



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

**DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO ATIVO
FACE À REESTRUTURAÇÃO E AO DESFINANCIAMENTO
DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Albamaría Paulino de Campos Abigalil

Brasília

2019

ALBAMARIA PAULINO DE CAMPOS ABIGALIL

**DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO ATIVO
FACE À REESTRUTURAÇÃO E AO DESFINANCIAMENTO
DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Potyara Amazoneida Pereira Pereira

Área de concentração: Estado, Política Social e Cidadania

Brasília

2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

AAB148d Abigailil, Albamaria Paulino de Campos
DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO ATIVO FACE À REESTRUTURAÇÃO E
AO DESFINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL /
Albamaria Paulino de Campos Abigailil; orientador POTYARA
AMAZONEIDA PEREIRA PEREIRA. -- Brasília, 2019.
261 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2019.

1. ENVELHECIMENTO. 2. ENVELHECIMENTO ATIVO. 3. CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL . 4. SEGURIDADE SOCIAL . 5.
CONTRARREFORMAS NEOLIBERAIS E NEOCONSERVADORAS. I. PEREIRA,
POTYARA AMAZONEIDA PEREIRA , orient. II. Título.

ALBAMARIA PAULINO DE CAMPOS ABIGALIL

**DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO ATIVO
FACE À REESTRUTURAÇÃO E AO DESFINANCIAMENTO
DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Área de concentração: Estado, Política Social e Cidadania.

Orientadora: Profa. Dra. Potyara Amazoneida Pereira Pereira

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Potyara Amazoneida Pereira Pereira (Orientadora)

PPGPS/SER/IH/UnB

Prof. Dr. Evilasio Salvador (Membro Interno)

PPGPS/SER/IH/UnB

Profa. Dra. Jurilza Maria Barros de Mendonça (Membro Externo)

Ministério da Fazenda

Profa. Dra. Izabel Pessoa (Membro Suplente)

Ministério da Educação

Brasília (DF), ____ de _____ de 2019.

À Maria Barroso, Nara Costa, Papaléo Neto e Manoel Oliveira (*in memoriam*), pela oportunidade de aprendizagem, convívio e conquistas dos direitos das pessoas idosas no Brasil.

AGRADECIMENTOS

A presente pesquisa se deu em virtude da necessidade do tratamento de uma temática atualmente muito relevante, tendo em vista que o acelerado processo de envelhecimento pode ser identificado como processo acelerado nos países periféricos, como no caso pátrio, em contexto de extrema desigualdade social e concentração de renda.

As linhas que se seguem possibilitaram aliar minha experiência de 44 anos de exercício profissional no âmbito das Políticas de Seguridade Social, em especial, a de Assistência Social, Previdência Social, Política Nacional do Idoso (PNI) e Estatuto do Idoso – período este que também possibilitou auferir-me do privilégio, do medo e da resiliência, de ser e conviver com conflitos, embates, perdas, retrocessos e conquistas da classe trabalhadora, da população de baixa renda, sobretudo, das pessoas idosas.

Além de iniciar o meu trabalho em Centros Sociais de Assistência Social, também atuei nos Ministérios Setoriais e nos Conselhos Nacional de Seguridade Social, Assistência Social, e de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas – trajetória que me permitiu aprofundar o estudo a partir das necessidades expressas na voz da população idosa, uma vez que a construção do caminho somente se dá caminhando na perspectiva de conhecê-lo e transformá-lo, mesmo que seu trabalho seja, ao mesmo tempo, enriquecedor, de resistência, desafiador, adoeceador e de perdas e conquistas.

De fato, tem-se aí a trajetória de grande parte dos ‘velhos’ e, atualmente, com muito orgulho e determinação, me tornei uma pessoa mais velha, com muita resistência para os novos desafios e novos embates que se apresentam para as pessoas idosas e jovens de nossa nação.

Neste ínterim, vários atores participaram. Assim, primeiramente, agradeço a Deus, e aos meus pais, Walter Herbert Cavezalle de Campos e Odilla Paulino de Campos, que lutaram muito e me ensinaram o amor, o respeito a todas as pessoas, a responsabilidade e o compromisso com os estudos, com o trabalho, com a verdade e com a justiça social.

Aos meus filhos, Janaína e Eduardo, que muito contribuíram com a compreensão face às exigências do meu trabalho e, ainda, com os ensinamentos, as correções, as advertências e a cumplicidade.

Aos anônimos e aos professores que, em todos os ciclos de vida, me propiciaram oportunidades de conhecimento e análise crítica.

À minha professora e orientadora, Dra. Potyara Amazoneida Pereira Pereira, com quem tenho o privilégio de aprender; pela ininterrupta orientação, dedicação extremada, intelectualidade, além do compartilhamento de conhecimentos, da discussão, da revisão acurada e do incentivo há mais de 32 anos. Uma mestra exemplar, lutadora, protagonista em dar dignidade à Política de Assistência Social no Brasil, como Política Pública, na ótica do direito social, sendo referência na elucidação do papel da Assistência Social e das demais Políticas Sociais no contexto do modo de produção capitalista, além de suas numerosas obras que tratam das questões dos Sistemas de Proteção Social, das Políticas Sociais, do Trabalho e dos desafios da contemporaneidade, em face da crise estrutural do capital.

Ao professor Dr. Evilasio Salvador, pelo compartilhamento de estudos, pesquisas e conhecimentos, que possibilitou relacionar o processo de envelhecimento à luz das controvérsias e da formação e aplicação do Fundo Público, e elucidar o papel do Fundo Público nas sociedades capitalistas, de caráter periférico como o Brasil, além de compreender e contribuir para análise da Seguridade Social, na ótica do (des) financiamento e do orçamento público.

À professora Dra. Jurilza Maria Barros de Mendonça, e à Assistente Social Vitoria Goes de Araujo, pela nossa trajetória de anos de trabalho conjunto, na defesa dos direitos das pessoas idosas no Brasil, na conquista e implementação da PNI e do Estatuto do Idoso; em especial, à Dra. Jurilza, pela articulação e pelo protagonismo na conquista da Convenção Interamericana de Defesa de Direitos Humanos das Pessoas Idosas.

A professora Dra. Izabel Pessoa pelo estímulo encontrado em sua produção acadêmica sobre o envelhecimento que me inspirou a seguir com este tema.

A professora Dra Ivanete Boschetti pelo estímulo, estudos e bibliografia que fez parte dessa pesquisa.

Ao professor Dr Carlos Lima, pelos ensinamentos da teoria crítica e dialética, e a possibilidade de aplicá-la no contexto do presente estudo, relacionando-o aos desafios do envelhecimento ativo, em face das múltiplas determinações que a este se apresenta.

À professora Dra Camila Potyara Pereira, pelo brilhante estudo intitulado *Proteção Social no Capitalismo: Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes* (2013) – Tese de Doutorado que norteou a presente pesquisa, propiciando evidenciar a tendência do Sistema de Seguridade Social, na ótica neoliberal e neoconservadora ou neodireitista, que ora se desenha além do estímulo e incentivo permanente para os avanços aqui almejados.

Ao professor Dr. Marcos César Siqueira, que muito incentivou, orientou e forneceu bibliografia para o aprofundamento dos referenciais aqui apontados.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPOS), criado pelo Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB), pelos constantes estudos e troca de experiências em Política Social e em Política Social e Envelhecimento.

Ao Sr. Emanuel Dantas pelo apoio, incentivo e liberação para realização desse estudo.

A Carolina Fernandes gratidão pelo apoio e elucidação de dúvidas nessa jornada .

Ao Sr Orion Sávio Santos de Oliveira pelo apoio, esclarecimentos e orientação quanto aos dados de pesquisa referentes a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Ao Sr José Mauricio Lindoso de Araújo, gratidão pelo apoio e incentivo na tradução de textos em inglês.

À assistente social Maria Betânia Jatobá e equipe, pelo trabalho pioneiro e inovador no Amazonas, referente à estruturação de uma Rede de Proteção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas – exemplo para as demais Unidades da Federação (UFs) e para outros países.

Ao assistente social Marcelo Salgado, pelo pioneirismo do trabalho com pessoas idosas no Brasil e pelo privilégio de aprendizagem de seus ensinamentos.

A todos os profissionais, amigos queridos e pessoas idosas que fizeram e fazem parte dessa trajetória de luta pelo combate às desigualdades sociais: no âmbito da Legião Brasileira de Assistência (LBA) – nossa primeira mestra no campo da Assistência Social; em especial, aos profissionais com quem tive o privilégio de trabalhar e que comungavam dos mesmos ideais ou não, nas seguintes pastas ministeriais: Previdência e Assistência Social; Bem-Estar Social; Ação Social; Assistência Social; Trabalho e Previdência Social; Justiça; Desenvolvimento Social e Combate à Fome e, mais recentemente, Fazenda – percurso este que também vem fazendo a Política de Atenção às Pessoas Idosas no Brasil e os respectivos Conselhos.

Ao Senador Paulo Paim e sua equipe de trabalho, pela cooperação constante, em dar voz e materializar as demandas da população idosa, em especial, à classe trabalhadora, os aposentados e pensionistas, bem como por lutar pela legislação e pelos seus direitos, no âmbito da gestão pública; e pelas constantes Audiências Públicas que tanto elucidam os direitos das pessoas idosas no Brasil e apontam desafios para as vindouras gerações.

Ao Deputado Federal Arnaldo Faria de Sá e sua equipe de trabalho por dar voz e materializar as necessidades dos trabalhadores e das pessoas idosas no Brasil, por meio de audiências públicas e reuniões de trabalho.

Aos integrantes da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Previdência Social, por iniciativa da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP), na pessoa do Sr. Varley Martins e demais participantes.

Em nome dos Conselheiros do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), das instituições não governamentais que o integram (COBAP e Movimento Nacional dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas – MOSAPI), agradeço às pessoas idosas do Brasil, com quem aprendo todos os dias, e cujo exemplo de persistência, luta e resistência traz esperanças e exemplos às novas gerações.

Aos integrantes da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) e Fundação ANFIP, pelos estudos e análises, monitoramento e elucidação do Fundo Público e da gestão da Seguridade Social no Brasil.

Aos profissionais da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), da Receita Federal (RF) e do Ministério da Economia, que me auxiliaram no levantamento e na análise de dados da presente pesquisa.

À Organização Iberoamericana de Serviço Social (OISS), que muito contribuiu para o intercâmbio e a capacitação técnica no âmbito da Seguridade Social e dos avanços em relações às normativas e ações em prol das pessoas idosas.

A Sandra Huenchuan e Paulo Saad, representante da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), pelos excelentes estudos e pela cooperação técnica para que os países avancem na defesa dos direitos das pessoas idosas.

Ao professor Dr. Alexandre Kalache, por seus estudos, suas pesquisas e publicações, além de sua contribuição no Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR), em prol do fortalecimento das diretrizes, dos princípios e da cooperação junto aos desafios do Envelhecimento Ativo no Brasil e em outras nações.

À Pastoral da Pessoa Idosa, na pessoa da Ir. Terezinha Tortelli, pelos seus ensinamentos e pela magnitude e alcance social dos seus serviços à população idosa no Brasil, cooperando para dar visibilidade à necessidade da urgente implantação de uma Política de Cuidados e de Saúde Integral com defesa de direitos as pessoas idosas.

Aos integrantes da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e do Comitê Gestor da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, sob a Coordenação do Departamento de Atenção ao Idoso, da Secretaria Nacional de Desenvolvimento Humano, do anterior

Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), atualmente vinculada ao Ministério da Cidadania, e aos representantes da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, em 379 Municípios, pela competência e dinamismo com que vêm introduzindo a discussão e implementação do Envelhecimento Ativo no Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), mesmo em face das controvérsias e da ausência de financiamento.

Aos integrantes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), e a Associação Nacional de Gerontologia, pelos relevantes estudos, além das pesquisas e da atuação junto às pessoas idosas no Brasil.

Os filósofos limitaram-se a interpretar o mundo de diversas maneiras; o que importa é modificá-lo.

Karl Marx

RESUMO

O presente estudo trata do processo de envelhecimento e do paradigma do *envelhecimento ativo*, no contexto da crise estrutural do capital e da reestruturação e (des)financiamento do Sistema de Seguridade Social brasileiro. Busca desmistificar a prevalência do enfoque biológico sobre o envelhecimento e, portanto, de uma visão descontextualizada dos conflitos de classes, decorrentes da relação entre capital e trabalho, para dar vez aos determinantes econômicos, sociais e políticos desse processo. Com base nesta perspectiva de análise, de caráter relacional e dialético, foi possível apreender as múltiplas determinações responsáveis pela forma heterogênea de envelhecer em sociedades de classes e tematizar a validade da aplicação genérica das normativas internacionais sobre o *envelhecimento ativo* em territorialidades nacionais diversificadas. Na realidade brasileira contemporânea o estudo centrou-se nas implicações do golpe parlamentar-judicial-midiático, de 2016, do acirramento da agenda neoliberal, do desmonte das políticas de Seguridade Social (saúde, previdência e assistência), da indevida apropriação do Fundo Público e das contrarreformas, incluindo a trabalhista em curso, para a viabilidade de um envelhecimento ativo e saudável, inferindo que: o maior violador de direitos da pessoa idosa é o Estado; e que, na atualidade, não se discute um Projeto Político Emancipatório para velhos, e jovens, capaz de corresponder, por inteiro, ao chamado bônus demográfico, que se iniciou no Brasil em 2017 e abre uma janela de oportunidades para a população em idade ativa contribuir de forma mais intensa com o crescimento do país. Verificou-se ainda o acirramento da agenda neoliberal e neoconservadora em andamento, refletidas, entre outras medidas, na transferência da Previdência Social e do INSS para o Ministério da Economia, na extinção do Ministério do Trabalho, e a não revogação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, reafirmando-se, desse modo, a prioridade do compromisso do Fundo Público com o capital portador de juros. Por fim, aponta a tendência das contrarreformas que compromete e inviabiliza o usufruto do envelhecimento ativo pelas presentes e futuras gerações da classe trabalhadora porque a burguesia sempre teve seu bem-estar assegurado. Em vista dessa tendência, faz-se coro com representantes de organizações não governamentais, dos idosos de toda a América Latina e Caribe, incluindo os brasileiros presentes à Reunião Regional da Sociedade Civil sobre Envelhecimento, Madrid+15-Direitos Humanos dos Idosos, - realizada em Ypacarai, Paraguai, em 2017, em seu pleito por inversão de pautas governamentais, nas quais os direitos humanos tenham precedência sobre a economia.

Palavras-chave: Envelhecimento. Envelhecimento Ativo. Crise estrutural do capital. Seguridade Social. Contrarreformas neoliberais e neoconservadoras.

ABSTRACT

The present study deals with the aging process and the active aging paradigm, in the context of the structural capital crisis and the restructuring and (dis)financing of the Brazilian Social Security System. It seeks to demystify the prevalence of the biological approach to aging and, therefore, a decontextualized view of class conflicts, arising from the relation between capital and labor, to give the economic, social and political determinants of this process. Based on this analytical, relational and dialectical perspective, it was possible to grasp the multiple determinations responsible for the heterogeneous form of aging in class societies and to discuss the validity of the generic application of international norms on active aging in diverse national territories. In contemporary Brazilian reality, the study focused on the implications of the 2016 parliamentary-judicial-mediatic coup, the intensification of the neoliberal agenda, the dismantling of Social Security policies (health, pension and welfare), the misappropriation of the Public Fund and of the current labor counter-reforms, for the viability of an active and healthy aging, inferring that: the greatest rights violator is the State; and that, currently, there is no discussion about an Emancipatory Political Project for old and young people, capable of fully responding to the so-called demographic bonus, which began in Brazil in 2017 and opens a window of opportunities for the working-age population contribute more strongly to the country's growth. The neoliberal and neoconservative agenda underway were also intensified, reflected in, among other measures, the transfer of Social Security and INSS to the Ministry of Economy, the extinction of the Ministry of Labor, and the non-repeal of Constitutional Amendment No. 95 of 2016, thereby reaffirming the priority of the commitment of the Public Fund to the capital bearing interest. Finally, it points out the trend of counter-reforms that compromise and make unfeasible the enjoyment of active aging by the present and future generations of the working class because the bourgeoisie has always had its well-being assured. In view of this trend, it stands behind non-governmental organizations, elderly people from all Latin America and the Caribbean, including Brazilians attending the Regional Meeting of the Civil Society on Aging, Madrid + 15-Human Rights of the Elderly, in Ypacarai, Paraguay, in 2017, in their plea for reversing government guidelines, in which human rights take precedence over the economy.

Keywords: Aging. Active Aging. Structural capital crisis. Social Security. Neo-liberal and neo-conservative counter-reforms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de Vida e Seguridade Social.	51
Figura 2 - Abordagem do curso de vida em relação ao Envelhecimento Ativo.....	52
Figura 3 - Distribuição da População por sexo e idade - 2017.....	122
Figura 4 - Relação de Jovens e de Idosos e Índice de Envelhecimento.	124
Figura 5 - Expectativa de Vida ao Nascer no Brasil.	125
Figura 6 - População Total, População em Idade Ativa (PIA=15-64 anos) e População da PIA sobre a População, Brasil: (1950-2100).	129
Figura 7 - População total e população em Idade Ativa (PIA= 15-64, Brasil: (2010-2060).	130
Figura 8 - Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável: as possibilidades para a ação da saúde pública durante o curso da vida.	162
Figura 9 - Panorama da Proteção Social da População Ocupada (entre 16 e 59 anos) – 2015- (Inclusive a Área Rural da Região Norte).	195
Figura 10 - Distribuição da comunicação de acidente de trabalho por ano (2012 a 2017). ..	207

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Esperança de vida e tempo médio de vida aos 65 anos – 2016.....	127
Tabela 2 - Benefícios emitidos entre 2014-2018 (em milhões).....	193
Tabela 3 - Condição de Atividade da população de 16 a 59 anos- Brasil- 2015.....	196
Tabela 4 - Cobertura previdenciária entre os idosos (60 anos ou mais) – Brasil – 2015 (em milhões).	198
Tabela 5 - Distribuição da comunicação de acidente de trabalho por ano (2006 a 2017).....	205
Tabela 6 - Registros de Acidentes de Trabalho por Idade e Sexo (2012-2017).....	206
Tabela 7 - Despesas com Seguridade Social e Juros e Encargos da Dívida Pública – Média da Proporção do Orçamento e do PIB para o período de 2016 a 2019.	225
Tabela 8 - Resultado apresentado para a seguridade após redução das receitas e acréscimos de programações estranhas ao conceito constitucional de seguridade incluídas pelo governo no orçamento da seguridade social (valores correntes R\$, em bilhões).....	260
Tabela 9 - Evolução das despesas com Seguridade Social e Juros e Encargos da Dívida - Nominal e proporção das Despesas do Orçamento efetivamente pagas e do PIB Nominal (preços correntes) (em R\$ mi – até 10.12.2018).	261

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALBA	Alternativa Bolivariana para os Povos da Nossa América
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACEPI	Associação Cearense de Idosos
AD	Atenção Domiciliar
AEAT	Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação continuada
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CADUNICO	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPFESP	Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e das Empresas do Serviço Público
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Entidades Sociais
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEAME	Central de Medicamentos
CDESC	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
C F	Constituição Federal
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CCI	Centro de Convivência de Idosos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNP	Conselho Nacional de Previdência
CONAPREV	Conselho Nacional de Dirigentes de Regimes Próprios
CNPC	Conselho Nacional de Previdência Complementar

COBAP	Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CGAD	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
COSAPI	Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa-
CID	Classificação Internacional de Doença
CIESS	Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social
CISS	Conferência Interamericana de Seguridade Social
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CPIPREV	Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social no Congresso Nacional
CREASI	Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
EC	Emenda Constitucional
EBAPI	Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa
ECOSOC	Conselho Econômico e Social
EFPC	Entidade Fechada de Previdência Complementar
EAPC	Entidade Aberta de Previdência Complementar
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FMI	Fundo Monetário Internacional
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNPRESP	Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência
IAPC	Instituto dos Comerciantes
IAPI	Instituto dos Industriários

IPASE	Instituto dos Servidores do Estado
IAPTEC	Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC-BR	Centro Internacional de Longevidade Brasil
ILPS	Instituições de longa permanência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ir.	Irmã
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MF	Ministério da Fazenda
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MPs	Medidas Provisórias
MOSAPI	Movimento Nacional dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas
NEPPOS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OCDE	Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OISS	Organização Iberoamericana de Serviço Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento-
PBSM	Plano Brasil sem Miséria

PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIA	População ou Pessoas em Idade Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PBF	Programa Bolsa Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
Prorural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
Prof	Professor
Profa.	Professora
PIS	Programa de Integração Social
RF	Receita Federal
RPC	Regime de Previdência Complementar
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SESC	Serviço Nacional do Comércio
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
Sr.	Senhor
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUIBE	Sistema Único de Informações de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UnB	Universidade de Brasília

UNFPA

Fundo das Nações Unidas sobre População

UNASUS

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO TEMA E DEMARCAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA	22
OBJETOS DE ESTUDOS	28
OBJETIVOS.....	28
<i>Objetivo geral</i>	28
<i>Objetivos específicos</i>	28
HIPÓTESE DE TRABALHO.....	29
OPÇÕES EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA	29
<i>Fundamentos epistemológicos</i>	29
<i>Método e procedimentos</i>	32
PARTE I – ENVELHECIMENTO E ENVELHECIMENTO ATIVO NOS MARCOS DAS LEGISLAÇÕES SUPRA E INTRANACIONAIS EM CONTEXTO DE CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL.....	37
CAPÍTULO I – MARCO DE REFERÊNCIA TEÓRICO-CONCEITUAL CRÍTICO..	38
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO TEÓRICA DO ENVELHECIMENTO NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA ..	38
1.2 TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA, IMPACTOS SOCIAIS E RESPOSTAS POLÍTICAS.	41
1.3 ENVELHECIMENTO, ESTEREÓTIPOS E IDENTIDADE DE CLASSE.....	44
1.4 ENVELHECIMENTO ATIVO: PARADOXOS, PERSPECTIVAS E LIMITES	50
CAPÍTULO II – NORMATIVAS SUPRA E INTRACIONAIS E SEU PODER DE INFLUÊNCIA SOBRE A SEGURIDADE SOCIAL DA PESSOA IDOSA	58
2.1 LEGISLAÇÕES E RECOMENDAÇÕES VOLTADAS, PRINCIPALMENTE, PARA A AMÉRICA LATINA	58
2.1.1 <i>Sobre o Banco Mundial e sua influência</i>	60
2.1.2 <i>A I Assembleia Mundial do Envelhecimento</i>	62
2.1.3 <i>O Informe Envejecimiento Sin-Crisis e as reformas da Seguridade Social</i>	65
2.1.4 <i>A II Assembleia Mundial do Envelhecimento e o Envelhecimento Ativo</i>	71
2.1.5 <i>Normativas de âmbito nacional que buscam cumprir as diretrizes das Assembleias Mundiais do Envelhecimento: Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso</i>	78
2.1.6 <i>Violência às pessoas idosas</i>	82

2.1.7 <i>A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos</i>	87
2.1.8 <i>A Convenção, a legislação e os desafios da velhice na ótica dos representantes da sociedade civil</i>	90
CAPÍTULO III – IMPLICAÇÕES DO CAPITALISMO DEPENDENTE E DA CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL PARA O ENVELHECIMENTO	98
3.1 FORMAÇÃO DO CAPITALISMO PERIFÉRICO DEPENDENTE: BREVE DELINEAMENTO HISTÓRICO	98
3.2 ESPECIFICIDADES DA CRISE DO CAPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS PARA A VELHICE	103
PARTE II – O CASO BRASILEIRO: OS PARADOXOS DO ENVELHECIMENTO ATIVO NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS	117
CAPÍTULO IV – O CASO BRASILEIRO: ENVELHECIMENTO E TRANSIÇÕES EM CURSO	118
4.1 TENDÊNCIAS E DECORRÊNCIAS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL	118
4.1.1 <i>Especificidades da transição demográfica</i>	119
4.2 TENDÊNCIAS DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL	131
4.3 SEGURIDADE SOCIAL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, IMPLEMENTAÇÃO E (DES)ESTRUTURAÇÃO EM CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS	133
4.4. AS ESPECIFICIDADES DO CASO BRASILEIRO NA IMPLEMENTAÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR E/OU DA SEGURIDADE SOCIAL.....	138
CAPÍTULO V – O ENVELHECIMENTO NAS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	143
5.1 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	143
5.2 ESTRATÉGIA BRASIL AMIGO DA PESSOA IDOSA	153
5.3 POLÍTICA DE SAÚDE	156
5.4 DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA COM FOCO NO CUIDADO.....	161
5.4.1 <i>Diretrizes do Cuidado para Atenção Integral da Saúde das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde</i>	166
5.5 POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL	171

5.5.1 <i>Explicitando os Regimes da Previdência Social</i>	185
5.6 POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA E SAÚDE OCUPACIONAL	200
5.7 CONTROLE DEMOCRÁTICO DA SEGURIDADE SOCIAL: O PAPEL DOS CONSELHOS	209
CAPÍTULO VI – SOBRE O (DES)FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E SEUS IMPACTOS REGRESSIVOS.....	212
REFLEXÕES CONCLUSIVAS.....	235
REFERÊNCIAS	242
ANEXO 1 – TABELA 8	260
ANEXO 2 - TABELA 9.....	261

INTRODUÇÃO

Justificativa da escolha do tema e demarcação do problema da pesquisa

Face ao contexto de reestruturação e desfinanciamento da Seguridade Social brasileira contemporânea – consistente com a lógica neoliberal e a transição demográfica livre de controle de suas consequências – e face à crise do capital em curso, discute-se nesta Dissertação: os desafios do envelhecimento ativo¹ preconizado pela II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid, em abril de 2002, e pela Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, da Organização dos Estados Americanos (OEA), aprovada como instrumento vinculante em 15 de junho de 2015.

Por ser o Brasil um país signatário dessas recomendações internacionais, e por ter se comprometido, sem sucesso, a desenvolver, no país, as exigências básicas do envelhecimento ativo e saudável, entende-se ser este um tema merecedor de atenção. A importância deste estudo reside, portanto, tanto na possibilidade de tematizar, com base em referencial teórico crítico e indicadores socioeconômicos e populacionais confiáveis, os motivos desse insucesso, quanto de indicar seus efeitos deletérios sobre o atual processo de envelhecimento², principalmente no Brasil.

Com esse intento foram consideradas as articulações entre a onda neoliberal que atingiu o país, desde a década de 1990, e as diretrizes do Documento do Banco Mundial (BM) – *Envejecimiento Sin Crisis*, de 1994, além dos efeitos do processo de *impeachment*, ocorrido no Brasil em agosto de 2016, que rompeu com a institucionalidade democrática reinstituída em 1988. Foram consideradas ainda questões afetas ao Plano Plurianual (PPA) 2016-2019, enviado pelo Poder Executivo brasileiro ao Congresso Nacional (CN), o qual não priorizava a população idosa e o irreversível processo de envelhecimento.

Nesse recorte analítico deu-se realce a fatos que contrariavam a prédica internacional do envelhecimento ativo no Brasil, a violação dos preceitos constitucionais segundo os quais

¹ “Por envelhecimento ativo e saudável entende-se o processo pelo qual se otimizam, em relação aos/as idosos/as, oportunidades de bem-estar físico, mental e social; de participação em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas; e de proteção, segurança e atenção, com o objetivo de: ampliar a esperança e a qualidade de vida saudável de todos os indivíduos na velhice, permitindo-lhes seguir contribuindo com seus familiares, amigos, comunidades e nações. Este conceito, que será mais adiante discutido, se aplica a indivíduos e grupos” (OEA, 2015, p. 4).

² Processo desenvolvido durante o curso de vida, que implica alterações biológicas, fisiológicas, psicossociais e funcionais de várias consequências, as quais se associam a interações dinâmicas e permanentes entre o sujeito e o seu meio.

a Seguridade Social, composta das políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, além do Seguro-Desemprego, estaria referenciada nos direitos dos cidadãos.

Do texto da Constituição Federal (CF) brasileira, promulgada em 1988, deu-se destaque: ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), integralizado por fontes contributivas (INSS Urbano e Seguro-Desemprego) e por impostos gerais, não contributivos (INSS Rural, Assistência Social e SUS) (art. 195), bem como por recursos dos orçamentos da União, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios; contribuições sobre a folha de salários (previdência urbana); Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); Programa de Integração Social e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS-PASEP): 60% da arrecadação (fonte do seguro-desemprego) (art. 239); e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Esse aparato financeiro conferiu à nova Carta Magna - que passou a ser chamada de Constituição cidadã - uma base de justiça fiscal orientada por princípios redistributivos voltados para implementação de um sistema de proteção social progressivo e universalizante, em que todos os segmentos sociais e ciclos de vida seriam contemplados. Entretanto, como assinala Salvador,

[...] não basta preceituar legalmente a redistributividade e a universalidade como princípios; é necessário efetivá-las. Um dos meios para essa efetivação é a constituição de um fundo público. Nele, o orçamento tem de ser um instrumento de concretização de direitos, pois implementar políticas públicas implica gastos sociais. Mas essa não foi a opção brasileira no tocante às políticas que integram a Seguridade Social. A previdência restringiu-se ao seguro; a assistência tornou-se monetarizada e focalizada na pobreza extrema; e a saúde viu ruir a sua proposta de universalização. Os recursos que deveriam assegurar essa proposta foram canalizados para o Orçamento Fiscal e, deste, para o bolso dos rentistas. Essas tendências têm fortalecido o capital portador de juros, por meio de investidores institucionais, que são atores relevantes no processo de financeirização da riqueza em curso (2014, p.392).

Por conseguinte, tanto no Brasil como na maioria dos demais países da América Latina, as políticas de Seguridade Social sofreram, na prática, constantes restrições e violações devido à prioridade conferida pelos governos às demandas do capital em detrimento da satisfação de necessidades sociais.

O final da década de 1970 foi marcado pela *débâcle* dos chamados trinta anos de ouro do “capitalismo de bem-estar” e a ascensão do neoliberalismo. A crise capitalista que emergiu nessa época teve seu ponto mais alto em 2008, com o colapso do sistema financeiro internacional, cujos efeitos se fazem valer até hoje. Nesta contemporânea fase de hegemonia

da financeirização, os direitos trabalhistas e os sistemas de proteção social dos países desenvolvidos e em desenvolvimento mantêm-se tensionados por uma onda avassaladora de ajustes estruturais.

Mais graves, no entanto, são as consequências desses ajustes para os países periféricos, que veem destruídos seus ainda embrionários sistemas de proteção social. O Brasil dos finais da década de 1970 e do início dos anos de 1980, caminhou na contramão de tendências mundiais ao ser fortalecido por movimentos sociais que pleiteavam o fim do regime ditatorial instaurado por um golpe civil-militar em 1964. A Constituição Federal de 1988, restabeleceu, como já mencionado, a democracia após vinte e um anos de ditadura e construiu as bases formais de um sistema de proteção social inspirado, segundo Fagnani (2015), no Estado de Bem-Estar Social europeu.

Contudo, a entrada do ideário neoliberal no Brasil, a partir dos anos 1990, impôs restrições ao sistema de proteção social público previsto na Carta Magna. Um dos alvos preferenciais dessa ofensiva foi o capítulo da Seguridade Social que, desde os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), em 1987, já vinha sendo hostilizada. Os defensores do neoliberalismo ao mesmo tempo em que brandiam o falacioso argumento de que o “déficit” da Seguridade Social seria devastador para as contas públicas, esforçavam-se para “comprovar” a inviabilidade financeira da Previdência Social, propondo contrarreformas que esvaziavam as conquistas nessa área, muitas das quais já efetivadas.

Além disso, o Poder Executivo descumpriu os prazos estabelecidos pela Constituição para regulamentar as políticas do Sistema de Seguridade e não providenciou o Projeto de Lei de Organização da Seguridade Social. Dessa feita, em flagrante inconstitucionalidade, o Executivo Federal optou por projetos de leis setoriais da saúde, da previdência, da assistência social e do seguro-desemprego, fragmentando o que deveria ser integrado.

Em 1994 o mesmo Executivo Federal instituiu o Fundo Social de Emergência (FSE), que retirava os recursos constitucionais vinculados ao Orçamento da Seguridade Social, ou seja, recursos considerados tributários. Este Fundo Social de Emergência foi instituído no governo FHC, como um fundo de investimento público, que dá mais liberdade para o governo gastar, e pode ser aplicado em qualquer despesa autorizada no orçamento. Posteriormente no período até 1999 foi denominado de Fundo de Estabilização Fiscal e em 2000, foi denominado de Desvinculação de Receitas de União (DRU). De acordo com Salvador (2010) a principal consequência desses mecanismos, em especial da DRU é o desvio regular de bilhões de reais da saúde, educação, previdência e assistência social, que são transferidos por meio do orçamento fiscal para os mercados financeiros; a DRU “ é a alquimia que transforma

recursos que pertencem à seguridade social em receitas do orçamento fiscal” (SALVADOR, 2010,p. 370); dando-se ao governo da União liberdade de aplicá-los onde quisesse, de fazer superávit primário e de pagar juros da dívida pública.

Destaca-se que com a aprovação da Emenda Constitucional nº 93 de 08 de Setembro de 2016, com vigência assegurada a partir de 01 de janeiro de 2016, a DRU passa a vigorar até 2023, e a retirada anterior estimada em 20% passou a vigorar em 30% de recursos.

Registra-se que a Lei 8.213 de 1991, garante e define o quadro de benefícios e serviços devidos aos segurados e dependentes do regime previdenciário brasileiro. No artigo 24, define o nº mínimo de contribuições mensais para que o beneficiário faça jus ao benefício a ser requerido, e no art. 25 especifica a natureza dos benefícios, entretanto com as seguintes especificidades: aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de serviço e aposentadoria especial: 180 contribuições mensais. (Redação dada pela Lei nº 8.870, de 1994); e auxílio-doença e aposentadoria por invalidez: 12 (doze) contribuições mensais.

A Emenda Constitucional (EC) n. 20, de 1998, que trata da reforma da Previdência Social, desmontou direitos conquistados e instituiu regras mais severas que as praticadas nos países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE). Para justificar esse procedimento, difundiu-se, além de argumentos irrealis sobre a “catástrofe” fiscal, a visão do aposentado como portador de “privilégios”, um “marajá”, que ameaçava a estabilidade recém-conquistada e os “sólidos” fundamentos econômicos. O próprio Presidente da República, de então, Fernando Henrique Cardoso (FHC), designou os aposentados de “vagabundos”; e Medidas Provisórias (MPs) subsequentes deram seguimento à demolição da Previdência Social iniciada com a referida Emenda, em observância às diretrizes dos organismos financeiros internacionais, especialmente a s do Banco Mundial (BM), contempladas no documento *Envejecimiento sin crisis*, de 1994.

Nesse documento, as mudanças nos Sistemas de Previdência Social existentes no mundo capitalista deveriam propiciar: criação de poupança obrigatória, por meio de contribuições definidas e do regime de capitalização; poupanças voluntárias e redução da extrema pobreza, por meio de criação de fundos privados; e enxugamento dos sistemas públicos de Previdência Social para dar espaço à expansão dos fundos de pensão (BM, 1994). Tais recomendações protegiam e continuam protegendo a acumulação capitalista, em um contexto de crise estrutural, que não dá sinais de reversão. É o caso, no Brasil, das Medidas Provisórias (MPs) n. 664 e 665, de 30 de dezembro de 2014, que limitam o acesso aos direitos viabilizados pelo sistema público e diminuem os valores dos benefícios, em prejuízo dos trabalhadores.

A reforma da Previdência Social brasileira, em 1998, substituiu a comprovação do “tempo de serviço” pelo “tempo de contribuição”; eliminou a aposentadoria proporcional e rebaixou o teto nominal dos benefícios. A partir desse ano, passaram a existir, no Brasil, duas alternativas para a aposentadoria: “por idade” – 65 anos para homens e 60 anos para mulher, além da exigência de contribuição mínima por 15 anos; e “por tempo de contribuição” – 35/30 anos e idade mínima de 53/48 anos. Neste caso, até os contribuintes atingirem 65/60 anos de idade, ficavam sujeitos ao “fator previdenciário”, criado em 1999, que suprimia parcela expressiva do valor do benefício e incentivava a postergação da aposentadoria.

Na “aposentadoria por idade” o Brasil passou a guiar-se por padrões semelhantes ou superiores aos de países europeus e dos Estados Unidos da América (EUA). A idade mínima de 65 anos não era adotada na Bélgica, Alemanha, Canadá, Espanha, França, Portugal e EUA; mas equivale ao parâmetro seguido na Suécia, Alemanha, Finlândia e Áustria. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), ao definir a população idosa, faz uma distinção entre países desenvolvidos (idade acima de 65 anos) e países em desenvolvimento (idade acima de 60 anos) (FAGNANI, 2015); e na “aposentadoria por tempo de contribuição”, o patamar de 35 anos para homens e 30 para mulheres é superior ao estabelecido, por exemplo, na Suécia (30 anos) e na Finlândia (30 a 39), aproximando-se do nível vigente nos EUA (35 anos), Portugal (36), Alemanha (35 a 40) e França (37,5) (CAMARANO, 2014).

A vigência indiscriminada dessas regras revela-se paradoxal, por não haver equivalência entre o Brasil e os países com as quais aquele é forçado a comparar-se, considerando o contexto socioeconômico e demográfico do capitalismo e do processo particular de envelhecimento em seu território: o capitalismo brasileiro é dependente e, ao contrário dos países europeus, onde o envelhecimento se deu de forma lenta e gradual, inclusive nas regiões menos desenvolvidas, no Brasil o envelhecimento vem ocorrendo de modo acelerado.

Prevalece, além disso, em terras brasileiras, a visão de que a questão financeira da Previdência Social decorre, exclusivamente, de fatores endógenos ao próprio Sistema: ela seria consequência exclusiva do crescimento dos gastos com benefícios (TAFNER, 2007), omitindo-se determinantes exógenos fundamentais. Com efeito, a questão do financiamento da Previdência e da Seguridade Social como um todo está preponderantemente relacionada ao descumprimento constitucional do uso das fontes indicadas na Carta Magna, acrescido das opções macroeconômicas adotadas nas últimas décadas que resultaram em baixo crescimento econômico e estreitamento das bases de financiamento da Previdência (FAGNANI; HENRIQUE; LÚCIO, 2008). Dentre essas opções, destacam-se as renúncias tributárias, que

constituem um desfinanciamento da Seguridade Social, e a aprovação de Emenda Constitucional (EC) n. 93, de 08 de setembro de 2016, a qual estende a DRU até o ano de 2023, ampliando o percentual de 20% para 30% de todos os impostos e contribuições federais, extensivo aos Estados e Municípios.

Outras medidas adotadas após 2016, com o processo de *impeachment* da Presidenta da República eleita em 2014 – as quais expressam questões contraditórias face ao encaminhamento da Convenção e à adoção de recomendações macro estratégicas impostas pelos Organismos Internacionais – colocam em contraposição o Sistema de Proteção Social previsto na Constituição de 1988 e os encaminhamentos da agenda neoliberal, introduzida no Brasil nos anos noventa e aprofundada a partir de 2016.

Diante desse quadro histórico situacional, que demarca os contornos de uma problemática de pesquisa com várias possibilidades de exploração, elegeu-se como *objeto de estudo* o formulado no próximo item, seguido dos *objetivos e hipótese de trabalho* a ele relacionados, a partir das seguintes questões norteadoras do processo investigativo e analítico: O que significa ser velho em sociedades contemporâneas, dominadas pelo ideário neoliberal/conservador³, em que prevalecem os princípios da competição e do individualismo sobre os da solidariedade, e no qual o Sistema de Seguridade Social, como direito de cidadania, vem sendo desmontado?

- Que limites e possibilidades o processo irreversível de envelhecimento mundial oferece ao Estado e à sociedade liberais-burgueses?
- Que medidas ou pactos políticos, nacionais e internacionais, estão sendo adotados com vistas a garantir, ao Sistema de Seguridade Social brasileira, condições de funcionamento em prol do envelhecimento ativo?

³ O ideário neoliberal conservador pode ser entendido como a junção e influências de duas ideologias conflitantes que instituiu uma nova prática política, econômica, social, cultural pautada pelo neoliberalismo econômico e o neoconservadorismo social e político, dando origem a “ Ideologia da Nova Direita, que ganhou força intelectual e política nos anos 1970 como crítica liberal à ação social do Estado, exercendo, desde então, posição de poder em vários países. Seu surgimento decorreu das dificuldades econômicas enfrentadas pelo capitalismo, a partir de 1973, advindas de uma nova onda de crise desse sistema, mas também constituiu uma reação à rápida expansão dos gastos públicos nos anos 1960 e à regulação social do mercado” (PEREIRA, 2016, p.43-44). Caracteriza-se pela defesa neoliberal do livre mercado; do indivíduo; da liberdade negativa; da autorresponsabilização e da proteção mínima aliada à argumentação neoconservadora em favor da autoridade do Estado (ou governo forte); da disciplina e da ordem; da hierarquia; da subordinação e do resgate de valores tradicionais, como família patriarcal, propriedade privada, patriotismo, bons costumes e moral (AFONSO, 1999; MILLER, 1999; GAMBLE, 1994; PEREIRA, 2016).

Objetos de estudos

Intimamente relacionado às questões norteadoras da pesquisa, que funcionam como fio condutor do processo investigativo, delimitou-se como objeto de interesse central deste estudo, o que se segue: os principais desafios impostos à realização, na realidade brasileira, de políticas voltadas ao envelhecimento ativo previsto nas normativas internacionais, das quais o Brasil é signatário, e na Constituição Federal (CF) de 1988, face à crise estrutural do capital e às suas repercussões; desafios estes que se inscrevem no processo de reestruturação e desfinanciamento da Seguridade Social desencadeado pela referida crise e reforçado por ingerências externas, de cunho neoliberal/conservador, que afetam, particularmente, as pessoas idosas.

Objetivos

Objetivo geral

Constituiu o objetivo mais abrangente da pesquisa que informou esta Dissertação detectar, na realidade brasileira contemporânea, caracterizada por um Sistema de Seguridade Social em franco desmonte, cortes de direitos e perdas de garantias constitucionais, os principais entraves à aplicação das diretrizes e políticas de envelhecimento ativo, preconizadas pela II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madrid, em abril de 2002, e pela Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, aprovada como instrumento vinculante em 15 de junho de 2015.

Objetivos específicos

- Desvelar as especificidades do processo de envelhecimento no Brasil e a forma como elas são incorporadas à legislação e ao Sistema de Seguridade Social nacionais *vis-à-vis* preceitos do envelhecimento ativo inscritos em normativas internacionais;
- Identificar os principais entraves à realização de políticas de envelhecimento ativo no Brasil, uma vez que o ajuste fiscal permanece constantemente em pauta.

- Investigar, no âmbito do Orçamento da Seguridade Social, a presença de programas ou medidas voltados para o atendimento das pessoas idosas;
- Analisar as características técnicas e políticas do desfinanciamento da Seguridade Social no Brasil e de suas implicações sociais para o processo de envelhecimento; e
- Prever em que medida a reforma trabalhista e da previdência social, associada à reestruturação e desfinanciamento da Seguridade Social em curso, constitui uma ameaça à implantação das diretrizes do envelhecimento ativo na realidade brasileira contemporânea.

Hipótese de trabalho

Em consonância com o objeto de estudo delimitado, elegeu-se como hipótese de trabalho, isto é, como um recurso heurístico a mais ao processo de investigação, a seguinte afirmação provisória: a legislação referente à proteção dos direitos da pessoa idosa tem avançado mundialmente. Todavia, no Brasil, ela apresenta notória discrepância entre o formal e o real. Fatores estruturais e históricos, associados à crise estrutural do capital, à submissão do país a ditames internacionais neoliberais-conservadores, à prevalência de tradicionais entraves à consolidação da cidadania brasileira e à reestruturação e desfinanciamento da Seguridade Social, têm impedido a concretização desses direitos.

Opções epistemológica e metodológica

Fundamentos epistemológicos

Com base na concepção dialética da história que associa, em uma totalidade contraditória, elementos opostos como sujeito e objeto do conhecimento; estrutura e ações; e economia e política como determinações mutuamente influentes, aborda-se, nesta Dissertação, o envelhecimento no âmbito da correlação de forças entre o capital e o trabalho.

Isso porque, a posição social dos idosos na estrutura das sociedades capitalistas tem configuração classista e, por isso, os distingue entre pertencentes à burguesia e à classe trabalhadora.

Tais segmentos classistas, embora estejam inseridos no mesmo modo de produção – capitalista – sofrem processos de envelhecimento heterogêneos; pois, enquanto os primeiros

são proprietários dos meios de produção e/ou estão em condições sociais e econômicas privilegiadas os últimos não. Estes se defrontam com os efeitos da exploração ou superexploração da sua força de trabalho, com a falta de acesso às políticas sociais de qualidade, com as consequências da apropriação privada do fundo público e com o agravamento das desigualdades sociais associadas às especificidades de gênero e raça, principalmente no seu último ciclo de vida.

Eis porque parte-se, nesta Dissertação, do princípio de que não é possível compreender os impactos sociais do envelhecimento e da velhice, nem tampouco da realidade das pessoas idosas, somente a partir de suas expressões somáticas mais perceptíveis. Estas expressões, por serem fenomênicas e associadas apenas à idade, são analisadas, na maioria das vezes, com base em um quadro de doenças, perfil epidemiológico, mitos, preconceitos e estereótipos que se colocam no mundo do trabalho para camuflar questões afetas ao modo de produção capitalista.

Portanto, torna-se necessário ultrapassar a aparência fenomênica mais imediata e perceptível do envelhecimento e da velhice para ir-se em busca de sua essência com vistas a conhecer como se dão as múltiplas determinações do objeto de estudo, no contexto social, político, econômico em dado espaço geopolítico e histórico, adotando-se uma visão ontológica e de totalidade do ser social⁴.

Tomando como referência a perspectiva marxiana, o processo de abstração acionado para se entender a velhice, em seu conjunto, deve ser caracterizado pela realização de um movimento com base no pensamento, a fim de lograr acessar elementos essenciais dos fenômenos que não podem ser captados de imediato e pelos sentidos. Parte-se do abstrato em busca de determinações concretas que explicam, essencialmente, o objeto estudado em sua universalidade, fazendo-se, ato contínuo, o caminho de volta de forma pensada. Nesse percurso, quanto maior o número de determinações captadas do processo de velhice, maior será a chance de se explicar o fenômeno do envelhecimento em sua inteireza. Assim, as captações abstratas levam à reprodução do concreto por meio do pensamento. E o concreto revela-se concreto porque é síntese de muitas determinações, isto é, revela-se unidade do diverso, que aparece no pensamento como síntese, resultado, e não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo da intuição e da representação (MARX, 2011). Sobre esta questão Marx ensina que, quando se deseja compreender um determinado objeto ou um

⁴ A visão ontológica do ser social (atitude primordial do homem, em face da realidade) deve ser de um ser pensante, longe da realidade; de um ser (homem) que age nesta realidade; de um ser histórico que exerce sua atividade prática no trabalho com a natureza e com outros homens, visando à consecução dos próprios fins e interesses, no conjunto das relações sociais (KOSIK, 1976).

fenômeno social, deve-se ir da sua singularidade, por meio da conexão (mediação) de diversas determinações, postas no real, para a sua particularidade, visando alcançar a sua universalidade.

A partir dos princípios supramencionados, fica claro que é preciso entender o envelhecimento como um processo dotado de conteúdo social que tem relação com a forma de produção da sociedade em vários contextos sócio históricos. Nestes contextos, a classe trabalhadora enfrenta dificuldades que têm a ver com a sua condição de subalternidade ao capital.

No Brasil – país periférico e sujeito às determinações macroeconômicas impostas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) – o modo de vida das pessoas idosas, das famílias e da sociedade sofre consequências dessa sujeição, associado ao modo de desenvolvimento econômico marcado por secular herança colonial.

Em sua obra *O Capital*, de 1857, Marx faz uma síntese metodológica de seus estudos, centrado na crítica à economia política liberal clássica, elegendo como categorias de análise quatro eixos fundamentais: 1) análise da produção em geral; 2) análise da relação entre produção, distribuição, troca e consumo; 3) abordagem do método; e 4) produção (meios de produção e relações de produção e de intercâmbio), formas de Estado e consciência em relação às relações de produção e intercâmbio, relações jurídicas e relações familiares. Esse autor contribui para construir uma análise crítica e dialética da sociabilidade capitalista, em uma perspectiva de totalidade, que engloba as categorias de produção, consumo, distribuição e troca (circulação). Nesse circuito é possível apreender, a partir de dados objetivos, como as pessoas idosas se situam neste movimento; quais suas perspectivas e como se colocam no interior de conflitos e interesses opostos no mundo do trabalho e do capital; qual a sua condição de acesso aos direitos que lhes são devidos; como se articulam como classe e com qual cidadania (base legal e financiamento).

Por esse prisma analítico, vale reforçar que as pessoas idosas e o processo de envelhecimento não devem ser apreendidos ou concebidos isoladamente. Proceder assim é privilegiar uma visão biogerontológica⁵, confinada à área da saúde, da transição demográfica, em detrimento do Sistema de Seguridade Social. Contrariando esta visão, este estudo

⁵ O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual se tem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, acarretando em maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2000). As manifestações somáticas da velhice – última fase do ciclo da vida, que se caracteriza pela redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outros aspectos – associam-se à perda dos papéis sociais, da solidão e das perdas psicológicas, motoras e afetivas (BARREIRA FILHO; BARREIRA, 2017).

apreende e concebe o envelhecimento em suas múltiplas determinações como uma categoria que também expressa a trajetória das pessoas na perspectiva do acesso ou não ao mundo do trabalho e da cidadania e à satisfação das necessidades e demandas das classes trabalhadora *vis-à-vis* privilégios da classe burguesa em seu último ciclo de vida.

A esse respeito Haddad (2010, p. 24) observa que: “a velhice deve ser analisada no interior do sistema capitalista e da estrutura de classes”. Salienta que a ideologia da velhice é fundamental à reprodução das relações capitalistas na medida em que a produção dessas relações implica reprodução de ideias, valores, princípios e doutrinas, assim como o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana, cujo pertencimento de classe se dá segundo determinações fundamentais do modo de produção correspondente.

Ao transformarem as pessoas em mercadorias, as sociedades capitalistas condenam o trabalhador à degradação durante toda sua trajetória de vida; mas, paradoxalmente, são crescentes as propostas de reparos na trajetória dos velhos, que, na realidade, escamoteiam a exploração da mão de obra que envelheceu. A ideologia da velhice é, pois, entendida como parte essencial do funcionamento das sociedades capitalistas, cuja contradição principal é a sua divisão em classes sociais.

Do mesmo modo considera-se desafiador a discussão e o trato do envelhecimento nos marcos do Envelhecimento Ativo – uma proposta avançada ao mesmo tempo contraditória que encontra complexa dificuldade para atingir a maioria da população idosa, face às limitações impostas pela redução dos recursos financeiros e operacionais e à superexploração do trabalho, agravada ainda na velhice; e face à reestruturação da Seguridade Social em curso, mais acentuada nos países da América Latina.

Por fim, reitera-se que as determinações supramencionadas não são excludentes, mas dialeticamente articuladas entre si e no contexto histórico em que se situam e se processam.

Método e procedimentos

Como não poderia deixar de ser, nesta pesquisa fez-se uso do método histórico-estrutural por ele possibilitar, de forma dialética, a análise das dimensões estruturais e históricas do objeto. Nesse movimento, tanto as estruturas como as ações dos sujeitos foram de importância fundamental, possibilitando uma compreensão de conjunto da realidade pesquisada.

As principais fontes de informação consultadas foram indiretas ou secundárias, de caráter documental e bibliográfico. Porém, também se fez uso de fontes primárias constituídas de pessoas-chave com as quais se estabeleceu diálogos e interlocuções específicos, ou se obteve delas informações por meio de palestras ou aulas.

A análise das normativas internacionais, bem como das leis e políticas que integram a Seguridade Social brasileira, além do material escrito referente às questões associadas à crise estrutural do capital e de suas implicações sociais no Brasil, foi de natureza qualitativa. Contudo, não se abriu mão de dados quantitativos que, para o maior conhecimento do objeto de estudo, auxiliaram na confirmação da hipótese de trabalho formulada.

Esses dados foram obtidos no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na Secretaria da Previdência do Ministério da Fazenda (MF), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG) e em outros órgãos que têm o tema da Dissertação e atuam na gestão da Política Nacional do Idoso (PNI), tais como: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL); Organizações das Nações Unidas (ONU); Conferencia Interamericana de Seguridade Social (CISS); Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social (CIESS); e Banco Mundial (BM).

A opção pela análise qualitativa deveu-se ao fato de, nesta pesquisa, privilegiar-se a palavra expressa, especialmente a escrita, como um dado objetivo, o que encontra respaldo no seguinte pensamento de Minayo (1993, p. 245): “o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais e políticos”.

O marco teórico referencial, que constitui um capítulo de cunho ainda propedêutico desta produção intelectual, pautou-se pelas seguintes categorias-chave de análise: envelhecimento ativo, crise estrutural do capital, seguridade social, financiamento público.

Estas categorias foram eleitas porque detém em seu conteúdo a própria substância do objeto, desdobrada em conceitos, cuja definição possibilita maior visibilidade às contradições existentes e o descompasso supra estrutural entre o marco legal e as políticas sociais realizadas; e porque também permitem a crítica, a identificação de estratégias implícitas e a predição de medidas políticas para superá-las.

Outros procedimentos metodológicos adotados consistiram na:

- Realização de análise crítica de documentos sobre a crise estrutural do capital, do processo de envelhecimento, da Seguridade Social e da transição demográfica em

curso no Brasil, à luz da Convenção Interamericana sobre a Proteção e os Direitos Humanos dos Idosos (OEA) e *Envejecimiento Sin Crises* (Banco Mundial);

- Seleção e análise da legislação e de documentos referentes às mudanças políticas e administrativas no campo da Seguridade Social brasileira, efetuadas pelo governo instituído após o processo de *impeachment*, de 2016, para aquilatar em que medida essas mudanças ameaçam os direitos das pessoas idosas e impedem a adoção, no Brasil, do envelhecimento ativo. Dentre esse material ressaltam a EC- 95 de 2016 e o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019; a Reforma Trabalhista e a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa – EBAPI.
- Estabelecimento de diálogos com pesquisadores e representantes de organizações governamentais e não governamentais que atuam na área do envelhecimento ativo e da defesa de bases de financiamento para a Seguridade Social; e
- Elaboração de Matrizes que identificam o desfinanciamento da Seguridade Social, bem como as medidas/recomendações sugeridas pelos organismos internacionais que ameaçam o processo de envelhecimento ativo;
- Levantamento e análise de indicadores socioeconômicos que têm interface com o processo de envelhecimento ativo; e
- Elaboração de matrizes que sugerem desafios em decorrência das controvérsias do processo de Envelhecimento Ativo face ao acirramento do ideário neoliberal.

Esta Dissertação divide-se em duas partes, além da Introdução e Reflexões Conclusivas. A **Primeira Parte** contém o marco referencial teórico-conceitual crítico do estudo. Nela, consta o resultado da pesquisa teórica sobre o processo de *envelhecimento*, *velhice* e *ser velho*, com base na tradição do pensamento marxista. A fim de demonstrar o processo de Envelhecimento à luz desta vertente intelectual, foram eleitos três eixos analíticos, a saber: os desafios do envelhecimento e do envelhecimento ativo no contexto de reprodução, valorização e crise estrutural do capital; a estrutura e o (des) financiamento do Sistema de Seguridade Social; e os determinantes estruturais e históricos do envelhecimento ora percebido como “uma conquista da humanidade” ora como “um risco e uma ameaça” ao crescimento e desenvolvimento dos países.

Com base nesse referencial, e tendo como norte os três eixos analíticos supracitados, foi realizada uma investigação histórico-analítica do processo de Envelhecimento e da Seguridade Social regulados por normativas nacionais e internacionais, visando:

compreender a relação contraditória entre o marco legal, que garante os direitos às pessoas idosas, e as contrarreformas implementadas no Brasil; contrarreformas estas criadas para responder determinações de organismos internacionais e para efetivar ajustes fiscais que comprometem a possibilidade das pessoas idosas e das gerações subsequentes de desfrutarem um envelhecimento ativo e saudável.

Esta primeira parte compõe-se de três capítulos. O primeiro apresenta as categorias centrais do Estudo, as determinações das duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento e as correntes teóricas que tratam do processo de envelhecimento num contexto de classe social. Trata, ainda, das transições em curso no Brasil, dentre as quais a demográfica, e suas implicações para o processo de envelhecimento. O segundo capítulo atém-se ao marco legal supra e intranacional do processo de envelhecimento e ressalta a influência dessa normatização na construção dos Sistemas de Proteção Social e de Seguridade Social dos países capitalistas centrais e periféricos, em especial do Brasil, ao tempo que os relaciona com o processo de desenvolvimento capitalista e com a conquista de direitos sociais – fruto da correlação de forças entre o capital e o trabalho – no rastro do avanço do neoliberalismo e neoconservadismo no Brasil e no mundo. Donde se deduz que o Sistema de Proteção Social resulta pactos interclassistas nos quais as necessidades dos trabalhadores são secundarizadas em relação às necessidades de acumulação e reprodução do capital, com o beneplácito de Organismos Internacionais, como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização das Nações Unidas, entre ONU e outros. E no terceiro capítulo discute-se se a formação do capitalismo periférico dependente brasileiro, a crise estrutural do capital e as consequências sociais dessa particularidade capitalista para a *velhice* e para os *velhos*.

A **Segunda Parte** contém a caracterização da unidade de análise empírica da pesquisa - o *envelhecimento no caso brasileiro* - referenciada no marco teórico-conceitual crítico, precedente, e nas produções intelectuais sobre o Brasil no contexto latino-americano. Esta parte trata das transições em curso também no Brasil – demográfica, epidemiológica, econômica, social e política – e discute as especificidades das políticas que integram a Seguridade Social (Assistência Social, Previdência e Saúde). Além disso, enfoca a questão do (des) financiamento da Seguridade Social, chamando a atenção para a Função do Fundo Público. Esta parte está organizada em três capítulos, numerados na sequência dos três capítulos da primeira parte. Portanto, o quarto capítulo parte das análises teóricas e históricas do envelhecimento na dinâmica da sociabilidade capitalista para tematizar questões afetas ao caso brasileiro. O quinto, situa o envelhecimento nas políticas de Seguridade Social com ênfase nos direitos assegurados na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e

nas Políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social. E o capítulo sexto aborda o (des)financiamento da Seguridade Social, como um elemento chave no processo de reestruturação deste Sistema, e seus impactos sociais regressivos e impeditivos da implementação do envelhecimento ativo no Brasil.

Por fim, e à maneira de conclusão, sistematizam-se os principais argumentos que confirmam os achados da pesquisa, assinalando que o Envelhecimento Ativo, tal como proposto pelos Organismos Internacionais, é uma meta a ser perseguida, porém, restrita, como já se observa na atualidade capitalista, a uma classe social: a dominante.

**PARTE I – ENVELHECIMENTO E ENVELHECIMENTO ATIVO NOS MARCOS
DAS LEGISLAÇÕES SUPRA E INTRANACIONAIS EM CONTEXTO DE CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL**

CAPÍTULO I – MARCO DE REFERÊNCIA TEÓRICO-CONCEITUAL CRÍTICO

1.1 Problematização teórica do envelhecimento na sociabilidade capitalista

O envelhecimento populacional é um fenômeno e um desafio mundial, de caráter irreversível, que deve ser analisado no contexto da sociabilidade capitalista, de extração neoliberal, ao tempo em que se dá de forma heterogênea e diferenciada nos países centrais e periféricos e em meio à desestruturação da Seguridade Social.

Trata-se de fenômeno de complexa definição, pois *envelhecimento*, *velho*, *velhice* abarcam relação de classes sociais x padrão de acumulação do capital, associada ao acesso ou não ao trabalho e à Seguridade Social em contextos econômicos atingidos pela crise estrutural do capital.

Nesta abordagem particular, a Seguridade Social é entendida como Proteção Social que concretiza direitos sociais à classe trabalhadora; que se desenvolve no processo histórico e no espaço conflituoso entre capital e trabalho; que dispõe de várias correntes interpretativas; e que atende, contraditoriamente, aos interesses do capital e das necessidades humanas. Na exaustiva pesquisa de Camila Pereira, (2016, p. 339) a “Proteção Social tem retrocedido; os avanços e os direitos sociais, arduamente conquistados, têm sido desmantelados” justamente - acrescenta-se - em um momento em que o envelhecimento populacional exhibe um notável e ampliado aumento da esperança de vida.

Com efeito, o contemporâneo processo de envelhecimento se expressa como uma conquista da humanidade e se constitui, ao menos formalmente, como um direito humano inalienável. Todavia, em conformidade com a lógica capitalista esse processo passou a ser considerado uma ameaça, ou um novo risco social aliado às condições de desigualdade social, explicitadas, paradoxalmente, nos índices de concentração de riqueza e ampliação da pobreza em escala planetária.

Essa desigualdade social, na qual está inserida grande parcela da população idosa, se explica pela dinâmica própria da lei geral de acumulação capitalista, assim sintetizada:

[...] quanto maior a acumulação de riqueza, por meio da crescente produtividade do trabalho, maiores serão a exploração e a manipulação da força de trabalho como mercadoria especial e, concomitantemente, maiores serão os índices de pobreza e de acumulação de miséria, desemprego e expansão de um exército de reservas de trabalhadores ativos, ou de uma superpopulação relativa, tornada disponível para a constante usurpação

privada da mais valia decorrente da exploração do trabalho socialmente produzido. Por conseguinte, os processos e mecanismos que operam a acumulação cada vez mais ampliada de riqueza são os mesmos que induzem a manutenção e/ou o aprofundamento da pobreza e do suplício do trabalho na sua forma abstrata que se manifesta no valor da troca de mercadorias produzidas pelo labor humano alienado, típico da sociedade burguesa [...] Isso porque o objetivo da produção nunca foi, e nunca será, o de satisfazer as necessidades e carências humanas [...] O objetivo sempre foi satisfazer as necessidades insaciáveis do capital (PEREIRA, 2016, p.49-50).

Esta lei dá sentido ao fato paradoxal de o processo de envelhecimento ser considerado o retrato de uma revolução demográfica, e/ou de uma revolução da longevidade, ao mesmo tempo em que constitui o retrato da negligência e do abandono no que tange à garantia de direitos preconizados por organismos internacionais como OIT, CEPAL, ONU, OMS com adesão dos países signatários de normativas internacionais.

Dessa forma, o processo de envelhecimento, configurado como transição demográfica, associa-se à dependência em dois aspectos: à insustentabilidade dos Sistemas de Seguridade Social face à queda da fecundidade, à ampliação do número de pessoas idosas e à relação com a população econômica ativa; e às doenças crônico-degenerativas incidentes em um número significativo de pessoas idosas que envelhecem com dependência para as atividades da vida diária e para o trabalho, sendo que muitas dessas doenças foram agravadas ou adquiridas no exercício do trabalho precarizado.

Em torno dessa dependência, forjam-se ideologias e estratégias políticas que justificam a demolição de direitos e a desestruturação da Seguridade Social com base na suposição de que inviabilizarem o crescimento econômico e a formação de reservas financeiras para investimento em atividades produtivas, que na verdade não acontecem. Em essência, o que é desviado do financiamento da seguridade social contribui para a formação de um fundo público que atende, preferencialmente, as demandas e necessidades de lucro do capital e ao cumprimento de amortização e dos juros da dívida pública.

Nos países capitalistas periféricos e dependentes, o processo de envelhecimento em curso torna-se uma questão crucial, que exige debate à luz de uma perspectiva crítica desmistificadora de seus determinantes estruturais e históricos. Isso porque, como afirma Teixeira (2008), o ser humano, em tempos de crise do capital, só interessa como possuidor de força de trabalho, fonte de mais-valia e de valor, ou como consumidor, o que coloca a nu a desvalorização social do/a velho/a.

Os resultados da crise do capital são contundentes, tanto quanto os indicadores do empobrecimento generalizado das maiorias, especialmente na periferia do mundo capitalista,

além do desemprego em expansão global. Esse processo de empobrecimento e de desemprego acarreta constrangimentos e atinge também os velhos, pois em acordo com a teoria do valor de Marx, o/a trabalhador/a velho/a, ao perder o seu valor de uso torna-se desumanizado e supérfluo para o capital e peso morto no exército industrial de reserva (TEIXEIRA, 2008).

Segundo esta autora, esses processos estão relacionados à ditadura do trabalho abstrato, produtor de mais-valia e de degradações sociais, no capitalismo. Esse sistema instaura uma relação desumanizada, entre capital e trabalho, que reduz o/a trabalhador/a à coisa, engendrando não apenas a desvalorização das qualidades e necessidades humanas, mas também uma sociabilidade que gera pobreza, populações excedentes e os ‘inúteis’ para o capital (TEIXEIRA, 2008, p. 41).

Sabe-se que o contemporâneo processo de envelhecimento é de complexo trato analítico, por envolver indicadores demográficos, sociais, políticos, fisiológicos e escolhas individuais no curso da vida material; e que, além disso, abarca dimensões econômicas, epidemiológicas, socioculturais, antropológicas aliadas às mudanças da sociedade moderna, altamente tecnológica, competitiva e de evidente antagonismo de classe que afetam os destinos de idosos/as ricos/as e pobres.

A dinâmica populacional no modo de produção capitalista está imbricada com as questões concernentes ao crescimento econômico dos diferentes países, ao acesso ou não ao mercado de trabalho, à luta dos movimentos sociais, bem como à desestruturação do Sistema de Seguridade e Proteção Social e à má utilização dos recursos que integram o Fundo Público.

Destacando os aspectos sociais, econômicos e políticos Mendonça; Pereira-Pereira (2013) referem-se ao envelhecimento populacional como um fenômeno que surgiu entre o século XX e XXI a partir da transformação das relações societárias que modificaram o aspecto social, econômico e político.

Mas, ao privilegiar o campo da biogerontologia, Papaléo Netto (2002) ressalta que o envelhecimento humano ou individual é um “processo”; a velhice, uma “fase da vida”; e o/a velho/a, o “resultado final”, os quais constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. Desse modo, o envelhecimento humano e/ou individual constitui um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente; e, com isso, fica a maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. Papaléo Netto (2002) relaciona, ainda, as manifestações somáticas da velhice – a última fase do ciclo da vida - que se expressam pela redução da capacidade funcional, calvície e diminuição de vigor para o

trabalho entre outros aspectos, que levam à perda de papéis sociais, de funções psicológicas, motoras, afetivas e à solidão.

Do ponto de vista demográfico o envelhecimento populacional é um fenômeno em escala global que se caracteriza pelo aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade. Fatores estes que, juntos, resultam numa grande quantidade de idosos e uma significativa redução de crianças e jovens. Este fenômeno gera uma transição demográfica, que modifica a interpretação da pirâmide populacional (CAMARANO, 2014).

Trata-se, portanto, o envelhecimento, de um processo que tem múltiplas determinações (econômicas, sociais, de saúde, trabalho, etc.), mas, o maior determinante, por este ponto de vista, é a redução da taxa de fecundidade e queda da mortalidade. Isso significa uma mudança na composição etária de uma população em decorrência do aumento dos segmentos mais idosos proporcionalmente à diminuição dos mais jovens. Assim, ao contrário do que é comumente veiculado, o envelhecimento populacional é deflagrado e intensificado por uma redução dos nascimentos de filhos por mulher e não pelo fato de as pessoas estarem vivendo por mais tempo, o que corresponderia ao envelhecimento individual (KALACHE, 1987).

Essa dinâmica populacional e as suas consequências, segundo Camarano (2014) têm sido vista com preocupação, pois implicam mudanças no padrão de transferência de recursos públicos e privados devendo-se, ainda, a referida dinâmica, à associação feita entre envelhecimento e dependência; pois o declínio da fecundidade acarreta, no médio e no longo prazo, uma redução da população nas idades produtivas (potenciais contribuintes e cuidadores). Já a diminuição da mortalidade nas idades avançadas resulta em um aumento no número de anos vividos pelos/as idosos/as.

1.2 Transições demográfica, impactos sociais e respostas políticas.

Atualmente, a população mundial aumentou quase 7,6 bilhões, em comparação com os 7,4 bilhões, em 2015. Esse número foi estimulado pelas taxas de fertilidade relativamente altas, nos países em desenvolvimento – apesar de uma queda geral no número do crescimento de crianças em todo o mundo (ONU, 2017).

Segundo relatório da ONU, a proporção de pessoas com 60 anos e mais de idade, deverá atingir dois bilhões em 2050. Até este ano, o número de pessoas acima dos 80 deve quadruplicar para quase 400 milhões. Atualmente, 64% de todas as pessoas mais velhas

vivem em regiões menos desenvolvidas – um número que deverá aproximar-se de 80% em 2050.

Destaca-se a importância das estimativas de taxas referentes à esperança de vida ao nascer; no período de 2015 a 2020 a previsão é de 75,71 anos para América Latina e Caribe; 76,76 anos para a Centro-América; e 75,59 para a América do Sul (CEPAL, 2017, p.21-22).

No período de 2015 a 2020, a esperança de vida ou sobrevida aos 60 anos se deu de forma diferenciada por gênero, assim se configurando, respectivamente, para homens e mulheres: 20.7 e 23.9 anos, na América Latina e Caribe; 20.8, e 23.7 anos no Caribe; 22.0 e 24.1 anos no Centro América e 20.2 e 23.9 anos na América do Sul CEPAL (2017, p.22).

Estas taxas são importantes por representar, simultaneamente, a ampliação de expectativa de vida ao nascer e sobrevida após os sessenta anos, e uma conquista propiciada pelos avanços tecnológicos, da saúde e das lutas sociais por direito à Seguridade Social que, contraditoriamente, vem sendo restringido. Esta restrição impacta negativamente com os dados divulgados pela Conferência Interamericana de Seguridade Social-CISS⁶ (2018), segundo a qual as pessoas idosas vivenciam, em média, de 12 ou 13 anos no final de suas vidas com alguma ou mais enfermidades ou doença crônica degenerativa e/ou incapacitante.

Comparados aos países desenvolvidos, os países em desenvolvimento, não têm acompanhado o seu ritmo rápido de envelhecimento populacional em termos socioeconômicos e de estruturação dos seus aparatos de bem-estar. Assim, a título de exemplo, Kinsella e Phillips (2005) demonstram que o tempo levado para que a proporção de idosos aumentasse de 7% para 14% foi de 115 anos na França, 85 na Suécia e 69 nos Estados Unidos da América (E.U.A.), enquanto que, na China, estima-se 26 anos; no Brasil; 21 anos e, na Colômbia, 20 anos (REICHERT, 2015).

Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo está sendo reduzido há duas ou três décadas (KINSELLA; PHILLIPS, 2005). Por conseguinte, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza (KALACHE; KELLER, 2000) e situados em estágios de desenvolvimento caracterizados pela dependência e exploração, quer no âmbito econômico, quer humano.

⁶ Conferência Interamericana de Seguridade Social-CISS é um organismo internacional, de caráter técnico e especializado, que atua pelo desenvolvimento da Seguridade Social nas Américas. Tem sede na Cidade do México, desde 1953, e reúne 37 países. Já o Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social - CIESS é o órgão da CISS voltado para o ensino, pesquisa e capacitação de recursos humanos.

Corroboram esse entendimento a Organização das Nações Unidas (2002) quando explicitam que o rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos recursos humanos estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas. Entretanto, a Organização não fala a exploração e da superexploração do trabalho pelo capital, como fruto do desenvolvimento dependente e desigual desses países.

Compartilhando desse silêncio a CEPAL (2017) registra que os países da América Latina deverão se esforçar para se adequar às transições demográficas e ao processo de envelhecimento, que, apesar de ser uma conquista, traz preocupação por ocorrer de forma rápida e em meio à desigualdade e à pobreza. Contudo, ao lado dessa apreensão, a CEPAL reconhece que, na atualidade, o envelhecimento da população e a transição demográfica constituem elementos substanciais para se definir e adotar reformas necessárias ao bem-estar dos países e de seus cidadãos até 2030. E disso ressalta a preocupação cepalina com o fato de alguns países latino-americanos vivenciarem o bônus demográfico com extrema desigualdade.

Essa preocupação tem a ver com a seguinte implicação da transição demográfica. Sendo um processo gradual de redução das taxas de fecundidade e mortalidade, ocorre, em um primeiro momento a queda da fecundidade que faz com que determinada geração de adultos diminua o número de filhos, aumentando relativamente o conjunto de trabalhadores (REICGERT, 2015). Com isso, ocorre um aumento da população em idade ativa (PIA) em decorrência de uma proporção de dependentes em queda ou estável, abrindo-se uma possibilidade de crescimento da renda, que é denominado de *bônus demográfico* (ou primeiro dividendo demográfico).

Dessa feita o bônus demográfico resulta da redução da taxa de fecundidade (as famílias tendo menos filhos), e da diminuição da mortalidade em uma população (as pessoas passam a viver mais) e do aumento da proporção de pessoas em idade de trabalhar (entre 15 e 64 anos) em relação à população dependente (crianças e idosos).

Ressalte-se que este processo é caracterizado pela redução nas pressões quantitativas impostas pela dependência jovem, somada a um não crescimento nas demandas dos idosos, o que confere ao bônus demográfico uma conjuntura favorável à melhoria e ampliação de serviços destinados aos jovens e um lapso temporal para adequação às demandas futuras.

Existem maneiras diferentes de os países utilizarem o momento do bônus demográfico e isto pode influenciar decisivamente os seus processos de desenvolvimento; pois, quando os

países investem em educação e trabalho digno para jovens eles garantem maior possibilidade de construção de riquezas que, por sua vez, possibilitará melhoria nas condições de vida de todas as gerações e uma base mais adequada de financiamento da Seguridade Social.

Contudo, a linguagem do bônus demográfico acaba por confirmar duas realidades discriminatórias no trato capitalista do envelhecimento: a primeira é a reiteração do fato de que pouco se tem investido em educação e trabalho protegido da população economicamente ativa, o que, no futuro, se expressará como um problema para o envelhecimento; e a segunda, é que, conforme Faleiros (2014, p. 7): o bônus, como algo bom, se apresenta como o oposto de algo ruim que poderia ser configurado como *ônus demográfico*. E este “ônus demográfico (a velhice), em oposição ao bônus demográfico (mão de obra jovem), é traduzido numa visão de que o envelhecimento populacional é um peso econômico, obliterando-se a sua contribuição na produção e reprodução da sociedade no passado e no presente (consumo, trabalho, cultura, cuidado dos netos, dentre outros)”.

Eis porque a abordagem de classes sociais⁷ é importante para não se naturalizar as deturpações analíticas referentes ao processo de envelhecimento, pois, “tanto ao longo de sua história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice; um abismo separa o velho escravo e o velho eupátrida, um velho operário que vive de pensão miserável e um Onássis” (BEAUVOIR, 1990, p. 17).

1.3 Envelhecimento, estereótipos e identidade de classe

Observa-se que, apesar de outros determinantes revelarem ser o envelhecimento um processo heterogêneo - como a genética, os aspectos socioculturais, os arranjos familiares, o acesso ou não ao trabalho, à previdência - a condição de classe é um determinante crucial no

⁷De acordo com Teixeira (2017, p.34), baseada em Marx, “as classes sociais são coletivos que se constituem fundamentalmente a partir das posições que ocupam nas relações de produção, que cada vez mais se restringe, em sociedades capitalistas, a duas grandes classes diretamente opostas entre si: burguesia e classe trabalhadora. Essa divisão entre classes fundamentais não elimina as diferenças, grupos e frações internas em cada classe, nem a existência de outras formas de classes sociais. Nessa perspectiva, trabalhar com o envelhecimento do trabalhador, implica incluir nesta classe a totalidade dos que vivem da venda da sua força de trabalho, incluindo desde os trabalhadores produtivos, ou seja, aqueles que produzem mais-valia e participam diretamente do processo de valorização do capital, detendo por isso um papel central no interior da classe trabalhadora, denominados por Marx de proletariado, mas também, os trabalhadores improdutivos, aqueles cuja forma de trabalho são utilizadas como serviços, seja para o uso público seja para o uso o capitalista, entram no processo de realização da mais-valia nos serviços, comércio, bancos e outras modalidades contemporâneas. Incorpora ainda o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, os temporários, terceirizados, precarizados em geral, e também os desempregados e todos aqueles que possuem apenas sua força de trabalho não utilizada pelo mercado formal, os expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho”.

processo de envelhecimento, associado à luta dos idosos e de suas organizações por direitos e seguridade social.

Em relação a essa condição crucial, o Estado burguês age contraditoriamente, como manda a sua própria natureza: ele é tão essencial ao capital como aos trabalhadores, assegurando, ao mesmo tempo, condições gerais de produção e de mercado, úteis à rentabilidade econômica privada, quanto direitos aos que são submetidos a estas condições, dependendo da correlação de forças em presença. Os direitos das pessoas idosas não são estáveis e estão sob constantes ameaças de regressividade.

No modo de produção capitalista, duas são as

[...] categorias de velhos uma extremamente vasta, e outra reduzida a uma pequena minoria que a oposição entre exploradores e explorados cria. Qualquer informação dissociada de análise crítica [...] que pretenda referir-se à velhice em geral deve ser rejeitada porque tende a mascarar este hiato (BEAUVOIR, 1990, p. 17).

Os velhos, neste estudo, são indivíduos “idosos” que, em um dado contexto sociocultural e em virtude das diferenças que exibem em aparência, força, funcionalidade, produtividade e desempenho de papéis sociais primários diferem, por comparação, de adultos não idosos (NERI, 2009). É com base nessa diferença que os novos atributos e papéis sociais, relacionados à idade, gênero e à classe social, são tomados como critérios para acesso a benefícios, papéis e posição social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) qualifica cronologicamente como idosa a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

Destacam-se ainda várias abordagens teóricas e conceituais que informam sobre diferentes concepções de velhice e da utilização na formulação e implementação de políticas sociais voltadas para pessoas idosas.

Entende-se ser importante o contato com essas abordagens teóricas⁸, pois, ao mesmo tempo em que elas contemplam especificidades do que é ser idoso, da velhice e do envelhecimento, elas poderão, subsidiar respostas políticas a demandas e necessidades das

⁸ Siqueira; Botelho; Coelho (2002) realizaram estudo aprofundado sobre a velhice, identificaram abordagens teóricas e conceituais em 19 obras publicadas por autores conceituados à partir da década de 1970, que segundo as autoras coincidem com o momento em que a filósofa francesa Simone de Beauvoir, denunciava a conspiração do silêncio sobre a velhice, face ao descaso como esta vinha sendo tratada. Para facilitar o entendimento conceitual, as obras foram agrupadas em quatro perspectivas de análise a saber: biológico /comportamentalista; economicista; sociocultural; e transdisciplinar.

pessoas idosas e também fornecer pistas sobre os estereótipos e ideologias que marcam as políticas públicas destinadas a esse segmento populacional.

Em estudos realizados por Siqueira; Botelho; e Coelho (2002) a concepção “biológica e comportamentalista” dedica-se ao estudo do envelhecimento fisiológico. Pesquisa as alterações fisiológicas do organismo, as mudanças no perfil populacional e a forma como as políticas públicas de saúde atendem as demandas apresentadas. Considera o envelhecimento populacional como um assunto de Estado. De acordo com Chaimowicz (1987), houve modificação do perfil de saúde da população; em vez de processos agudos que poderiam ser administrados por meio da cura ou do óbito, agravaram-se, de forma predominante, as doenças crônicas e degenerativas, gerando longos períodos de demandas de serviços de saúde, de apoio institucional e familiar. Esta corrente além de analisar o envelhecimento por uma perspectiva biológica interessa-se também pela transição epidemiológica.

A concepção “sociocultural” percebe a velhice como uma construção social que é entendida a partir das diversas e possíveis formas de representação do ser velho. A concepção “economicista” verifica o impacto do envelhecimento populacional sobre a economia, apresentando questões afetas a saúde, aos benefícios previdenciários e assistenciais. Segundo pesquisa realizada por Haddad (1999), e entrevistas realizadas com idosos aposentados, a estrutura dos regimes previdenciários, bem como a política de reajustes dos benefícios nessa área, evidenciam disputas entre classes sociais, assim como dificuldades de integração intergeracional. Nesta abordagem as investigações preocupam-se em situar o lugar dos velhos na estrutura produtiva, centrando as análises na ruptura com o mundo produtivo do mercado de trabalho, especificamente na aposentadoria, na qual o indivíduo deixa de ser trabalhador para se transformar em ex-trabalhador; deixa de ser de produtivo para tornar-se improdutivo; de ser ativo para quedar-se inativo. E, da generalização da aposentadoria, cria-se, conforme Salgado (1977), um princípio de identidade para a velhice, definindo esse tempo da vida pela inatividade (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

A concepção, denominada transdisciplinar, contém uma visão biogerontológica que integra fatores biológicos, econômicos e socioculturais, na perspectiva contida nas obras *A velhice*, de Simone de Beauvoir (1976), e *Memória e sociedade – lembranças de velhos*, de Ecléa Bosi (1983). Nestas obras a velhice é percebida como fenômeno natural e social, que se desenrola sobre o ser humano único, indivisível, e que, na sua totalidade existencial, defronta-se com limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2001).

Retratando o envelhecimento humano e a velhice Beauvoir (1990, p. 15-16) assim se expressa:

Ela [a velhice] é um fenômeno biológico [...], acarreta consequências biológicas [...]. [e], tem uma dimensão existencial [...] [que] modifica a relação do indivíduo com o tempo [...], com o mundo e com a própria história [...]. O que torna [esta] questão complexa é a estreita interdependência desses diferentes pontos [...]. Sabe-se, hoje em dia, que é abstrato considerar em separado os dados fisiológicos e os fatos psicológicos: eles se impõem mutuamente. Veremos que, na velhice, essa relação é particularmente evidente: ela é, por excelência, o domínio do psicossomático. Entretanto, o que chamamos de vida psíquica de um indivíduo só se pode compreender à luz de sua situação existencial; esta última tem, também, repercussões em seu organismo [...]. [Além disso,] se a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que este destino é vivido de maneira variável segundo o contexto social [...]. Enfim, é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la.

Portanto a visão biogerontológica desta abordagem parte do entendimento de que o envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais, relacionando-as com o trabalho, as relações de classe, a escolaridade, o acesso ou não à informação e aos serviços de saúde, aos benefícios previdenciários e assistenciais. Para ela, manter-se saudável é uma condição que independe da idade cronológica e passa a ser algo que tem a ver com a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana e com a capacidade e motivação física e psicológica para continuar perseguindo objetivos e novas conquistas pessoais, familiares e sociais.

Nesta abordagem percebe-se, ademais, que o grupo social “idoso”, mesmo quando definido apenas etariamente, é referente a um conjunto de pessoas com idade elevada, mas com características biológicas e psicológicas comuns. Isto, quando, por exemplo, os indivíduos começariam a apresentar sinais de senilidade e incapacidade física ou mental, o que, na realidade constitui um indicador pouco preciso porque a classificação de “idoso” coloca e relaciona os indivíduos em diversos contextos sociais e históricos.

Além do mais, os resultados do processo biológico de senilidade são diferentes entre culturas e não estão dissociados das condições sociais, de classe social, de fatores econômicos e culturais que determinam a trajetória do indivíduo ao longo do seu ciclo da vida.

Por conseguinte, a definição, o entendimento e a interpretação do conceito do que é ser idoso/a, tem papel fundamental no âmbito das economias e do mundo societário, pois carrega

em si um valor, do ponto de vista instrumental, com finalidades de caráter social. Essa classificação implica definição de objetivos relacionados tanto à condição de um indivíduo em um determinado ponto da sua vida orgânica, quanto em um ponto determinado do seu ciclo de vida social (trabalho, família, lazer, estudo, participação política). Não há como pensar esses ciclos separadamente (CAMARANO, 2014). A sociedade cria expectativas em relação aos papéis sociais daqueles com o *status* de idoso e exerce diversas formas de coerção para que esses papéis se cumpram, independentemente de características particulares dos indivíduos (LASLETT, 1996, p. 24).

O *status* de idoso pode ser atribuído a indivíduos com determinada idade, mesmo que não apresentem características de dependência ou senilidade associadas à velhice e, mais importante, que recusem a imposição desse *status*. Um exemplo claro dessa coerção é a aposentadoria compulsória presente nos regimes de aposentadorias de vários países do mundo, inclusive desenvolvidos.

A demarcação de grupos populacionais associada à mobilidade social, aos arranjos familiares e ao mercado de trabalho é considerada importante, pois, por meio dela, é possível identificar potenciais beneficiários e identificar demandas, necessidades, alocar recursos e assegurar direitos, consonantes com o Projeto de desenvolvimento/crescimento que se quer alcançar.

De acordo com Camarano (2014), a classificação de idoso tendo como critério a idade, deve considerar a heterogeneidade e a diversidade entre indivíduos. É crucial analisar características como sexo, subgrupos etários, estado conjugal, grau de deficiência, rendimentos, forma de inserção na família e no mercado de trabalho, condição previdenciária e nível educacional. Essa heterogeneidade é decorrente, de um lado, das diferenciações na dinâmica demográfica e, de outro, das variadas condições socioeconômicas às quais o idoso de hoje foi exposto na sua trajetória de vida, bem como das suas características básicas (de nascimento).

As teorias sobre envelhecimento populacional e a discussão em torno desse tema mantém a visão generalizada de que a população idosa é um grupo homogêneo com características, especificidades, experiências e necessidades comuns. E as políticas sociais dirigidas a esse segmento populacional passam a depender dessa visão e das recomendações e acordos estabelecidos no âmbito internacional. Isso sem falar dos mitos, preconceitos e estereótipos que permeiam órgãos públicos, famílias, trabalho e a sociedade em geral, contrapostos a um movimento que possibilite a mudança de paradigma na direção de outros entendimentos e procedimentos.

Segundo Lloyd-Sherlock (2002) e Camarano (2014), há duas visões polarizadas da experiência do envelhecimento. Na primeira é predominante uma percepção negativa a respeito da população idosa, que é vista como dependente e vulnerável, tanto do ponto de vista econômico quanto da saúde e autonomia, sem papéis sociais, que vivencia apenas perdas. Esta visão tem origem em políticas que no passado reforçavam os aspectos de fragilidade e dependência (WALKER, 1990) que, conforme Slater (1930), até fins do século XIX, não se diferenciavam das voltadas para os doentes e incapacitados para o trabalho.

Na segunda visão o envelhecimento se inscreve na busca de mudança de paradigma, associado à divisão do trabalho, à ascensão da mulher no mercado de trabalho e, organização das pessoas idosas em sindicatos, associações, confederações, luta por seus direitos. Essa segunda visão entende que, apesar do envelhecimento acarretar perdas e agravar doenças crônico-degenerativas, a velhice e ser velho/a pode ainda ter novo sentido na vida pessoal e societária. Dessa forma a velhice não precisa ser considerada doença e inatividade; pelo contrário, ela poderá ser ressignificada com a adesão de novos papéis na vida familiar e societária, mesmo que os idosos apresentem alguma incapacidade para as atividades da vida diária ou alguma doença crônico-degenerativa.

Corroborando com essa visão a II Assembleia Mundial de Envelhecimento, realizada em abril de 2002, pela Organização das Nações Unidas em Madrid, Espanha, a qual em sua Declaração Política e em seu Plano de Ação compromete-se em envidar esforços para inserir as pessoas idosas no processo de desenvolvimento econômico de seus países, sinaliza para a construção de uma sociedade para todas as idades, e trata o envelhecimento pela ótica de direitos humanos. Tal mudança de paradigma torna-se perceptível em seu artigo 5º, assim explicitado:

[...] reafirmamos o compromisso de não limitar esforços para promover a democracia, reforçar o estado de direito e favorecer a igualdade entre homens e mulheres, assim como promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais, inclusive o direito ao desenvolvimento. Comprometemo-nos a eliminar todas as formas de discriminação, entre outras, a discriminação por motivos de idade. Reconhecemos também que as pessoas, à medida que envelhecem, devem desfrutar de uma vida plena, com saúde, segurança e participação ativa na vida econômica, social, cultural e política de suas sociedades. Estamos decididos a aumentar o reconhecimento da dignidade dos idosos e a eliminar todas as formas de abandono, abuso e violência (ONU, 2002, p. 20).

Este compromisso é reforçado pelos demais contidos em seus artigos; entretanto, destaca-se os de nº 12 e 14 os quais fazem referência à necessidade de participação das

peessoas idosas no mercado de trabalho, receberem capacitação continuada para cooperarem com o desenvolvimento de seus países, e a buscarem a garantir um sistema de Seguridade Social ampliado, no qual a saúde seja caráter universal.

Esta Declaração Política e o Plano de Ação convocam os países a adotarem novas formas de conceberem o processo de envelhecimento, inclusive com Seguridade Social ampliada, mas condicionada a garantia das pessoas idosas a buscarem sua inserção no trabalho de acordo com as suas especificidades e contextos nacionais em um momento histórico em que preponderam o do trabalho precarizado e o acirramento da agenda neoliberal.

1.4 Envelhecimento ativo: paradoxos, perspectivas e limites

Diante de tentativas de definição de indicações para um processo de envelhecimento funcionalmente salutar é importante evidenciar a estratégia dos organismos internacionais – especificamente a Organização Mundial de Saúde (OMS) - referente ao Envelhecimento Ativo, veiculada nos finais dos anos 1990, quando a maioria dos países passaram a aderir a agenda capitalista neoliberal.

Como já indicado, o Envelhecimento ativo⁹ se caracteriza por definir estratégias que possibilitem o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que estas ficam mais velhas. E tem como meta aumentar a expectativa de uma vida saudável para todos, incluindo os frágeis, os requerentes de cuidados e os fisicamente incapacitados.

O termo “envelhecimento ativo” propõe uma estratégia de envelhecimento na qual está implícita uma abordagem ampla de seguridade social, embora com foco na saúde; e uma forte ação das políticas sociais (assistência social, trabalho, previdência) e de direitos humanos. Para tanto, reivindica a participação do governo, da sociedade, dos estudiosos e até voluntários, com vista a imprimir mudança de paradigma na velhice.

Este termo foi adotado pela Organização Mundial da Saúde em meio a um flagrante paradoxo: nessa época ocorria a demolição de direitos e a desestruturação dos Sistemas de Seguridade Social nos países desenvolvidos e também no frágil aparato institucional dos

⁹ A Organização Mundial de Saúde, por intermédio da Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida elaborou, em 2001, um documento intitulado “Envelhecimento: Um Trabalho para Discussão” e posteriormente um Documento intitulado “Envelhecimento Ativo: da evidência a Ação”, os quais foram encaminhados para a II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madri, em 2002.

países em desenvolvimento face à adoção do ideário neoliberal em quase todo o mundo. Isso talvez explique o fato de o Envelhecimento Ativo reconhecer a transição epidemiológica, mas não associada às doenças geradas no mundo do trabalho.

A perspectiva de envelhecimento ativo procura conceber uma estratégia mais abrangente do que a do “envelhecimento saudável” e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE; KICKBUSCH, 1997). O gráfico a seguir ilustra a relação entre Ciclo de Vida e Seguridade Social.

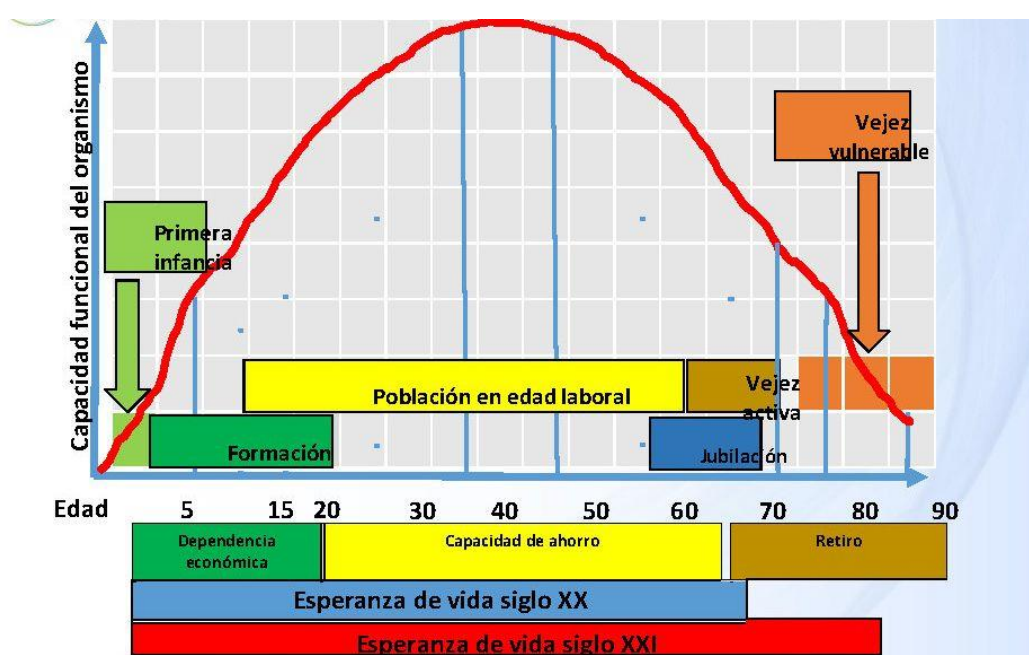


Figura 1 - Ciclo de Vida e Seguridade Social.

Fonte: Conferência Interamericana de Seguridade CISS (2018)

Conforme visualização da figura acima observam-se as especificidades da transição demográfica; ou seja, da redução da natalidade e ampliação do número de pessoas idosas, no século XX e XXI, bem como, a redução da capacidade funcional no curso da vida agravada por doenças crônicas-degenerativas. Estas, as quais, pontificam os defensores do Envelhecimento Ativo, poderão ser monitoradas, prevenidas e cuidadas mediante a adoção de hábitos de vida saudáveis e acesso a serviços de saúde e sociais, além de outras políticas sociais em diferentes contextos históricos.

O argumento em prol do Envelhecimento Ativo, ao longo do curso de vida com foco na saúde funcional, foi apresentado graficamente por Kalache e Kickbusch (1997) e pela

OMS (2002), com aprimoramentos de Kalache para melhor incorporar o papel da promoção e da reabilitação, a saber:

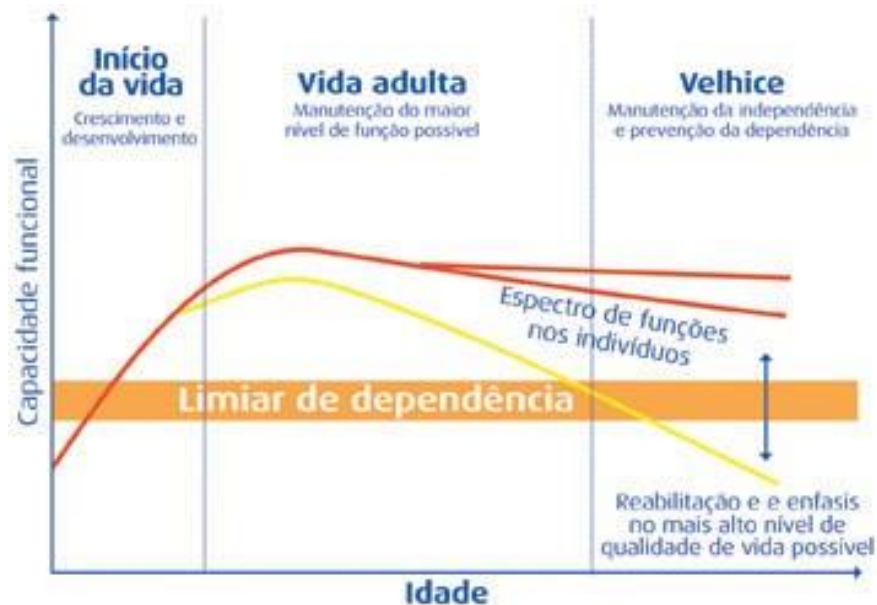


Figura 2 - Abordagem do curso de vida em relação ao Envelhecimento Ativo.

Fonte: Adaptado de Kalache e Kickbusch (1997) e OMS (2002).

Segundo a representação gráfica supra indicada, a capacidade funcional, como a força muscular, e a capacidade ventilatória e cardíaca do ser humano aumentam durante a infância e atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, alcançando o nível ótimo, mas entrando em declínio em seguida. A velocidade do declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados ao estilo de vida adulta como, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta alimentar, assim como por fatores externos e ambientais. O declínio pode ser tão acentuado que pode resultar em deficiência prematura. Contudo, a aceleração desse declínio pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade graças ao emprego de medidas de cunho individual e público.

Esta informação provoca indagações a respeito de como crianças, jovens e adultos de hoje, que estão excluídos do acesso a serviços básicos de saúde e das demais políticas públicas, conseguirão atingir o estágio de envelhecimento ativo, assim retratado, pois a grande maioria vive em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e em condições mínimas de sobrevivência.

Ademais, observa-se, nessa abordagem ideal, que o objetivo maior do Envelhecimento Ativo é a meta de preservar a capacidade funcional durante o curso da vida, que requer, além

de estilo de vida e hábitos saudáveis, o acesso a serviços de saúde e de assistência social, acrescido de outros acessos considerados condicionantes do Envelhecimento Ativo.

Em vista disso, reitera-se com um, porém, que o grande objetivo dessa estratégia – (de envelhecimento ativo¹⁰) - de envelhecer é aumentar, como já ressaltado, a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. E reitera-se para ressaltar o fato de que ao mesmo tempo em que o Envelhecimento Ativo busca uma mudança do paradigma do Envelhecimento, defronta-se com a barreira da aposentadoria e da velhice deixando claro que a transição demográfica, entendida como Revolução Demográfica ou Revolução da Longevidade, foi concebida a partir do entendimento de que essa revolução é o colapso da ordem social em favor de um novo sistema [...]. “A Revolução da longevidade nos força a abandonar as noções existentes de velhice e de aposentadoria. Essa construção social é simplesmente insustentável diante do incremento de 30 anos de vida”, diz (KALACHE, 2015, p.14).

É importante, no entanto, destacar que a estratégia de Envelhecimento Ativo se fundamenta na teoria do curso de vida, em uma velhice com autonomia e propõe uma seguridade social ampliada.

De acordo com Pessoa (2009) esta teoria, está embasada especialmente na Sociologia e na Psicologia – mais especificamente nos pressupostos teóricos da teoria do desenvolvimento – entendendo o envelhecimento como um processo que comporta várias dimensões (multidimensional) e direções (multidirecional), que vão do nascimento à morte, associadas às mudanças biológicas, psicológicas e sociais e das experiências históricas vivenciadas durante todo o ciclo de vida, tendo como parâmetro as coortes de envelhecimento. Tais mudanças implicam ganhos ou perdas; por isso, o desenvolvimento bem-sucedido depende do equilíbrio constante entre essas duas possibilidades. Este equilíbrio está relacionado ao modo como as pessoas se adaptam às mudanças - daí a importância de se contextualizar a trajetória das coortes, enfocando a natureza e a dinâmica das realidades experimentadas por elas para que se possa compreender melhor o processo de envelhecimento.

Para o equilíbrio da vida material, entende, a referida teoria, que as mudanças que se impõem no mundo contemporâneo, exigem dos cidadãos a adoção de papéis que se

¹⁰ O termo “envelhecimento ativo” decorre de uma política de saúde mundial adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e implementada por diversos países, entre eles o Brasil, com a finalidade de garantir o acesso à participação, saúde, informação e segurança ao longo da trajetória de vida, mas especialmente às pessoas mais velhas e, assim, melhorar a qualidade de vida da população.

diversificam nos vários contextos e eventos de trabalho, aprendizagem, aposentadoria, enquanto outros são postergados e ou realizados concomitantemente. Contudo, ao se perceber que as atividades e o processo de aprendizagem foram identificados somente na primeira fase da vida, corrigiu-se esta identificação, posto que muitas mudanças ocorreram no mundo globalizado, exigindo: aperfeiçoamento profissional, de trabalho e novas tecnologias durante todo o ciclo de vida, sendo necessária a aprendizagem fundamental para a adequação ao novo padrão societário e ao aumento da longevidade.

Nesta perspectiva é proposto que os programas de atendimento à pessoa idosa deixem de ter enfoque nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passem a privilegiar os direitos, a partir da instituição da igualdade de oportunidades e do tratamento em todos os aspectos da vida à medida que as pessoas envelhecem. Essa abordagem ainda evidencia a responsabilidade dos mais velhos pela sua participação nos processos políticos e em outras atividades da vida em comunidade, até mesmo a sua reinserção no mercado de trabalho formal e/ou informal, após o evento da aposentadoria, embora o termo ativo não se explicita como condição de estar no trabalho, como é utilizado normalmente para fins de direito à aposentadoria. Explicita-se como integrado em atividades sociais, econômicas e na sociedade.

A perspectiva de curso de vida adotada pelo Envelhecimento Ativo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida.

Para esta teoria alguns determinantes são imprescindíveis durante o curso da vida, tais como: determinantes econômicos (trabalho e renda); comportamentais (estilo de vida saudável); pessoais (cuidados pessoais, acesso à rede de serviços de saúde e aos serviços sociais); de educação e aprendizagem continuada; ambiente físicos, aliados às especificidades da vida material e a questão de gênero (considerando que a mulher enfrenta mais dificuldades de acesso à alimentação, ao trabalho, ao papel como de cuidadora); e culturais. E, para essa teoria, é verdade que (a forma como é concebido o envelhecimento induzem a formulação de políticas sociais focadas na doença, na saúde curativa, e não preventiva), prepondera e exige mudanças).

Em face desses determinantes, as políticas de envelhecimento ativo, sustentam a teoria, que os mesmos precisam cruzar-se com projetos mais amplos para reduzir a pobreza em todas as idades. Os pobres de todas as idades, afirma, apresentam um risco maior de doenças e deficiências e tornando os/as idosos/as estão particularmente vulneráveis. Muitas

peessoas idosas, prossegue a teoria, especialmente as mulheres, vivem sozinhas ou em áreas rurais sem renda certa ou suficiente. Estes fatores afetam seriamente o seu acesso a alimentos nutritivos, à moradia adequada e aos cuidados de saúde, donde conclui-se, com essa abordagem, que o acesso à renda, ao trabalho, à saúde e à educação, durante todos os ciclos do curso de vida, são fatores condicionantes essenciais para se atingir o envelhecimento ativo.

Mas, desta conclusão emerge a seguinte indagação: como construir o Envelhecimento Ativo em contexto de desestruturação da seguridade social, e da flexibilização da legislação trabalhista e da precarização do mercado de trabalho?

Esta indagação torna-se indispensável pertinente porque os pré-requisitos elencados pela teoria do Envelhecimento Ativo, para que se obtenha um envelhecimento saudável, constitui uma abordagem desafiadora para se envelhecer com dignidade. Entretanto, esses pré-requisitos não fazem parte da experiência vivenciada pela maioria da população idosa, em especial as de baixa renda, situadas em sociedades capitalistas de extração neoliberal, sejam elas centrais, sejam periféricas. E a indagação formulada.

Entretanto, apesar do peso realista dessa indagação, ela não tem sido levada em conta pelos formuladores (nacionais e internacionais) de políticas públicas para o envelhecimento. Face aos desafios e à onda adversa dessa proposta a teoria do Envelhecimento Ativo tem sido implementada pelos em vários países, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, - cujas diretrizes têm sido balizadas, desde o início, pela Organização Mundial de Saúde e, no Brasil, pelo Centro Internacional de Longevidade (ILC), com adesão dos Ministérios do Desenvolvimento Social, Ministério da Saúde e Ministério dos Direitos Humanos – têm buscado implementar a proposta do Envelhecimento ativo.

Na análise crítica da abordagem sobre o Envelhecimento Ativo, Vilione e Soares (2017, p. 182) argumentam que o envelhecimento e a velhice sempre tiveram dificuldades para constar nas agendas públicas. Eles só ganharam visibilidade a partir do momento em que o envelhecimento se constituiu um “problema social” para o capital, quando este percebeu a existência de uma força de trabalho “sem valor”, uma “mão de obra improdutiva”, “onerosa”, que precisa envelhecer melhor para, de alguma forma, “contribuir” com o trabalho reprodutivo ou não dispende “gastos” demais para o Estado; ou quando o capitalismo, pressionado pelos movimentos e organizações dos trabalhadores, pela organização dos/as idosos/as e organizações em defesa dos direitos desse segmento populacional, precisou realizar algumas concessões diante das reivindicações mais expressivas, para manter e controlar este “novo ator social”.

Enfatiza-se, ainda, a tendência em curso da “reprivatização” ou “gestão da velhice” que, de acordo com Debert (1999), atribui uma responsabilização individual pela velhice, em flagrante, numa clara transmutação dos problemas sociais para o âmbito da esfera individual e familiar, culpabilizando estas esferas pelas consequências do envelhecimento considerado “malsucedido”.

Assim, ao mesmo tempo em que a estratégia do Envelhecimento Ativo propõe a corresponsabilidade de todos os entes envolvidos no processo de envelhecimento; infere-se que propõe e é condicionante, uma Seguridade Social universal em todos os ciclos de vida, associada à renda, bem como renda e proveniente do trabalho, silenciando sobre os fatores estruturais e políticos prevaletentes, que contraditam a possibilidade de implementação bem sucedida dessa proposta. E mais, não aposta no poder de pressão dos movimentos sociais, o que, na realidade, apesar desse movimento ser corresponsável pela maioria da legislação de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa no Brasil, não constitui e nem é a experiência da maioria da população idosa de hoje e a tendência expressa que não será das próximas gerações.

Em vista disso, deduz-se que o Envelhecimento Ativo institui possíveis pseudovalorizações da velhice, condicionando o seu resultado ao acesso, como direito, à rede de serviços sociais, de saúde, de participação e de trabalho, sendo que, na atualidade, essa rede está sendo demolida: os direitos sociais estão sendo negligenciados em quase todos os quadrantes do mundo. Desta forma, caberá à classe trabalhadora (e às pessoas idosas), de acordo com a sua renda e acesso ou não ao trabalho, garantir o seu bem-estar social de forma individual ou familiar, e de forma residual com o Estado a gestão do seu processo de envelhecimento, buscando ampliar, como classe social, a rede de pressão contra o Estado, enquanto classe social para a garantia de seus direitos.

Por fim, cabe registrar ainda que a proposta do Envelhecimento Ativo vem avançando, na prática, por intermédio do de um Guia de Cidade Amiga das Pessoas Idosas, veiculado pela a OMS, após realização de criação de Protocolo de Pesquisa realizada em 33 cidades¹¹ – no mundo - com participação de governos, organizações não governamentais e grupos acadêmicos, inclusive no (RJ) Brasil. A OMS realizou grupos focais por temas prioritários, onde dos quais ocorreu a participação de pessoas idosas e cuidadores/as, dando origem a

¹¹:Aman, Jordânia; Cancún, México; DundalkI, Irlanda; Genebra, Suíça; Halifa, Canadá; Himely, Japão; Islamabady, Paquistão; Istanbul, Turquia; Kingston e Montego Bay, Jamaica; La Plata, Argentina; Londres, Inglaterra; Mayaguez, Porto Rico; Melbourne, Austrália; Melville, Austrália; Cidade do México, México; Moscou, Federação Russa; Nairobi, Quênia; Nova Delhi, Índia; Ponce, Porto Rico; Portage Lrairie, Canadá; Portland, Oregon Estados Unidos da América; Rio de Janeiro, Brasil; Região metropolitana do Ruhr, Alemanha; Saanich, Canadá; San José, Costa Rica; Shanghai, China; Sherbrooke, Canadá; Tóquio, Japão; Trípoli, Líbano; Tuymazy, Federação Russa; Udaipur, Índia; e Udine, Itália.

construção de um projeto, que originou - o modelo de uma cidade amiga do idoso, de onde surgiu o Guia intitulado – Guia Global Cidade Amiga dos Idosos como instrumento utilizado para capacitação de países, estados e municípios.

Este Guia¹² tem como fundamentação a ideia de que “o envelhecimento populacional e a urbanização são duas tendências mundiais que, em conjunto, apresentam as maiores forças que moldam o século XXI; pois, ao mesmo tempo em que as cidades crescem, aumenta cada vez mais o seu contingente de residentes com 60 anos ou mais de idade. Os/as idosos/as serão um recurso para as suas famílias, comunidades e economias, desde que em ambientes favoráveis e propícios. Daí a importância do Envelhecimento Ativo, afirma a OMS, “ como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos” (OMS, 2008).

¹² A primeira proposta de Cidade Amiga das Pessoas Idosas foi apresentada, em junho de 2005, na sessão de abertura do 18º Congresso Mundial de Gerontologia, no Rio de Janeiro, sendo bem aceita. O financiamento e o apoio dessa proposta foram prestados pela Agência de Saúde Pública do Canadá, para a implementação da pesquisa, realizada com a participação de representantes de 33 cidades e, posteriormente, para a publicação do Guia Mundial. O Ministério de Saúde da British Columbia, no Canadá, promoveu a reunião inicial das cidades colaboradoras, realizada em maio de 2006, em Vancouver, no Canadá; A Help the Aged possibilitou a participação das cidades e promoveu, em março de 2007, em Londres, Inglaterra, a segunda reunião das cidades colaboradoras; e a cidade de Ottawa, no Canadá, realizou o teste-piloto do Protocolo de Pesquisa. A implementação do projeto de pesquisa e financiamento da proposta contou com a cooperação dos governos municipais da maioria das cidades colaboradoras e contou, em todas as suas fases, com a orientação de um grupo de consultores, representantes de Ministérios, Agências de Saúde e Centros Acadêmicos. O Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso foi desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe, da sede da OMS, em Genebra, na Suíça, e o relatório foi produzido sob sua direção. Contribuições acadêmicas importantes na análise de dados e preparação do relatório foram dadas por Louise Plouffe; Karen Purdy, do Escritório de Defesa dos Interesse de Idosos e Voluntariado, Governo da Austrália Ocidental; Julie Netherland, Ana Krieger e Ruth Finkelstein, da Academia de Medicina de Nova York; Donelda Eve, Winnie Yu e Jennifer MacKay, do Ministério da Saúde da British Columbia; e Charles Petitot, da sede da OMS (OMS, 2008).

CAPÍTULO II – NORMATIVAS SUPRA E INTRACIONAIS E SEU PODER DE INFLUÊNCIA SOBRE A SEGURIDADE SOCIAL DA PESSOA IDOSA

2.1 Legislações e recomendações voltadas, principalmente, para a América Latina

As legislações e recomendações de âmbito internacional e nacional, referentes às pessoas idosas e ao processo de envelhecimento, trazem, de forma intrínseca, princípios, diretrizes e determinações de ordem econômica, social, cultural, de direitos humanos, com o objetivo de: instituir uma ordem societária e de codependência no planeta que regule as relações de produção e reprodução, ao tempo que buscam criar uma institucionalidade como fruto da luta dos movimentos sociais representativos desse segmento populacional.

Estas normativas (consideradas as especificidades dos países centrais e periféricos) constituem, ainda, o arcabouço legal do Sistema de Proteção Social, em um dado contexto histórico, o qual se flexibiliza para atender as demandas de acumulação e reprodução do capital e, quando possível, satisfazer necessidades da classe trabalhadora. É nesse sentido que Pereira-Pereira (2013, p.637) assim se expressa:

[...] falar de proteção social capitalista não é tarefa simples, a começar pelo fato de ela não ser apenas social, mas também política e econômica; isto é, a proteção social gerida pelo Estado burguês e regida por leis e pactos interclassistas, que procuram conciliar interesses antagônicos, sempre se defrontou com o seguinte impasse: atender necessidades sociais como questão de direito ou de justiça, contando com recursos econômicos escassos porque, de acordo com a lógica capitalista, a riqueza deve gerar mais riqueza e, portanto, ser investida em atividades economicamente rentáveis. Isso explica por que a proteção social, a despeito de, em princípio, se contrapor à lógica da rentabilidade econômica privada, nunca esteve, na prática, livre de enredamentos nas relações de poder, nas quais exerce regulações favoráveis ao domínio do capital sobre o trabalho. Da mesma forma, a despeito de aparentemente não ser um mecanismo econômico, seu papel na produção e distribuição de bens e serviços públicos, necessários à satisfação das necessidades humanas, sempre esteve, prioritariamente, a serviço da satisfação das necessidades do capital — em especial quando as forças que deveriam se opor a essa serventia encontram-se debilitadas.

Com base nesse entendimento, e em reforço à compreensão de que a Proteção Social não é apenas social, mas também econômica e política, torna-se crucial aprofundar o conhecimento e dar sentido histórico às legislações que vêm influenciando em todo o mundo o processo de envelhecimento. Isso porque, com a transição demográfica, com o aumento da população idosa e a partir do momento que ela começou a fazer parte da agenda pública,

passaram a surgir recomendações e legislações de âmbito internacional, quer do Banco Mundial (recomendações com viés econômico e de mercado), quer da ONU (recomendações de DH – como ativação para o trabalho); e quer ainda de organizações não governamentais (visando garantir segurança social com equidade).

De acordo com Marini (1990), os Organismos Internacionais são agentes de uma hegemonia mundial que busca aprimorar as relações de subordinação da periferia em relação ao centro, tendo em vista as transformações reprodutivas ampliadas do sistema capitalista. A forma dependente como a América Latina foi alçada ao mercado mundial - como produtora de mercadorias de baixo valor agregado - foi primordial ao funcionamento do sistema do capital e permitiu que as relações desiguais fossem estruturadas, mantendo um histórico de desigualdade social e de dependência da região Sul Americana.

Como consequência dessa relação, prevaleceu a fragilidade econômica e social das economias latino-americanas, tanto internamente (com o aumento dos níveis de exploração via condições precárias de trabalho) quanto externamente; pois, historicamente, as economias em desenvolvimento não conseguem alcançar os níveis de produtividade dos países capitalistas centrais. Essa reiterada desigualdade produzida pelas relações capitalistas de exploração alcança primordialmente a parcela da população mais pobre, alijando-a da participação da riqueza nacional e condicionando-a a sobreviver em condições precárias e/ou de barbárie social.

A continuidade dessa dependência sempre foi, ironicamente, alvo de preocupação fenomênica dos países do centro hegemônico do poder, para quem, à revelia de uma análise estrutural, os países em desenvolvimento poderiam reagir, criar alternativas ao modelo de exploração a que estavam submetidos. Nessa perspectiva, consideravam que era fundamental conduzir os países da periferia ao processo de crescimento econômico nos moldes dos interesses dos países centrais, para que o modelo de desenvolvimento permanecesse “desigual e combinado”, conforme Trotsky (1929). Nesse sentido, dentre outros organismos internacionais, o Banco Mundial (BM) tinha a tarefa de consolidar parcerias com tais países por meio de contratos de financiamento em áreas consideradas chave para a economia dessas nações. Com isso, o Banco Mundial tinha a prerrogativa de conduzir essas economias a um modelo de desenvolvimento tal qual requeria a hegemonia burguesa (RACHED, 2010; MAGIONI, 2014).

Com o propósito de manter o processo hegemônico de dominação vs dependência entre centro e periferia, o BM, aliado ao Fundo Monetário Internacional, teve papel preponderante no que se refere ao financiamento de projetos, empréstimos de recursos e

endividamento dos países periféricos; isso, além de implementar medidas macroestruturais que agravaram o quadro de pobreza e desigualdade na maioria dos países da latino-americanos, ao tempo em que fortaleceu os ideários neoliberais em meio a crises do capital. A respeito dessas crises Pereira-Pereira (2010, p.04) assim expõe:

[...] a partir 1973, quando o primeiro choque do petróleo ensejou uma crescente elevação do preço desse produto, decretada pelos países integrantes da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), passou-se a dizer que o modelo econômico keynesiano entrara em crise, com base nos seguintes evidências: desaceleração do crescimento econômico, desemprego, estagflação (combinação da inflação com recessão), diminuição dos investimentos e problemas na balança de pagamentos e na acumulação de capital.

Para a referida autora a crise capitalista do final dos anos 1970 tem várias explicações; mas, a que prevaleceu foi a veiculada pela corrente neoliberal, que sempre combateu o pensamento keynesiano. Esta explicação alcançou o seu ponto máximo nos anos 1980, quando o neoliberalismo se viu fortalecido com a consagração de suas teses pelas organizações multilaterais (Banco Mundial-BIRD e Fundo Monetário Internacional-FMI) e com o enfraquecimento do campo comunista. A partir de então, foi disseminada a ideia de que o pacto keynesiano estava em crise, devido, principalmente, aos gastos excessivos do Estado com proteção social; aos elevados impostos cobrados da classe média e dos ricos pelo poder público; e aos altos salários dos trabalhadores, concomitantemente com a transformação do neoliberalismo em ideologia dominante.

Disso se seguiu um novo modelo econômico, o monetarista, que substituiu o keynesianismo e realizou uma verdadeira revolução na economia e nas relações entre capital-trabalho (PEREIRA-PEREIRA, 2010, p. 5), em consonância com as recomendações dos organismos internacionais multilaterais, dentre os quais o Banco Mundial.

2.1.1 Sobre o Banco Mundial e sua influência

O Banco Mundial foi criado na década de 1940, na Conferência de Bretton Woods, nos Estados Unidos, com o intuito de contribuir com a reconstrução dos países, no pós Segunda Guerra Mundial, e promover o crescimento econômico dos países em desenvolvimento por meio de investimentos financeiros em projetos setoriais. Logo nas primeiras décadas de sua atuação, esta instituição consolidou-se como uma frente de disseminação e consolidação do poder econômico dos EUA em âmbito global. Sua criação

fez parte do estabelecimento de uma nova ordem mundial, construída no segundo pós-guerra, na qual o centro hegemônico de poder deslocou-se da Inglaterra para a nação estadunidense (COELHO, 2012). Entretanto, o Banco Mundial mudou suas estratégias de orientação de acordo com o processo de produção capitalista - para poder manter sua credibilidade - e também o projeto hegemônico centro - periferia.

Em 1980, ele centrou-se no crescimento dos países em desenvolvimento, liberando empréstimos voltados para a agricultura e a indústria, o que gerou e/ou ampliou uma grande dívida externa, em especial para os países da América Latina, desde as décadas de 1960 e 1970. Em 1990 sua atenção voltou-se para reformas macroestruturais, (particularmente na Seguridade Social, visando a sua privatização), as quais pretendiam criar estabilidade necessária ao pagamento da dívida pública, além de, no futuro, após a economia estruturada, redistribuir frutos de um possível crescimento.

Na década de 2000, ainda fortemente guiado pelas crenças neoliberais¹³, adotou nova estratégia, propondo um novo pilar na área de seguridade social: flexibilizou os sistemas de repartição previdenciária; tornou o sistema de capitalização obrigatório, ademais de recomendar medidas para impulsionar o crescimento, o desenvolvimento e reduzir as distorções do mercado de trabalho e de capitais; e adotou novos indicadores para redimensionar os índices de pobreza (saúde, educação, segurança e capital humano), além da renda (MAGIONE, 2014).

Em adição, voltou-se para o campo dos direitos já que o debate internacional sobre o envelhecimento era tratado de forma marginal pela Organização das Nações Unidas (ONU). Efetivamente, este assunto era colocado, pelas agências da ONU, num plano secundário. Contudo, face à visibilidade do processo mundial de envelhecimento e da vulnerabilidade deste segmento, o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) adotou a resolução 32/132, na qual propunha aos países membros convocar uma Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Tal convocação foi realizada na 33ª Sessão da Assembleia Geral da ONU, por meio da Resolução 33/52, de 14 de dezembro de 1978 (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2002).

¹³ A materialização dessas crenças implicou a adoção de políticas governamentais que se fundamentaram na hipótese de que a economia só poderia funcionar em regime de competição perfeita se ficasse livre das políticas de redistribuição de renda (consideradas confiscos); das organizações sindicais, que funcionavam como um contrapoder ao poder empresarial; dos gastos sociais, que oneravam os cofres públicos; dos elevados impostos sobre as classes mais abastadas e do controle do Estado sobre o mercado. Ou seja, o mercado deveria voltar a ser o centro da vida econômica e social (PEREIRA-PEREIRA, 2010, p. 6).

2.1.2 A I Assembleia Mundial do Envelhecimento

Em 1982 foi realizada a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento pela Organização das Nações Unidas, em Viena. Neste evento foi aprovado o I Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, considerado a primeira base internacional da política para a pessoa idosa, que contém 66 recomendações, muitas das quais tendo influência direta no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Não à toa os debates levados a efeito nessa Assembleia foram realizados de acordo com os seguintes temas: educação, saúde e nutrição, trabalho, bem-estar social, moradia e meio ambiente, seguridade social e proteção ao consumidor de idade avançada.

Os objetivos do I Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, resultante da referida Assembleia, foram: a) fomentar a compreensão nacional e internacional das consequências econômicas, sociais e culturais do envelhecimento populacional no processo de desenvolvimento; b) promover a compreensão nacional e internacional das questões humanitárias e de desenvolvimento relacionadas ao envelhecimento; c) propor e estimular políticas e programas destinados a garantir a segurança social e econômica das pessoas idosas, bem como dar-lhes oportunidades de contribuir com o desenvolvimento e compartilhar seus benefícios; d) apresentar alternativas e opções de política compatíveis com os valores e metas nacionais, bem como com os princípios reconhecidos internacionalmente a respeito do envelhecimento populacional e as necessidades das próprias pessoas idosas; e, e) estimular o desenvolvimento de propostas de ensino, capacitação e investigação adequados para lidar como envelhecimento da população mundial e fomentar o intercâmbio internacional de atitudes e conhecimentos nesta esfera.

Concordando-se com Pessoa (2009), não há dúvida de que o principal logro da Assembleia de Viena e do Plano de Ação foi a inserção do envelhecimento na agenda internacional. Isso despertou interesses e angariou o compromisso dos Estados nacionais para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a população idosa.

Nesta perspectiva, Camarano e Pasinato (2004, p.255), além de Pessoa (2008, p.133), consideram que, até então, as discussões enfocavam mais a questão econômica¹⁴ do que a

¹⁴ O Ministério das Relações Exteriores (2002, p. 6-7) afirma que a maioria dos temas sociais, naquela época, “era tratada na ONU em Comissões de natureza econômica (de maneira subordinada) ou política (‘no sentido estrito do termo, concernentes às formas de exercício do poder estatal, sem claras implicações sociais’). [...] Àquela altura, [faltava ainda] alçar os temas sociais ao mesmo status dos temas políticos e econômicos. Os direitos humanos tampouco recebiam tratamento adequado [...]. A subordinação dos direitos humanos e dos temas sociais à perspectiva economicista seria aclamada pelos regimes de exceção, que empregavam a equivocada fórmula de que primeiro seria necessário fazer crescer o bolo, para depois poder dividi-lo num

social; e, nesse sentido, parte das recomendações orientavam-se para a promoção da independência, autonomia e, principalmente, a autonomia financeira da pessoa idosa estimulando o estabelecimento de políticas fortemente fundamentadas no mundo do trabalho. Para as autoras, a concepção de pessoa idosa traçada no Plano era a de

[...] indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado de uma visão de medicalização do processo de envelhecimento (PESSOA, 2008, p. 133).

Apreende-se dessas considerações que as relações econômicas de dependência estabelecidas entre países centrais e os periféricos, bem como as relações de classe - que constantemente permeiam o Estado e a Sociedade, nas suas estruturas de poder e de produção, quando se reportam ao processo de envelhecimento e a sua configuração no modo de produção capitalista - sempre deixaram subsumido o seguinte questionamento: qual o valor da velhice e do velho nas relações de mercado e no âmbito societário? E quanto custa para assegurar os direitos sociais das pessoas idosas?

Tais questões colocam as ideologias presentes nesse debate em posição de polarização: entre os que consideram o envelhecimento da população uma “ameaça ao futuro das economias e da democracia” e os que consideram este fato um aspecto que “contribui para o desenvolvimento social e econômico” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 256-257; PESSOA, 2009, p.133).

Como forma de enfrentar ou de dar visibilidade a estas questões a ONU, em 14 de dezembro de 1990, por meio da Resolução 45/106, definiu a data de 1º de outubro como o Dia Internacional das Pessoas Idosas; e, em 1991, editou, por meio da Resolução nº 46, os Princípios das Nações Unidas em prol dos direitos das Pessoas Idosas. Estes princípios estão divididos em cinco seções, relacionadas a seguir:

- Independência – Incluindo o acesso das pessoas idosas à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário e aos cuidados de saúde adequados; direitos básicos a que se acrescentam a oportunidade de trabalho remunerado e o acesso à educação e à formação.

segundo tempo que não chegava nunca. Num quadro de tensões, todos os direitos e as liberdades seriam relegados a um segundo plano de pouca visibilidade. Os direitos dos idosos não seriam exceção”.

- Participação – Indicando que as pessoas idosas deveriam participar ativamente na formulação e aplicação das políticas que afetem diretamente o seu bem-estar para partilhar seus conhecimentos e capacidades com as gerações mais novas e integrar movimentos ou associações.
- Cuidados – Assinalando que as pessoas idosas deveriam se beneficiar dos cuidados da família e, quando residam em lares ou instituições, ter acesso aos serviços de saúde, gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais.
- Autorrealização – Recomendando que as pessoas idosas deveriam aproveitar as oportunidades de desenvolver plenamente o seu potencial, mediante o acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.
- Dignidade – Preconizando que as pessoas idosas deveriam viver com dignidade e segurança e resguardadas da exploração e maus tratos físicos ou mentais; ou seja, o trato digno dessas pessoas independeria da idade, do sexo, da raça ou origem étnica, da deficiência, da situação econômica ou qualquer outra condição.

Esses e outros princípios orientadores induziram a legislação formal de atenção as pessoas idosas, na direção da segurança e da estruturação dos embrionários sistemas de seguridade social, em especial na América Latina. Entretanto, esses sistemas nunca atingiram a universalização e, desde a sua concepção, sob o domínio do neoliberalismo, os direitos sociais sofreram ataques incisivos, principalmente no tocante a sua cobertura e financiamento.

Em 17 de novembro de 1988, os Estados integrantes da Organização dos Estados Americanos, por ocasião do décimo período de Sessões da Assembleia Geral, assinaram o Protocolo de San Salvador, que, até então era o único documento de caráter juridicamente vinculante para a América Latina e Caribe e incluía normas sobre os direitos básicos das pessoas idosas. Além disso, obrigava os Estados a garantirem, progressivamente, proteção especial à velhice para que os/as idosos/as desfrutassem de alimentação e de atenção médica especializada, de execução de programas trabalhistas específicos, que possibilitassem a realização de atividades produtivas e promoção da formação de organizações sociais destinadas a melhorar a sua qualidade de vida (MENDONÇA, 2016).

Visando ampliar a visibilidade do processo de envelhecimento na agenda mundial, em 1998 a ONU proclamou 1999 como o Ano Internacional da Pessoa Idosa, com o dístico de “uma sociedade para todas as idades”. Segundo pronunciamento do então secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, proferido em 01 de outubro de 1998, esta proclamação objetivava lançar luz sobre o envelhecimento demográfico da humanidade, a fim de criar

compromissos de empreendimentos sociais, econômicos, culturais e espirituais, com vista paz e ao desenvolvimento no próximo século.

Camarano e Pasinato (2004) avaliam que esses eventos contribuíram para incluir o tema do envelhecimento na agenda de discussões dos diferentes fóruns internacionais - como, por exemplo, nas Conferências sobre população, gênero, meio ambiente - e nas subagências da ONU. Em vista disso, ampliou-se o debate acerca do modo como a velhice deveria ser percebida pela sociedade e pelo Estado, propiciando uma gradual mudança de visão a respeito da população idosa: esta deixou de ser um subgrupo vulnerável e ameaçador, para se tornar um segmento ativo, participante e com potencial para agir em busca do desenvolvimento da sociedade como um todo. Segundo Martinez (2006) e Pessoa (2008), essa mudança auxiliou a definição das principais orientações e marcos conceituais para a elaboração de políticas destinadas a garantir os direitos das pessoas idosas, embora ainda estivesse balizada na realidade dos países centrais.

Observe-se, contudo, que, não obstante essa quebra formal de paradigma, coexistem com ela visões que privilegiam o mercado e aderem aos princípios de extração neoliberal difundidos, a partir de 1994, pelo Banco Mundial.

2.1.3 O Informe Envejecimiento Sin-Crisis e as reformas da Seguridade Social

No rastro da crise do capital, associada à dependência dos países periféricos aos centrais, e vice-versa, o fator que, na década de 1990, embasou e deu ‘sustentabilidade’ às reformas macroestruturais da Seguridade Social, foram as recomendações do Banco Mundial, em 1994, que, baseadas em estudo prévio, alardeavam os perigos que a transição demográfica e a questão da dependência intergeracional representavam para o crescimento dos países. Esse estudo, com suas recomendações compuseram o Informe denominado *Envejecimiento Sin Crisis: Políticas para La Protección Social de los ancianos y La Promoción del Crecimiento*¹⁵, no qual induzia todos os países a realizar, em caráter de urgência, um Planejamento que revisse a Seguridade Social, especialmente a previdência, e passassem, a

¹⁵ Neste documento o Banco Mundial se propôs a responder três questões: “¿Cómo aprovechar los arraigados mecanismos económicos, familiares y públicos –insuficientes y deficientes– para dar protección a la vejez y a la vez utilizar y recurrir a nuevas tendencias? ¿Es posible para los dirigentes políticos de los países adheridos a costumbres, prácticas y leyes entender integralmente la reformulación de lo conocido para mejorar la situación del adulto mayor, en particular, y del desarrollo en general? ¿Qué papel deben desempeñar el sector público y el sector privado en el financiamiento a los ancianos para otorgarles seguridad económica?” (FAJARDO, 1996, p.547-548).

partir de 1994, a aderir a Estrutura dos Três Pilares para esta política, mais adiante explicitados.

Disso se infere que, subliminarmente, havia por parte do Banco Mundial o propósito de transformar a Seguridade Social (pública, universal, associada ao pleno emprego e garantidora de direitos) em seguro social, no qual o Estado teria um teto mínimo de contribuição, enquanto o mercado supriria o restante ao contribuinte via fundos de pensão e /ou previdência complementar. Além disso, acenava-se com a opção pessoal, via poupança, para impulsionar o desenvolvimento – visto que, no momento de suas aposentadorias esses contribuintes poderiam auferir uma renda maior para garantir uma velhice com mais dignidade.

Porém, antes de se oferecer maiores detalhes sobre os três pilares da previdência, vale destacar a preocupação, embora tardia, com os estereótipos do Banco Mundial em relação ao processo de envelhecimento; estereótipos estes que reforçam a percepção do envelhecimento como risco e inviabilizador do crescimento dos países, sob o argumento da transição demográfica, da diminuição do tamanho das famílias como apoio informal aos/às velho/as; da obstrução do crescimento dos países face o custo do envelhecimento nas áreas de saúde e pensões; e da flexibilidade do mercado de trabalho e a da informalidade, já que o trabalho formal acarreta muitos impostos ao trabalhadores e empregadores; e ainda do conflito intergeracional, por onerar os jovens com sustento de pensões altas para os mais velhos. Outros argumentos destacam a entrada da mulher no mercado laboral, de modo a sobrecarregá-la com dupla jornada de trabalho, incluindo os cuidados com os idosos, e a fragilização dos sistemas de Seguridade Social pela alta incidência de impostos no trabalho formal.

Em seu diagnóstico inicial, o Banco Mundial assim se posiciona:

[...] la inseguridad económica en la vejez es un problema mundial, pero sus manifestadores difieren de una región del mundo a otra. En África y partes de Asia los ancianos constituyen una porción pequeña de la población, y desde hace mucho tiempo están atendidos por familias extensas, sociedades de ayuda mutua y otros mecanismos informales. Los sistemas formales en que intervienen e o mercado o el gobierno son rudimentarios. Pero a medida que la familia extensa y los vínculos comunales se debilitan debido a la urbanización, la movilidad, las guerras y la hambruna, los sistemas informales se resienten. La presión sobre esos sistemas se hace sentir sobre todo cuando la proporción de población anciana aumenta rápidamente consecuencia de los avances de la medicina y la disminución de la fecundidad. A fin de adaptarse a estas necesidades que cambian rápidamente, varios países asiáticos y africanos están considerando la posibilidad de efectuar cambios fundamentales en la forma en que proveen

seguridad económica en la vejez. El problema es avanzar hacia los sistemas formales de mantenimiento del ingreso sin acelerar la desintegración de los sistemas informales y sin traspasar al gobierno una responsabilidad mayor que la que esté en condiciones de asumir (BM, 1994, p. 03).

Dessa forma, o Banco Mundial aprofunda o seu diagnóstico referente aos países da América Latina e demais países capitalistas dependentes, manifestando sua preocupação com a Seguridade Social, ao tempo em que recomenda a necessidade de reavaliar esse Sistema face à seguinte equação: seguridade econômica aos velhos \times gasto \times consumo \times crescimento \times mercado de trabalho informal e o custo do trabalho formal. Segundo o Banco,

[...] la necesidad de reevaluar las políticas es más urgente en los países de América Latina, Europa Oriental y La antigua Unión Soviética, que ya no pueden permitirse los programas formales de seguridad económica en la vejez que establecieron hace mucho tiempo. Las disposiciones poco estrictas relativas a la jubilación anticipada, unidas a las pensiones generosas, han exigido tasas de aporte altas que han conducido a evasión generalizada. Por ejemplo, el gran sector informal que se advierte en muchos países latinoamericanos es consecuencia en parte de los esfuerzos de los trabajadores y empleadores por escapar del impuesto salarial. Las consiguientes distorsiones del mercado laboral - en esta y otras regiones - reducen la productividad y elevan más la tasa de los aportes, además de fomentar la evasión en mayor grado, incluso cuando el ahorro a largo plazo y la acumulación de capital limitados frenan todavía más el crecimiento económico. Por lo tanto, no es sorprendente que estos países no hayan podido pagar los beneficios prometidos. Las mayores de ellos los han reducido mediante el procedimiento de dejar que La inflación menoscabe su valor real (BM, 1994, p. 04).

É a partir desses cenários desafiadores e contraditórios que – sintetizando - o Banco Mundial afirma que a proteção social atual é insuficiente para as pessoas idosas, porque, na maioria das vezes, os reajustes não são indexados de acordo com a inflação, tornando o processo de redistribuição nocivo. Por exemplo, segundo esta instituição, as famílias pobres e mais jovens têm salários menores para bancar aposentadorias altas de alguns idosos que desfrutam de uma vida econômica tranquila. Além disso, afirma que, à medida que os Sistemas de Seguridade Social amadurecem ou ficam mais velhos, eles obstaculizam o crescimento por intermédio de impostos altos cobrados dos salários, induzindo os trabalhadores a optarem pelo setor informal de trabalho, além dos altos gastos com saúde. Isso gera déficit fiscal que estimula a inflação, obrigando os governos a reduzirem os gastos públicos e partirem para o financiamento em educação e programas de saúde para os jovens. Consequentemente, para garantir Seguridade na velhice e promover o crescimento econômico dos países, o Banco Mundial sugere a adoção dos três pilares: i) um sistema de administração

pública, de participação obrigatória, com o objetivo de reduzir a pobreza entre os idosos; ii) um sistema de participação obrigatória de administração privada e iii) uma poupança voluntária.

El primero cubre la redistribución, el segundo y el tercero cubren el ahorro y los tres, conjuntamente, aseguran contra los numerosos riesgos de la vejez. Al separar la función redistributiva de la función de ahorro es posible mantener el pilar público -así como el impuesto sobre la nómina que se necesita para financiarlo - relativamente pequeño y evitar en consecuencia muchos de los problemas de los pilares públicos dominantes que obstaculizan el crecimiento. La distribución de la función de seguro entre los tres pilares ofrece mayor seguridad económica a los ancianos que un sistema de un solo pilar (BM, 1994 – Prefacio, p. XII).

Ancorado nessas ideias o Banco Mundial recomenda aos países instituírem as transformações/reformas na Seguridade Social, considerando a prevalência do seguro e a combinação dos três) mencionados pilares por meio de instrumentos de contribuição financeira. Neste sentido:

- O *Pilar público* é considerado importante e obrigatório. Deve ser administrado pelo Estado, e financiado por impostos gerais considerados os ingressos efetivos, dentre os quais ressaltam as pensões e benefícios com os quais se busca reduzir os problemas econômicos entre as pessoas idosas, com caráter redistributivo, além de benefícios definidos, porém mais baixos;
- O *Pilar de Seguro Privado* é também obrigatório. Pode ser referenciado em contas pessoais – instituindo o regime de capitalização - e planos ocupacionais. Contemporaneamente este Pilar já dispõe de adesão de diversos países; e
- O Pilar de poupança pessoal constitui uma contribuição definida. Geralmente é de caráter distributivo. No presente é, de forma geral, ainda voluntário, mas de certa forma persiste a tendência de obrigatoriedade.

De acordo com o Banco Mundial, os países que aderirem a estes Pilares devem estar cientes de que deverão cumprir os seguintes princípios: a) estabelecer rede de seguridade econômica para as pessoas idosas que já não podem se manter; b) criar incentivos e favorecer medidas que promovam o trabalho e a poupança em relação ao desenvolvimento; c) estruturar planejamento estratégico que garanta serviços na velhice - como os de saúde, trabalho e assistência social, familiar e de cuidados a idosos dependentes - dentro de um determinado prazo (cinco a seis décadas, desde 1994); d) evitar manipulação dos serviços, programas e benefícios, para fins de vantagens pessoais, pelas autoridades ou por indivíduos.

Destaque-se ainda, que o Informe aborda, de forma sistêmica, a necessidade de os países se cuidarem para não agravarem ou gerarem maior instabilidade fiscal relativa à Seguridade Social e faz uma série de recomendações em relação aos gastos, a saber: a) não conceder, mediante instrumentos públicos, benefícios de montante elevado (como no caso de pensões e aposentadorias), que não poderão ser mantidos ao longo do tempo; ao invés disso, deve-se implantar modestos benefícios, de forma uniforme, voltados para necessidades prioritárias; b) conceder aposentadorias somente a idades avançadas e estabelecer medidas atuariais (prever riscos, estatísticas, demografia, trabalho, expectativas de vida e sobrevida) justas para quem se aposentar mais cedo; c) definir normas equitativas nos seguros privados e planos ocupacionais, para evitar desvios e compatibilizá-los com os outros pilares ocupacionais; além disso, tais seguros e planos devem só devem ser iniciados mediante vantagens tributárias, porém sem normas relativas ao financiamento; e d) criar, no âmbito de gestão pública, articulação com organismos financeiros legais e regulatórios estáveis, como no caso dos seguros privados, visto que estes já são obrigatórios, e definir condições e estruturas normativas e legais necessárias e fundamentais para evitar o fracasso e/ou descumprimento de suas funções. Ou seja, para o Banco Mundial:

[...] todos, viejos y jóvenes, dependen del producto actual de la economía para satisfacer sus necesidades en materia de consumo, de modo que todos resultan favorecidos cuando la economía crece y perjudicados cuando no crece. En sus años más productivos la mayoría de las personas adquieren el derecho a parte de ese producto mediante su trabajo y los salarios que perciben. En la vejez, cuando sus ingresos son bajos, las personas adquieren el derecho a parte del producto mediante acciones individuales, como el ahorro de años anteriores, mediante acciones colectivas informales, como las transferencias dentro de las familias, mediante acciones colectivas formales, como los programas públicos de seguridad social.

La opción que se escoge para proveer seguridad económica a los ancianos influye en la prosperidad de estos, pues determina la proporción del producto nacional que pueden obtener. De manera más fundamental, afecta a la prosperidad de todas las personas, jóvenes y viejas, pues influye en la magnitud del producto. Por lo tanto, en este estudio se aplican dos criterios a las alternativas que existen en materia de políticas: que conviene desde el punto de vista de la población anciana y que conviene desde el punto de vista del conjunto de la economía. Se analizan los éxitos y los fracasos de distintas políticas. Se evalúan las opciones de los países que están introduciendo sistemas formales de seguridad económica en la vejez. Y se proponen diversos medios para reformar los programas existentes. El propósito es ayudar a seleccionar y formular políticas que faciliten el crecimiento y permitan que este beneficie equitativamente a los ancianos (BM, 1994, p.3).

Em suma, o Banco Mundial recomenda que todos os países (respeitando-se suas especificidades particulares) devem elaborar seus Planos Estratégicos, econômicos, buscando garantir instrumentos sustentáveis, vigorosos e estáveis que cooperem com as pessoas idosas e a economia em geral, objetivando a garantia do desenvolvimento e o equilíbrio de suas funções de redistribuição, seguro privado e poupança pessoal no âmbito da Seguridade Social/Proteção Social.

Estas recomendações vêm sendo adotadas por muitos países, inclusive os da América Latina, trazendo para o centro do capitalismo (de extração neoliberal) a questão da relação entre o custo da proteção social e o custo do trabalho formal, que suscita, para os efeitos desta dissertação, a seguinte indagação: se a Proteção Social neoliberal deve produzir bem-estar, a quem de fato ela beneficia?

A resposta a essa indagação ancora-se nas reflexões de Pereira-Pereira (2013.p.639) para afirmar que a relação entre proteção social e trabalho encerra um dilema secular nas sociedades divididas em classes, pois sendo o trabalho a força motriz da acumulação e concentração de riqueza, ele comporta, particularmente na sociedade capitalista, lutas por direitos sociais e avaliação sobre a pertinência desses direitos com esse tipo de trabalho (precarizado e explorado). Disso se infere que o BM, com suas recomendações, baseadas na metodologia de três pilares, coloca, de forma contraditória, como condição à Seguridade Social a flexibilização do trabalho (quando aborda o seu custo) ao tempo em que transforma o direito ao trabalho precarizado como um instrumento para se auferir a Seguridade Social na velhice, reduzindo esta à categoria de seguro social. Dessa forma, mercantiliza a previdência social induzindo a classe trabalhadora a comprar um benefício, que era direito seu, via previdência complementar ou fundos de pensão, cuja poupança produzida não vai, efetivamente, impulsionar o desenvolvimento e reduzir desigualdades sociais no futuro.

Consequentemente, as sociedades capitalistas, cuja principal característica é submeter todas as suas atividades ao reino da mercadoria e sobrepor as necessidades de lucro do capital às mais elementares necessidades humanas, condicionam velhice a um contexto de expropriação de seu direito a um fim de vida seguro e condigno.

Corroborando esse entendimento o fato atual de que, muitos países, em especial da América Latina, virem aderindo às recomendações do BM e realizando mudanças nos sistemas de Previdência Social, tais como: criação de poupança obrigatória, por meio de contribuições definidas e do regime de capitalização; poupanças voluntárias e redução da extrema pobreza, por meio das pensões públicas; e o enxugamento dos sistemas públicos de Previdência Social para dar espaço à expansão dos fundos de pensão.

Contudo, concomitantemente com essas recomendações vêm sendo implementado o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – CDESC, que, em 1999, recomendava aos Estados partícipes do Pacto do CDESC prestarem especial atenção ao fomento e à proteção às pessoas idosas no que diz respeito: à igualdade de direitos entre homens e mulheres, ao direito ao trabalho, à previdência social, à proteção da família, a um nível de vida adequado, à saúde física e mental, à educação e à cultura (MENDONÇA, 2016). Para avançar no conhecimento das Legislações e recomendações que envolvem o processo de envelhecimento, faz-se necessário, abordar os marcos regulatórios que indicam o envelhecimento na ordem dos direitos humanos, muitos deles fruto das mediações e lutas dos movimentos sociais. Entretanto, todos sinalizam para o envelhecimento ativo e a ativação para trabalho, quer formal, para complementar a renda na velhice, quer informal, familiar e societário, para ampliar os cuidados e a atenção com as famílias, netos, cuidadores de outros idosos e ainda realizar ações como voluntários e/ou participar de atividades políticas e sociais em suas comunidades.

Como os direitos “do idoso” ou a “proteção à velhice” estão situados, principalmente, no terreno dos direitos sociais, os Planos de Ação Internacionais para o Envelhecimento, objetivam sensibilizar e buscar a adesão das autoridades mundiais para a adoção de medidas tanto no campo jurídico quanto na esfera das políticas sociais e econômicas, que devem integrar a Seguridade Social – com financiamento adequado – sem desconsiderar os demais ciclos de vida.

2.1.4 A II Assembleia Mundial do Envelhecimento e o Envelhecimento Ativo

Em 2002, no período de 08 a 2 de abril, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madrid. Nesta Assembleia as organizações não governamentais participaram como observadores, isto é, não tiveram direito a voz¹⁶. Entretanto, realizaram o

¹⁶ Segundo depoimento realizado na Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara Federal dos Deputados do Brasil, proferido por um representante que integrou a Comitativa brasileira: no dia 7 de abril, às vésperas da II Assembleia da ONU, sobre Envelhecimento, a Federação Europeia de Aposentados e Idosos, junto com outras entidades organizou uma passeata em Madrid. Durante esse ato foi distribuído material que fazia a seguinte recomendação: “agradecemos que falem de nós, porém exigimos o poder de falar e pedimos que nos escutem”. Apresentava também várias reivindicações, tais como: a globalização dos direitos humanos e a luta contra a pobreza; a construção de uma sociedade para todas as idades; o respeito aos princípios da independência, da participação, da dignidade, dos cuidados de saúde e do desenvolvimento; o reforço dos sistemas legais e solidários de aposentadoria e saúde; casas seguras e adaptadas à vida das pessoas idosas e dependentes (COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA, CÂMARA FEDERAL DOS DEPUTADOS-BRASIL, maio de 2002).

Fórum Mundial das ONGs sobre o Envelhecimento, nos dias 05 a 9 de abril de 2002, em Madrid, e encaminharam os resultados de suas análises e discussões à Organização das Nações Unidas. Registram-se como contribuições deste Fórum: a necessidade de aplicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos para todos os cidadãos; a plena inclusão das pessoas idosas na vida econômica e social das suas respectivas sociedades; o aproveitamento de suas capacidades e experiências e a defesa de seus direitos diante de qualquer discriminação (MENDONÇA, 2016).

A Declaração Política da II Assembleia Mundial do Envelhecimento dispõe de 19 artigos. Entretanto, no artigo 17 ela aborda questões relacionadas às competências dos Estados e à necessidade de uma gestão governamental e intersetorial, bem como a cooperação entre os Países, nos seguintes termos:

[...] os governos são os principais responsáveis pela iniciativa das questões ligadas ao envelhecimento e à aplicação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento; mas é essencial a existência de colaboração eficaz entre os governos nacionais e locais, organismos internacionais, os próprios idosos e suas organizações, outros setores da sociedade civil incluídos as organizações não governamentais e o setor privado. A aplicação do Plano de Ação exigirá a colaboração e a participação de várias partes interessadas: organizações profissionais, empresas, trabalhadores e sindicatos, cooperativas, instituições de pesquisas, universidades e outras instituições educativas e religiosas e os meios de comunicação (AUTOR, 2002, p. 13-14).

Esta Assembleia discutiu as necessidades relacionados às pessoas idosas, reconhecendo as especificidades dos países centrais e periféricos e construindo um documento que gerou o II Plano Internacional do Envelhecimento. Esse Plano tornou-se referência e vem sendo adotado pelos os países membros das Nações Unidas, presentes na Assembleia, dentro de suas limitações. Ele traduz o compromisso internacional em resposta a um dos maiores desafios sociais do século XXI: o rápido envelhecimento populacional em curso em quase todos os países. Apresenta um conjunto de 117 recomendações, que abrangem três orientações prioritárias: pessoa idosa e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice e ambiente propício e favorável. Para ele, todas as pessoas idosas deveriam poder envelhecer em segurança e com dignidade e continuar a participar na sociedade como cidadãos com plenos direitos.

O referido Plano contempla estratégias e medidas para que as pessoas idosas possam usufruir plenamente de seus direitos; consigam envelhecer com segurança e sem a agrura da pobreza; participem plenamente na vida econômica, política e social e que tenham

oportunidades de continuar o seu processo de desenvolvimento. Outros itens enfatizados são: a eliminação da violência e da discriminação de que os/as idosos/as são alvos; a igualdade entre os sexos; a importância vital da família; os cuidados de saúde e a garantia de proteção social das pessoas idosas, mediante o acesso a uma Seguridade Social ampliada.

Durante a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento foram realizados vários eventos paralelos com representação de Organizações da Sociedade Civil, do meio Acadêmico e Científico, além de eventos coordenados por Organismos Internacionais, tais como: o Fórum Mundial das Organizações Não Governamentais; o Fórum Científico Internacional e o Ciclo de Diálogos 2020 sobre o futuro do envelhecimento. Durante a realização desses Eventos a OMS apresentou o documento intitulado: *Envelhecimento ativo: um marco político da Saúde* e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) apresentou outro documento intitulado *Uma sociedade para uma população que envelhece: o desafio do emprego e proteção social*.

O Fórum Mundial das ONGs, sobre envelhecimento, realizado em Madrid, no período de 5 a 9 de abril, de 2002, apresentou uma Declaração à Organização da Nações Unidas - ONU, na qual faz um alerta aos governos e à sociedade civil sobre questões do envelhecimento que devem ser consideradas na formulação e implementação de políticas públicas, a saber: condições de pobreza experimentadas pela população idosa, que é transmitida para as gerações seguintes; feminização da velhice, observando as condições da mulher na sociedade, seu papel no processo de envelhecimento populacional e as próprias peculiaridades do seu envelhecimento; importância do sistema de Seguridade Social como meio de prover os recursos necessários e adequados ao bem-estar da população idosa e de sua família; irrestrito acesso aos serviços de saúde; participação social e política como fator chave da inclusão social da população idosa e do desenvolvimento da humanidade; condições de segurança, consumo e ambiente adequado como elementos indispensáveis a um envelhecimento ativo e saudável (e isso implica criação de um entorno acessível que facilite a permanência das pessoas idosas nos lugares de sua preferência, o acesso às novas tecnologias e principalmente ao mercado de trabalho); proteção legal, propiciador do acesso à informação e à assessoria jurídica à pessoa idosa; condições de envelhecimento dos segmentos populacionais (negros, índios, pessoas com necessidades especiais, entre outros) que, histórica e estruturalmente, são mais vulneráveis e cujo envelhecimento pode tornar agudas sua situação de vulnerabilidade; e, por fim, ambiente saudável e consumo são alguns dos aspectos que afetam diretamente a vida das pessoas idosas, já que uma parte das suas enfermidades tem origem na deterioração ambiental (PESSOA, 2009).

Ressalta-se, dentre as propostas e recomendações do Fórum Mundial, a chamada para a urgente necessidade da ONU instituir uma Convenção de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas, como um instrumento jurídico vinculante, para eliminar as distintas formas de discriminação desse segmento, bem como: estabelecer um acordo internacional de defesa e proteção dos direitos humanos dos/as idosos/as; assegurar a responsabilidade dos governos sobre as políticas destinadas à defesa, proteção e atenção desse segmento em cada Estado nacional; definir que o envelhecimento ativo seja o princípio norteador das políticas de saúde em todos os âmbitos: locais, nacionais e internacionais; assegurar que a saúde seja implementada integralmente, face aos problemas sociais e econômicos que afetam as pessoas idosas; elaborar planos nacionais que incluam os aspectos econômicos, sociais, culturais e de saúde da pessoa idosa e a adoção local de mecanismos de defesa, acompanhamento e controle destes planos; instituição e organização de uma Agência internacional especializada com a finalidade de acompanhar e controlar os planos de ação dos Estados nacionais.

O Fórum Científico Internacional foi realizado pela ONU em parceria com a Associação Internacional de Gerontologia (IAG). Teve como tarefa primordial elaborar o “Programa de investigação sobre envelhecimento para o século XX”, o qual foi apresentado na II Assembleia Mundial e estava estruturado de acordo com o estabelecido no Plano de Ação Internacional de Madri. Nele estão definidas as prioridades da investigação, e busca de dados sobre as políticas destinadas à população idosa, assim como o estabelecimento de prioridades investigativas em conformidade com os seguintes.

- 1) *Pessoas idosas e o desenvolvimento* – contempla a necessidade de se investigar o processo de participação, a integração social, a segurança econômica da população idosa, bem como as transformações e a evolução macrossocial das estruturas familiares, das trocas intergeracionais e dos modelos de funcionamento familiar e institucional;
- 2) *Saúde e bem-estar na velhice* - enfatiza os fatores que concorrem para o envelhecimento saudável; a biomedicina, no que diz respeito aos mecanismos biológicos básicos e de enfermidades associadas à idade; a funcionalidade física e mental; e a qualidade de vida nas diferentes situações culturais, socioeconômicas e ambientais;
- 3) *Criação de um entorno propício e favorável* - prioriza o sistema de assistência social e as mudanças na estrutura e função da família e da comunidade.

Observa-se que este esse Programa criou um espaço de interlocução e constituiu a fase embrionária da pesquisa científica e da estratégia de acompanhamento e monitoramento do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento entre as Agências Internacionais e Países signatários em parceria com a Sociedade Civil e Instituições Científicas.

O “Ciclo de Diálogos 2020” tem como meta criar espaços de comunicação e socialização de ideias e concepções de sistemas de proteção social, políticas sociais e econômicas, a partir dos desafios impostos pelo processo de envelhecimento, e conta com a participação de especialistas, pesquisadores, representantes da sociedade civil e do governo.

Estes ciclos de diálogos buscaram sensibilizar os países sobre a questão do processo de envelhecimento e instigá-los a assumir o compromisso com políticas sociais que assegurem a proteção social e os direitos humanos das pessoas idosas.

Para a implementação do Plano entre 19 e 21 de novembro de 2003, o Governo chileno realizou, em parceria com a CEPAL e demais Organizações - como o Fundo das Nações Unidas sobre População (UNFPA), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial (BM) e representantes do Programa sobre Envelhecimento das Nações Unidas - a I Conferência Regional Intergovernamental na América Latina e Caribe sobre o Envelhecimento. E neste conclave resultou a Estratégia Regional de implementação do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento (CEPAL, 2014).

Essa estratégia define metas, objetivos e recomendações para ações voltadas às pessoas idosas em cada uma das três *orientações prioritárias* acordadas no Plano de Madrid, para garantir Seguridade às pessoas idosas; e, em cada orientação define os objetivos a serem alcançados, além de indicar medidas que os países deverão implementar para alcançar os objetivos propostos.

A primeira *Orientação prioritária* trata das prerrogativas afetas às *Pessoas Idosas e o Desenvolvimento*. Tem como objetivo garantir a participação ativa das pessoas idosas na sociedade e no desenvolvimento dos seus países, mediante o reconhecimento da sua contribuição social, cultural, econômica e política, e ainda fomentar sua participação nos processos de tomada de decisões em todos os níveis. No quesito referente ao Emprego e Envelhecimento da força de trabalho, recomenda aos países oferecer oportunidades de emprego a todas as pessoas idosas que desejem trabalhar; e, no tocante ao desenvolvimento rural, migração e urbanização, propõe medidas de melhoria das condições de vida e da infraestrutura das zonas rurais, visando à diminuição da marginalização e a integração dos migrantes de idade avançada em suas novas comunidades.

No que concerne ao acesso ao conhecimento, à educação e à capacitação, recomenda a igualdade de oportunidades durante todos os ciclos de vida - educação permanente, capacitação e reabilitação - assim como a orientação profissional e a garantia de acesso a serviços de inserção no trabalho; recomenda também a plena utilização das possibilidades e dos conhecimentos de pessoas de todas as idades, reconhecendo os benefícios, frutos da experiência adquirida com a idade, propondo medidas para fortalecer a solidariedade intergeracional, a equidade e a reciprocidade entre as gerações.

No que se refere à erradicação da pobreza, recomenda a garantia de rendimentos, proteção social e prevenção da pobreza, por meio de acesso aos benefícios de proteção social/seguridade social básica que compreenda, quando for o caso: pensões, seguro invalidez e assistência à saúde, com garantia do acesso a uma renda mínima suficiente para as pessoas idosas, especialmente dos grupos em situação social e econômica desvantajosa.

Postula, igualmente, aos países adotarem medidas para garantir a igualdade de acesso de pessoas idosas à alimentação, à moradia, à assistência social e a outros serviços, durante e depois de desastres naturais e outras situações de calamidade pública, além de medidas que possibilitem essas pessoas contribuírem para o restabelecimento e a reconstrução das comunidades e do contexto social depois de situações de emergência.

Na segunda *Orientação prioritária - Saúde e bem-estar na velhice* – há recomendação de que os países deverão propiciar à pessoa idosa acesso universal aos serviços de saúde integral, priorizando a promoção de condutas e ambientes saudáveis; a regulação dos serviços de cuidado em instituições de longa permanência (ILPI) e demais modalidades de atenção; a formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia e o aumento do estado de saúde da população idosa.

Destacam-se, além disso, os objetivos prioritários, que contemplam medidas e ações explicitadas no interior do Plano, como: implementar a promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida, visando à redução dos efeitos acumulativos dos fatores que aumentam o risco de sofrer doenças e, por consequência, a possível dependência na velhice; elaborar políticas para prevenir a falta de saúde entre as pessoas idosas e possibilitar acesso destas à alimentação e à nutrição adequada.

Outros objetivos consistem em: implementar ações que favoreçam o acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde, visando eliminar desigualdades sociais e econômicas por razões de idade ou sexo, ou por outros motivos, inclusive barreiras linguísticas, a fim de garantir condições de igualdade à assistência à saúde; instituir atendimento contínuo para atender às necessidades e demandas das pessoas idosas; e propiciar

a sua participação no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de atenção primária e de atendimento a longo prazo.

No que se refere à relação entre pessoas idosas e AIDS, os países devem implementar a avaliação dos efeitos dessa relação sobre a saúde dos idosos, tanto para os infectados como para os idosos que cuidam de familiares infectados ou sobreviventes; dar informação adequada; capacitar para a prestação de cuidados e proporcionar assistência médica e apoio social a quem lhes dão assistência; fortalecer e reconhecer a contribuição de pessoas idosas quando cuidam de crianças com enfermidades crônicas, inclusive a Aids, e quando substituem aos pais. Recomenda, outrossim, implementar programas de capacitação de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde; melhorar a informação e a capacitação de profissionais e de serviços sociais quanto às necessidades das pessoas idosas.

No tocante a saúde mental, os países deverão desenvolver serviços de assistência especializados, desde a prevenção até o monitoramento da atenção. Deverão ainda desenvolver ações que previnam incapacidades; e buscar a manutenção da máxima capacidade funcional durante toda a vida, além de promover a plena participação das pessoas idosas portadores de incapacidades.

Na terceira *Orientação prioritária - Criação de ambiente propício e favorável* - os países deverão promover atenções na comunidade em que a pessoa idosa viveu, levando em conta as preferências pessoais e as possibilidades de moradia acessível para idosos, além de buscar melhoria ambiental para promover a sua independência, considerando, particