam a vida de seus beneficiários, geralmente crianças e idosos, como uma forma de garantir que eles se adequassem às normas e aos padrões do mundo burguês (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; IBRAHIM, 2019).

Com a Revolução Francesa de 1789, começa a se notar uma modificação na concepção da proteção social do indivíduo, por meio da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão que inscreve o princípio da seguridade social como direito subjetivo assegurado a todos (CASTRO; LAZZARI, 2015). No entanto, a ideia de proteção social voltada para o trabalhador e outros assalariados nasceu somente no século XIX, com a política social de Otto von Bismarck, em sua gestão como chanceler imperial do Segundo Reich Alemão, que durante os anos de 1883 e 1889 pôs em vigência o sistema obrigatório de seguro saúde e acidentes, que se tornou o embrião do que hoje é conhecido como previdência social, assegurando aos trabalhadores o seguro-doença, a aposentadoria e a proteção a vítimas de acidentes de trabalho (IBRAHIM, 2019).

As propostas de Otto von Bismarck visavam amenizar a tensão social existente entre a classe trabalhadora e a burguesia (OFFE, 1972). A partir de então, passou-se a compreender que para o bom desenvolvimento capitalista, seria necessária uma determinada forma de articulação entre o Estado, o Capital e o Trabalho, um modo particular de regulação social, em que a burguesia abdica de parte da sua autonomia e dos seus lucros e, em contraposição, os trabalhadores de parte das suas exigências socioeconômicas (MOTA, 2015; SANTOS, 1987). Essas proteções passam a ter graus diferenciados de institucionalização, e de acordo com o contexto de cada país, são assumidas em maior ou menor grau pelo Estado e não excluem a proteção da própria sociedade.

As estratégias de assistência e seguro sociais evoluíram e, progressivamente, foram sendo incorporadas a um mesmo âmbito de ação, proporcionando a ampliação da cobertura da proteção social voltada para novos segmentos da sociedade, sendo introduzidas, também, outras situações de risco que deveriam ser cobertas. Um marco para a proteção social mundial, foi a consolidação e proclamação da Declaração Universal de Direitos do Homem (DUDH) em 1948. A DUDH foi elaborada com pretensões universais, no intuito de que fosse possível estabelecer um mínimo de proteção a todos os seres humanos, independentemente da sua raça, origem, cor, idade, sexo, religião, nacionalidade etc. em qualquer lugar do mundo.

Nessa perspectiva, a proteção social definida como o conjunto de políticas e programas destinados a reduzir a pobreza, a vulnerabilidade e a exclusão social ao longo do ciclo de vida, garante segurança de renda, acesso a serviços essenciais e apoio em situações de vulnerabilidade, complementando e sustentando os sistemas de saúde, ao atuar sobre os determinantes sociais que moldam as condições e estilos de vida. Trata-se de um campo que integra tanto políticas universais, quanto mecanismos de redistribuição de renda e seguridade. Sua relevância reside no fato de que a ausência de proteção social amplia os efeitos das desigualdades socioeconômicas, expondo grupos vulneráveis a piores condições de vida, maior estresse crônico e maior incidência de doenças evitáveis (WHO, 2008; BRAVEMAN; GOTTLIEB, 2014). Além disso, a proteção social se mostra relevante em contextos de transição demográfica e urbanização acelerada, como o vivido pelo Brasil nas últimas décadas. O crescimento das cidades, a concentração populacional em periferias com infraestrutura deficiente e o envelhecimento da população expõem a insuficiência de respostas setoriais fragmentadas (BARBOSA *et al*., 2023).

Outrossim, o *World Report on Social Determinants of Health Equity* da OMS (2025) classifica a proteção social como um dos determinantes estruturais da saúde, com papel central na promoção da equidade, uma vez que atua diretamente sobre desigualdades sociais e econômicas que influenciam a saúde. Ao mesmo tempo, em que 3,8 bilhões de pessoas no mundo ainda não possuem cobertura de proteção social, evidenciando o impacto dessa lacuna para a equidade em saúde (WHO, 2025). Além

disso, em colaboração com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a OMS tem reiterado que a proteção social não se restringe ao assistencialismo, mas constitui um direito humano fundamental e um mecanismo essencial para garantir resiliência populacional, sobretudo em emergências de saúde pública, como foi demonstrado na pandemia da COVID-19 (WHO; ILO, 2024).

Segundo o Relatório *State of Social Protection Report 2025: The 2 Billion Person Challenge do Banco Mundial* (2025), a proteção social abrange medidas que protegem indivíduos e famílias contra privação econômica e social, assegurando um nível mínimo de bem-estar, por meio de três pilares: a assistência social, a seguridade social e programas de mercado de trabalho. Ao garantir renda mínima, prover serviços universais e criar redes de amparo em situações críticas, a proteção social atua diretamente sobre os fatores sociais e econômicos que condicionam tanto a exposição a riscos quanto a capacidade de resposta dos indivíduos e grupos, se constituindo um dos determinantes estruturais da saúde, ao incidir sobre desigualdades de renda, trabalho e acesso a serviços (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; BRAVEMAN; GOTTLIEB, 2014; WHO, 2008). Nessa perspectiva, se consolida como base para a promoção da equidade em saúde, pois reduz a distância entre grupos sociais e permite que o direito à saúde se materialize em termos concretos de acesso, qualidade de vida e dignidade.

CONTEXTO INSTITUCIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: CONSTITUIÇÃO DE 1988 E REFORMAS

No contexto brasileiro, a proteção social assume um caráter abrangente e estruturado pela Seguridade Social, que compreende os sistemas de saúde, previdência e assistência social, previsto na Constituição Federal de 1988, envolvendo múltiplos mecanismos de mitigação de riscos e redistribuição de recursos. Relatórios da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2025) e do Banco Mundial (2025) reforçam que sistemas de proteção social universais e integrados, como o brasileiro, são fundamentais para enfrentar desigualdades em saúde e assegurar segurança de renda diante de riscos como desemprego, envelhecimento populacional e emergências sanitárias.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a seguridade social brasileira sob os princípios da universalidade, solidariedade e equidade, representando uma ruptura em relação ao modelo previdenciário anterior. Exemplos dessa nova sistematização são o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso universal e gratuito à saúde; o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), que assegura renda mínima a idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade; a Previdência Social, que oferece proteção para enfrentar riscos inerentes ao ciclo de vida, como doença, invalidez e velhice; e

programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, voltado à redução da pobreza e da insegurança alimentar.

Dentre os três grandes núcleos de proteção social no Brasil, a Previdência Social é a estrutura que passou por mais alterações. A CF/88 estabeleceu um paradigma universalista, substituindo um modelo baseado em seguro corporativo por um voltado à cidadania social, em que os ativos financiam os inativos, e a sociedade partilha responsabilidades (BRASIL, 1988). Até 1988, a proteção social era fragmentada em Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e, posteriormente, em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vinculados a categorias profissionais específicas. Trabalhadores urbanos formais eram os principais beneficiários, enquanto amplas parcelas da população, especialmente trabalhadores rurais, domésticos e informais, permaneciam fora da cobertura (BOSCHETTI, 2006). Em 1966, houve a unificação dos institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), porém, a cobertura se manteve atrelada ao emprego formal urbano. Apenas em 1971, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), os rurais passaram a ter acesso limitado a aposentadorias e pensões, em valores reduzidos e desvinculados de contribuição direta.

No contexto institucional, o regime passou a ser regulado principalmente pelas Leis nº 8.212/1991 e nº 8.213/1991, gerido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). As aposentadorias poderiam ocorrer por tempo de contribuição - 30 anos para mulheres e 35 para homens - sem exigência de idade mínima, ou por idade - 60 anos para mulheres e 65 para homens, mediante comprovação de 180 contribuições mensais. Adicionalmente aos benefícios considerados contributivos, de caráter obrigatório, foram inseridos os benefícios não contributivos, como as aposentadorias rurais e o BPC. No caso rural, as mulheres podiam se aposentar aos 55 anos e os homens aos 60, mediante comprovação de 15 anos de atividade rural. Já o BPC garantia um salário mínimo a idosos com 65 anos ou mais que não conseguissem cumprir os requisitos contributivos e que vivessem em domicílios com renda per capita inferior a ¼ do salário-mínimo (BRASIL, 1991b).

O ciclo de reformas constitucionais iniciado nos anos 1990 modificou de forma progressiva os fundamentos do sistema. A EC nº 20/1998 introduziu idade mínima no Regime Geral e alterou critérios de cálculo de benefícios, inaugurando a ideia de contenção fiscal (BRASIL, 1998). A EC nº 41/2003, por sua vez, impactou os servidores públicos ao eliminar a integralidade e a paridade, instituir contribuição de inativos e vincular os benefícios à média das contribuições (BRASIL, 2003). Esse endurecimento gerou reação política e social, levando à aprovação da EC nº 47/2005 ou Emenda Paralela, que criou uma regra de transição mais benéfica para servidores que ingressaram até 1998, permitindo aposentadoria com integralidade e paridade em determinadas condições, além de introduzir a fórmula 85/95, posteriormente estendida ao Regime Geral (BRASIL, 2005).

Nos anos seguintes, outras mudanças pontuais buscaram corrigir distorções ou ampliar direitos. A EC nº 70/2012 garantiu integralidade e paridade às aposentadorias por invalidez de servidores que ingressaram antes da EC nº 41/2003, revertendo um dos efeitos mais regressivos daquela reforma (BRASIL, 2012). Já a EC nº 72/2013, conhecida como PEC das Domésticas, estendeu a essa categoria uma série de direitos trabalhistas e previdenciários, promovendo inclusão em um dos grupos historicamente mais precarizados e com baixa cobertura social (BRASIL, 2013). Pouco depois, a EC nº 88/2015, chamada PEC da Bengala, elevou a idade da aposentadoria compulsória de 70 para 75 anos no serviço público, retardando a renovação de quadros e reduzindo temporariamente a pressão sobre o pagamento de benefícios (BRASIL, 2015). Este processo culminou na EC nº 103/2019 ou Reforma da Previdência, que promoveu alterações estruturais, quando elevou idades mínimas, aumentou tempos de contribuição, reduziu taxas de reposição, extinguiu regras mais brandas de transição e fortaleceu a ênfase no equilíbrio atuarial (BRASIL, 2019).

Em síntese, o percurso institucional da Previdência Social no Brasil evidencia o deslocamento progressivo de um modelo constitucional orientado pela universalidade e solidariedade para uma racionalidade centrada no equilíbrio fiscal e atuarial. As reformas sucessivas redefiniram o acesso e a adequação dos benefícios, com implicações que ultrapassam a esfera econômica e incidem sobre a segurança material, as expectativas de futuro e a percepção de justiça social. Diante disso, torna-se insuficiente analisar a Previdência apenas como política de renda, sendo necessário compreendê-la também por seus efeitos sobre a saúde e o bem-estar.

PERSPECTIVAS SOBRE O BEM-ESTAR

Na literatura, o bem-estar é geralmente definido como a combinação entre “sentir-se bem” e “funcionar bem” (RUGGERI *et al*., 2020). Essa concepção evidencia dois componentes centrais que, tradicionalmente, orientam as principais abordagens teóricas sobre o tema: o componente hedônico (sentir-se bem), associado ao modelo de bem-estar subjetivo, que compreende o bem-estar como a presença de afetos positivos, a ausência de afetos negativos e a satisfação com a vida (KAHNEMAN *et al*., 1999; DIENER, 2009); e o componente eudaimônico (funcionar bem), que fundamenta o modelo de bem-estar psicológico, enfatizando o desenvolvimento do potencial humano, a autonomia, o sentido de propósito e as relações significativas (RYFF, 1989; RYAN *et al*., 2008). Essas dimensões convergem para uma visão integradora, na qual o bem-estar depende tanto de condições materiais e institucionais, quanto de fatores subjetivos e relacionais.

A partir dessa concepção ampliada de bem-estar, se entende que o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico se complementam, na medida em que abrangem e captam dimensões emocionais, afetivas e funcionais da experiência humana. Essa abordagem amplia o foco analítico, deslocando-o do indivíduo isolado para os arranjos sociais que moldam oportunidades, segurança e reconhecimento. Assim, o bem-estar social emerge da interação entre dimensões psicológicas e estruturais, e a proteção social constitui um dos meios mais potentes de promoção do ser humano (RYFF; SINGER, 2008; PRILLELTENSKY; HUYGENS, 2014).

Nesse enquadramento, fatores sociais e estruturais assumem papel central na explicação das variações nos níveis de bem-estar. Evidências teóricas indicam que condições como emprego, renda, acesso a serviços e proteção social exercem influência significativa sobre o bem-estar subjetivo, frequentemente superando o efeito de características sociodemográficas individuais (APPAU; CHURCHILL; FARRELL, 2019; SIEDLECKI *et al.,* 2013). Portanto, o bem-estar passa a ser compreendido como indicador para avaliar a situação da organização social e da capacidade das políticas públicas ou governamentais de responder às necessidades humanas (SURIYANRATTAKORN; CHANG, 2021).

Sob uma perspectiva funcional, a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow contribui como referência heurística ao indicar que a satisfação de necessidades básicas de sobrevivência e segurança constitui condição para o atendimento de necessidades superiores, como pertencimento, autoestima e autorrealização (MASLOW, 1943). Embora não se trate de um modelo explicativo exaustivo, essa abordagem auxilia na compreensão de que a ausência de segurança material compromete dimensões centrais do bem-estar, especialmente aquelas relacionadas ao funcionamento psicológico e social.

Nesse sentido, a proteção social emerge como mediação institucional fundamental entre condições materiais de vida e bem-estar. Políticas públicas como a Previdência Social não se limitam à redistribuição econômica, mas estruturam expectativas de segurança, previsibilidade e reconhecimento social, elementos centrais para o bem-estar ao longo do curso de vida (LIH; HE, 2022). Essa compreensão fornece o marco teórico a partir do qual se analisa, nas seções subsequentes, o papel da Previdência Social como determinante estrutural do bem-estar e as implicações psicossociais associadas às reformas previdenciárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A análise dos estudos permitiu identificar três eixos temáticos. O primeiro eixo evidencia a Previdência Social como determinante estrutural da saúde e do bem-estar, associando o acesso à

aposentadoria e a benefícios previdenciários à melhora da saúde mental, à redução de sintomas depressivos e à maior satisfação com a vida, (RODRIGUES *et al*., 2022; MENDONÇA; COELHO-SANTOS, 2024; FREITAS; SENA; RODRIGUES, 2023; OLIVEIRA; COELHO, 2021; DUQUE, 2019). O segundo destaca a Previdência Social como promotora de bem-estar e coesão social, ao mitigar a pobreza, fortalecer redes familiares e comunitárias e ampliar a segurança econômica e a confiança institucional (CUNHA; DIAS, 2024; TEIXEIRA *et al.,* 2023; SILVA; SILVA, 2023; BURGER; HENDRICKS; IANCHOVICHINA, 2022; BRITO, 2023). E, por fim, o terceiro eixo reúne evidências de que as reformas previdenciárias recentes, orientadas por racionalidade fiscal, ampliam desigualdades e produzem insegurança e sofrimento social (VICENTE, 2021; SILVA; NICÁCIO, 2025; SILVA; LIMA, 2020; QUEIROZ; AFONSO, 2025).

Previdência Social como determinante estrutural da saúde e do bem-estar

Evidências indicam que a vivência de aposentadoria ou o recebimento de benefícios previdenciários está associado à redução do estresse financeiro, melhora na saúde mental e maior adesão a comportamentos saudáveis, como a prática regular de atividades físicas e a redução do tabagismo (NIKOLOV; ADELMAN, 2019; MIDANIK *et al*., 1995). No contexto brasileiro, um estudo realizado com dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) identificou que aposentados apresentam maior satisfação com a vida em comparação a trabalhadores ativos, mesmo após ajustes por fatores sociodemográficos e clínicos (RODRIGUES *et al.,* 2022). Da mesma forma, outros três estudos feitos com dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos (ELSI-Brasil) evidenciaram que o recebimento de aposentadorias e pensões se associa a menor prevalência de sintomas depressivos em idosos, especialmente entre aqueles com menor renda *per capita* (MENDONÇA; COELHO-SANTOS, 2024; FREITAS; SENA; RODRIGUES, 2023; OLIVEIRA; COELHO, 2021). Em síntese, os achados convergem para demonstrar que o acesso à aposentadoria e a outros benefícios previdenciários produz efeitos positivos sobre a saúde mental e o bem-estar, sobretudo por melhorar as condições de vida e as condições de saúde de quem os recebe.

O estudo de Mendonça e Coelho-Santos (2024) que analisou dados coletados pelo ELSI-Brasil para o período entre 2019 e 2021, com questionário aplicado para 9.949 participantes, entre adultos com 50 anos ou mais, residentes em 70 municípios situados nas cinco grandes regiões geográficas do país identificou redução significativamente estatística na presença de sintoma de depressão para mulheres da zona urbana aposentadas por tempo de contribuição e redução nos sistemas de depressão para os homens da zona rural aposentados por idade. Tal estudo marca o encontro aos resultados trazidos por Oliveira e

Coelho (2021) que também analisou dados de 9.412 indivíduos com 50 anos ou mais obtidos no ELSI-Brasil, coletados na primeira onda, nos anos de 2015 e 2016, com a mesma metodologia, em que se identificou redução na probabilidade de presença de sintomas depressivos para as mulheres que aposentaram por tempo de contribuição em 11%, e, para homens da zona rural, uma redução em mais de 16%. E por Freitas, Sena e Rodrigues (2023) que também analisaram dados obtidos na primeira onda do ELSI-Brasil, em que dos 8.469 participantes, 33,9% relataram sintomas depressivos e 52,8% recebiam aposentadoria ou pensão, no qual identificaram que a prevalência de sintomas depressivos foi menor entre os participantes que recebiam aposentadoria ou pensão. Assim, ao diminuir a prevalência de sintomas depressivos e favorecer a adoção de comportamentos saudáveis, é possível compreender que a Previdência Social atua como um determinante estruturante da saúde, cuja influência se manifesta tanto nas condições objetivas de vida, quanto nas suas percepções subjetivas.

Ademais, o estudo realizado por Duque (2019) demonstra que a aposentadoria rural reduz a pobreza, a insegurança alimentar e repercute positivamente sobre indicadores de saúde em trabalhadores informais e rurais, frequentemente submetidos a trajetórias contributivas irregulares; além de influenciadora na decisão de saída do beneficiário do mercado de trabalho. Esses fatores, associados à redução da insegurança econômica, contribuem para o bem-estar mental e para a capacidade de planejamento, elementos fundamentais para escolhas de saúde mais autônomas e sustentáveis (TEIXEIRA *et al*., 2024; VO; PHU-DUYEN, 2023; MACHADO; OLIVEIRA NETO, 2015).

À luz dos modelos dos determinantes sociais da saúde, esses achados indicam que a Previdência Social atua simultaneamente sobre determinantes intermediários, como por exemplo, condições materiais de vida e estresse psicossocial, e estruturais, ao integrar o arranjo institucional que regula a distribuição de recursos e oportunidades. O benefício previdenciário não se limita à reposição de renda, mas estrutura expectativas de segurança, previsibilidade e reconhecimento social, dimensões centrais do bem-estar subjetivo e psicológico, especialmente entre os grupos mais vulneráveis, como mulheres e trabalhadores rurais.

Previdência Social, bem-estar e coesão social

A literatura evidencia que aposentadorias e pensões exercem efeitos positivos não apenas no nível individual, mas também familiar e comunitário. Estudos analisados apontam que benefícios previdenciários, ao circularem dentro de famílias e comunidades, criam fluxos de solidariedade entre gerações, sendo muitas vezes a principal fonte de renda em lares multigeracionais (CUNHA; DIAS, 2024). Esse papel redistributivo amplia o alcance da política para além do indivíduo beneficiário, se tornando

um recurso coletivo que mitiga desigualdades regionais e sustenta dinâmicas de proteção familiar. Nesse sentido, a previdência não se limita à compensação de riscos individuais, mas atua como alicerce de proteção social que reforça a capacidade de coesão social e o fortalecimento de vínculos comunitários.

Dados empíricos de diferentes instituições indicam a relevância da Previdência Social como componente estrutural da renda e da proteção social, especialmente no Norte e no Nordeste do Brasil. Segundo o Informe de Previdência Social (BRASIL, 2023), a exclusão dos rendimentos previdenciários e assistenciais elevaria a taxa de pobreza nacional de 27,7% para 42,0%, o que corresponde a 27 milhões de pessoas a mais em condição de pobreza extrema. No estado do Pará, um estudo mostrou que, em municípios da mesorregião nordeste com Produto Interno Bruto (PIB) per capita inferior a 9 mil reais, os benefícios previdenciários corresponderam a 17,3% do PIB municipal em 2017, alcançando 34% em Igarapé-Açu e 27% em Capanema (TEIXEIRA *et al*., 2023). Em perspectiva nacional, informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2023) indicam que as aposentadorias e pensões representaram 17,5% do rendimento domiciliar *per capita* em 2023, sendo a participação desses rendimentos mais expressiva nas regiões Norte e Nordeste.

Adicionalmente, pesquisas sobre bem-estar subjetivo indicam associação entre estabilidade econômica, confiança institucional e maiores níveis de satisfação com a vida. No Brasil, essa relação foi confirmada por um estudo nacional sobre capacidade financeira e bem-estar, que analisou 412 indivíduos com idades entre 22 e 79 anos (SILVA; SILVA, 2023). Os autores identificaram que a preparação para aposentadoria é um dos fatores mais determinantes para o bem-estar financeiro e psicológico, e que quase metade dos entrevistados não confia na aposentadoria do INSS, como fonte principal de renda, mas tampouco investe em previdência complementar, o que resulta em baixa resiliência frente ao futuro. Relataram também que essa percepção de insegurança financeira compromete as expectativas positivas sobre a velhice, gerando menor qualidade de vida e redução do bem-estar. Assim, a incerteza quanto à aposentadoria não é apenas um problema econômico, mas um risco à saúde mental da população.

De forma semelhante, Burger, Hendricks e Ianchovichina (2022), em relatório do Banco Mundial sobre o bem-estar subjetivo no Brasil, demonstraram que a satisfação de vida da população brasileira é fortemente influenciada pela estabilidade econômica, suporte social e confiança institucional. O estudo analisou mais de 1,5 milhão de observações individuais provenientes do Gallup World Poll (2006–2019), avaliando o índice de satisfação com a vida (escala de 0 a 10) e identificou que a média nacional de satisfação com a vida caiu de 6,4 (2013) para 5,8 (2018). O declínio mais acentuado ocorreu entre os trabalhadores informais e desempregados, cuja satisfação com a vida foi em média 1,2 pontos menor que a dos empregados formais. Os resultados das regressões multivariadas apresentadas indicam que beneficiários de programas sociais (como Bolsa Família e BPC) relataram níveis de satisfação com a vida

0,61 pontos mais altos que indivíduos em situação socioeconômica semelhante sem benefícios, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$). De modo consistente, a análise regional mostrou que, em microrregiões com maior cobertura previdenciária rural, os escores médios de bem-estar subjetivo foram entre 10,8% e 12,2% superiores à média nacional, também significativos a 1% ($p < 0,01$). O estudo conclui que insegurança financeira e instabilidade política reduzem de forma significativa os níveis de bem-estar, enquanto políticas sociais consistentes, como a Previdência Social e de transferências de renda, funcionam como amortecedores contra vulnerabilidades.

Complementando esses achados, uma revisão de literatura analisada, destacou que a insegurança quanto ao futuro previdenciário tende a agravar quadros de ansiedade e depressão, enquanto a aposentadoria estável funciona como mecanismo de reorganização da vida e de restauração da dignidade (BRITO, 2023). A revisão analisou os efeitos das reformas previdenciária e trabalhista sobre trabalhadores informais, demonstrando que esse grupo, já vulnerável, é o mais exposto à percepção de exclusão estrutural e de insegurança previdenciária, fatores que repercutem em sofrimento psíquico e fragilização das redes de apoio social (BRITO, 2023). Dessa maneira, o adiamento da idade mínima, a redução de benefícios e a instabilidade nas regras de aposentadoria geram incertezas que repercutem diretamente na saúde mental, pois o bem-estar depende, em grande medida, da percepção de segurança e previsibilidade do futuro (STEELE *et al*., 2025).

Esses resultados demonstram a importância econômica e social dos benefícios previdenciários como fonte de renda regular e como um meio a mitigar a vulnerabilidade socioeconômica em contextos regionais de baixa diversificação produtiva, atuando como um mecanismo de coesão social. Portanto, a Previdência Social se projeta como determinante social da saúde, pois interfere em condições que transcendem a esfera financeira, como a promoção da saúde e a resiliência social (OECD, 2024; ILO, 2024). Sob a perspectiva do bem-estar, a proteção previdenciária contribui para o sentimento de pertencimento e para a percepção de justiça distributiva, elementos que extrapolam a dimensão econômica e incidem diretamente sobre a saúde mental coletiva.

Reformas previdenciárias, racionalidade fiscal e sofrimento social

Estudos recentes indicam que o endurecimento das regras previdenciárias se tornou responsável por exclusões históricas no Brasil, especialmente entre mulheres, pessoas negras, moradores de regiões menos desenvolvidas e trabalhadores rurais ou informais (VICENTE, 2021; SILVA; NICÁCIO, 2025; SILVA; LIMA, 2020). Análises específicas sobre a EC nº 103/2019 indicam que, embora tenha buscado aumentar a equidade atuarial e a progressividade, a Reforma da Previdência também reduziu

características redistributivas e a adequação dos benefícios, penalizando aqueles que não puderam acumular contribuições contínuas ou que trabalham em regimes com informalidade elevada (QUEIROZ; AFONSO, 2025).

Segundo o Instituto de Pesquisas Aplicadas – IPEA (2024), no ano de 2022, 62% da população brasileira em situação de trabalho informal era composta por pessoas negras, somando pretos e pardos. 21,2% das mulheres negras de 16 a 59 anos de idade ocupadas no mercado de trabalho, estavam desprotegidas e não tinham renda para contribuir para a previdência, seguida pelos homens negros (14%), mulheres brancas (11%), e por fim, homens brancos (6,8%) que estavam nessa condição. Com relação a população idosa, com 60 anos ou mais, a cobertura de riscos previdenciários nessa faixa etária em 2022 era de 88,5% (91% em 2016) no caso de homens brancos; de 85% (88% em 2016) entre os homens negros; de 81% (83% em 2016) entre as mulheres negras e de 80% (82% em 2016) entre as brancas. Os dados de 2022 (Pós EC n 103/2019) em comparação aos de 2016 indicam que a taxa de cobertura previdenciária entre pessoas idosas apresentou queda principalmente entre a população negra e as mulheres.

Esses dados indicam a relação das reformas previdenciárias com a redefinição do alcance material do direito à proteção social, em que menos pessoas tiveram acesso a benefícios do INSS, demonstrando o distanciamento entre o princípio da universalização da proteção social instituído na Constituição Federal de 1988 e a realidade de exclusão e insegurança vivida por milhões de brasileiros. A evolução normativa da Previdência Social indica, portanto, uma progressiva despolitização do princípio da solidariedade, substituído por uma racionalidade fiscal que repercute tanto nas estruturas materiais quanto na experiência subjetiva dos cidadãos em relação ao Estado e ao direito à proteção.

Esses achados dialogam com o conceito de sofrimento social, que descreve vivências de exclusão, insegurança e perda de reconhecimento, onde o sofrimento é entendido para além de uma questão individual ou clínica, mas de uma experiência coletiva resultante de violências estruturais como pobreza, desigualdade e ausência de proteção social (KLEINMAN, 1997). Quando reformas limitam o acesso à aposentadoria, evidenciam que a retração da proteção previdenciária produz não apenas perdas materiais, mas experiências coletivas de insegurança, exclusão e perda de reconhecimento. A Previdência Social, quando fragilizada, deixa de operar como amortecedor das desigualdades estruturais e passa a funcionar como vetor de vulnerabilidade psicossocial, afetando tanto a saúde mental quanto a coesão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio teórico-reflexivo analisou a Previdência Social brasileira como determinante estrutural da saúde e do bem-estar, articulando os campos dos determinantes sociais da saúde, da proteção social e

das teorias do bem-estar. A literatura revisada evidencia que o acesso à proteção previdenciária está associado à redução de vulnerabilidades psicossociais, à melhora da saúde mental, ao aumento da satisfação com a vida e ao fortalecimento de dinâmicas de solidariedade familiar e comunitária, especialmente entre populações mais expostas à informalidade, à pobreza e às desigualdades regionais. Os achados indicam que a Previdência Social atua para além da reposição de renda, estruturando expectativas de segurança, previsibilidade e reconhecimento social ao longo do curso de vida, elementos centrais para o bem-estar subjetivo, psicológico e social.

Por outro lado, os estudos analisados apontam que reformas previdenciárias orientadas predominantemente pela racionalidade fiscal tendem a reduzir o alcance redistributivo do sistema, ampliando exclusões e inseguranças, sobretudo entre mulheres, pessoas negras, trabalhadores informais e rurais. Nesse sentido, a retração da proteção previdenciária emerge como fator associado ao sofrimento social, à insegurança quanto ao futuro e ao aprofundamento das iniquidades em saúde, evidenciando a interdependência entre políticas previdenciárias, condições de vida, e o bem-estar coletivo.

Este estudo apresenta limitações inerentes à sua natureza teórico-reflexiva. A análise foi baseada em revisão de literatura e documentos institucionais, não envolvendo coleta ou análise de dados empíricos primários. Dessa forma, as associações discutidas entre Previdência Social, saúde e bem-estar dependem da qualidade metodológica e dos recortes analíticos dos estudos revisados, o que pode limitar a generalização dos achados. Além disso, a disponibilidade de pesquisas empíricas que abordem diretamente indicadores de bem-estar e saúde mental no contexto das reformas previdenciárias brasileiras ainda é restrita. Tal limitação reflete uma lacuna do próprio campo de pesquisa, no qual predominam análises econômicas e atuariais, em detrimento de abordagens psicossociais e de saúde coletiva.

Os resultados deste ensaio indicam a necessidade de aprofundar investigações empíricas que integrem indicadores de bem-estar, saúde mental e qualidade de vida na avaliação das políticas previdenciárias. Estudos longitudinais podem contribuir para compreender os efeitos cumulativos da proteção ou da insegurança previdenciária ao longo do curso de vida, bem como seus impactos diferenciados entre grupos sociais marcados por desigualdades de gênero, raça, território e inserção ocupacional. Estudos futuros podem explorar de que modo a transição para a aposentadoria, bem como a estabilidade ou instabilidade da renda previdenciária, se associam a indicadores de satisfação com a vida, saúde mental, percepção de segurança e qualidade de vida, especialmente entre grupos marcados por trajetórias laborais precárias. Abordagens interdisciplinares podem ampliar a compreensão dos mecanismos pelos quais a proteção social influencia o bem-estar em contextos como o brasileiro.

Em síntese, este estudo reforça que a Previdência Social deve ser compreendida como política estruturante da saúde e do bem-estar, e não apenas como instrumento de gestão fiscal ou de reposição de

renda. Sua fragilização compromete dimensões centrais da justiça social, da equidade em saúde e da dignidade humana, ao ampliar inseguranças e vulnerabilidades psicossociais. Assim, analisar a Previdência Social a partir de seus efeitos sobre o bem-estar permite recolocar a proteção social no centro do debate sobre desenvolvimento humano e políticas públicas, evidenciando sua relevância para a promoção de sociedades mais equitativas e saudáveis.

REFERÊNCIAS

APPAU, S.; CHURCHILL, S. A.; FARRELL, L. "Social integration and subjective wellbeing". **Applied Economics**, vol. 51, n. 16, 2019.

BARBOSA, B. F. *et al*. **Social protection for Brazil of the future**: preparing for change with inclusion and resilience. Washington: World Bank Group, 2023.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BEN-SHLOMO, Y.; KUH, D. "A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives". **International Journal of Epidemiology**, vol. 31, n. 2, 2002.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Editora LetrasLivres, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 41, de 19 de dezembro de 2003**. Brasília: Planalto, 2003. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 47, de 5 de julho de 2005**. Brasília: Planalto, 2005. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 70, de 29 de março de 2012**. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 72, de 2 de abril de 2013**. Brasília: Planalto, 2013. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 88, de 7 de maio de 2015**. Brasília: Planalto, 2015. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019**. Brasília: Planalto, 2019. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Informe de Previdência Social – abril de 2023**. Brasília: Secretaria de Previdência, Ministério da Previdência Social, 2023. Disponível em: <www.gov.br>. Acesso em: 18/10/2025.

BRASIL. **Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991**. Brasília: Planalto, 1991a. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRASIL. **Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991**. Brasília: Planalto, 1991b. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18/09/2025.

BRAVEMAN, P.; GOTTLIEB, L. "The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes". **Public Health Reports**, vol. 129, n. 2, 2014.

BRITO, A. C. **Os impactos da reforma trabalhista e reforma da previdência na saúde mental dos trabalhadores informais**: uma revisão de literatura (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia). Maceió: UFAL, 2023.

BURGER, M.; HENDRIKS, M.; IANCHOVICHINA, E. "Anatomy of Brazil's subjective well-being: a tale of growing discontent and polarization in the 2010s". **World Bank Policy Research Working Paper**, n. 9924, 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. "A saúde e seus determinantes sociais". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 1, 2007.

CASTRO, C. A. P.; LAZZARI, J. B. **Manual de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2015.

CUNHA, U. C.; DIAS, C. M. de S. B. "Solidariedade e relacionamento entre gerações nos lares multigeracionais: uma revisão sistemática da literatura". **Caderno Pedagógico**, vol. 21, n. 3, 2024.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Copenhagen: WHO, 1991.

DIENER, E. **Assessing well-being**: The collected works of Ed Diener. Dordrecht: Springer, 2009.

DUQUE, D. "Rural pensions and household welfare in Brazil: estimating effects on income, labor supply and food insecurity with a regression discontinuity design". **Ridge Working Paper**, n. 4, 2019.

FREITAS, A. P. G.; SENA, K. L.; RODRIGUES, J. F. C. "Sintomas depressivos e recebimento de aposentadorias ou pensões: uma análise transversal do ELSI-Brasil". **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 32, n. 3, 2023.

HOSSEINI SHOKOUH, S. M. *et al*. "Conceptual models of social determinants of health: a narrative review". **Iranian Journal of Public Health**, vol. 46, n. 4, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. "Em 2023, massa de rendimentos e rendimento domiciliar per capita atingem recorde". **Agência de Notícias IBGE** [2023]. Disponível em: <www.agenciadenoticias.ibge.gov.br>. Acesso em: 18/10/2025.

IBRAHIM, F.Z. **Curso de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Editora Impetus, 2019.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **World social protection report 2024-26**: universal social protection to ensure a better future. Genebra: International Labour Office, 2024. Disponível em: <www.ilo.org>. Acesso em: 09/09/2025.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**: indicadores de previdência social – apresentação. Brasília: IPEA, 2024. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 18/10/2025.

KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. (eds.). **Well-being**: The foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation, 1999.

KLEINMAN, A. **Writing at the margin**: discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press, 1997.

LI, J.; HE, X. "Social security satisfaction and people's subjective wellbeing in China: the serial mediation effect of social fairness and social trust". **Frontiers in Psychology**, vol. 13, 2022.

LIMA, D. V. *et al*. "Evidências do envelhecimento populacional e implicações fiscais no Brasil". **Redeca - Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos**, vol. 11, 2024.

LINK, B. G.; PHELAN, J. "Social conditions as fundamental causes of disease". **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 35, 1995.

MACHADO, W. B.; OLIVEIRA NETO, O. J. "Os impactos da aposentadoria rural na segurança alimentar dos agricultores familiares do município de Itapuranga – Goiás". **Qualia: a Ciência em Movimento**, vol. 1, n. 1, 2015.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. (orgs.). **Social determinants of health**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

MASLOW, A. H. "A theory of human motivation". **Psychological Review**, vol. 50, 1943.

MENDONÇA, I. N.; COELHO-SANTOS, P. F. "Os impactos da aposentadoria na saúde e bem-estar dos aposentados: mensuração a partir do propensity score matching no período entre 2019 e 2021". **Anais do XXII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**. Vitória: UFES, 2024.

MENEGHETTI, F. K. "O que é um ensaio teórico?" **Revista de Administração Contemporânea**, vol. 15, n. 2, 2011.

MIDANIK, L. T. *et al*. "The effect of retirement on mental health and health behaviors: the Kaiser Permanente Retirement Study". **The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, vol. 50, n. 1, 1995.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Editora Cortez, 2015.

NIKOLOV, P.; ADELMAN, A. "Short-run health consequences of retirement and pension benefits: evidence from China". **Forum for Health Economics and Policy**, vol. 21, n. 2, 2019.

OECD - Organisation For Economic Co-Operation and Development. **OECD pensions outlook 2024**. Paris: OECD Publishing, 2024. Disponível em: <www.oecd.org>. Acesso em: 09/09/2025.

OFFE, C. “Advanced capitalism and the welfare state”. **Politics and Society**, vol. 2, n. 4, 1972.

OLIVEIRA, R. C.; COELHO, R. H. “Efeitos das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade sobre saúde e bem-estar dos indivíduos no Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 37, n. 10, 2021.

PERNASETTI, F. “Aspectos espaciais da previdência social brasileira: o RGPS e a economia dos municípios”. **Anais do XIX Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional**. Natal: ANPUR, 2023.

PHELAN, J. C.; LINK, B. G.; TEHRANIFAR, P. “Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications”. **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 51, 2010.

PRILLELTENSKY, I.; HUYGENS, I. “Well-being, justice, and social change”. *In*: JOHNSON, C. V. *et al*. (eds.). **The Praeger handbook of social justice and psychology**. London: Praeger, 2014.

QUEIROZ, A. C. S.; AFONSO, L. E. “The redistributive impacts of the Brazilian 2019 pension reform on individual pension indicators for Brazilian civil servants”. **International Journal of Social Welfare**, vol. 34, n. 3, 2025.

RODRIGUES, J. F. C. *et al*. “Is retirement associated to greater life satisfaction? Cross-sectional findings from ELSA-Brasil / A aposentadoria está associada a maior satisfação com a vida?”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 38, n. 2, 2022.

RUGGERI, K.; GARCIA-GARZON, E.; MAGUIRE, Á. et al. “Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries”. **Health and Quality of Life Outcomes**, vol. 18, n. 192, 2020.

RYAN, R. M.; HUTA, V.; DECI, E. L. “Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia”. **Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being**, vol. 9, n. 1, 2008.

RYFF, C. D. “Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being”. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 57, 1989.

RYFF, C. D.; SINGER, B. “Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being”. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, vol. 9, n. 1, 2008

SANTOS, B. S. “Estado, sociedade, políticas sociais: o caso da política de saúde”. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 23, 1987.

SIEDLECKI, K. L. *et al*. “The relationship between social support and subjective well-being across age”. **Social Indicators Research**, vol. 117, n. 2, 2013.

SILVA, E. A. S. R. G.; SILVA, C. A. T. “The cost-benefit of aging: financial capability and well-being across age groups in Brazil”. **Journal of Aging Research**, vol. 2023, n. 2020189, 2023.

SILVA, L. V. G.; NICÁCIO, E. B. R. “Aposentadoria das mulheres no Brasil: impactos das reformas previdenciárias e desigualdades de gênero”. **Revista Foco**, vol. 18, n. 5, 2025.

SILVA, M. L. L.; LIMA, J. L. S. “Racismo, trabalho e previdência social no Brasil”. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, vol. 18, n. 46, 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

STEELE, S. *et al*. "Pension reforms, economic security, and mental health: the need for a human rights-based approach". **Global Mental Health**, vol. 12, 2025.

SURIYANRATTAKORN, S.; CHANG, C. L. "Valuation of trust in government: the wellbeing valuation approach". **Sustainability**, vol. 13, 2021.

TEIXEIRA, E. A. *et al*. "Previdência social e economia municipal: um recorte das mesorregiões sudeste e nordeste do Pará". **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, vol. 16, n. 12, 2023.

TEIXEIRA, L. M. O. *et al*. "Associations between retirement, social security policies and the health of older people: a systematic review". **BMC Public Health**, vol. 24, n. 2473, 2024.

VICENTE, L. M. D. "A reforma da previdência de 2019 no Brasil e suas consequências no aprofundamento das desigualdades de gênero e da feminização da pobreza". **Direito Público**, vol. 18, n. 97, 2021.

VO, T. T.; PHU-DUYEN, T. T. "Mental health around retirement: evidence of Ashenfelter's dip". **Global Health Research and Policy**, vol. 8, n. 35, 2023.

WAGNER, C. *et al.* "Life course epidemiology and public health". **The Lancet Public Health**, vol. 9, n. 4, 2024.

WHO - World Health Organization. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em 09/09/2025.

WHO - World Health Organization. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Genebra: WHO, 2011. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em 09/09/2025.

WHO - World Health Organization. **World report on social determinants of health equity**. Geneva: WHO, 2025**.** Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 09/09/2025.

WORLD BANK. **State of Social Protection Report 2025**: The 2 Billion Person Challenge. Washington, DC: World Bank, 2025. Disponível em: <www.worldbank.org>. Acesso em 09/09/2025.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VII | Volume 24 | Nº 71 | Boa Vista|2025

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima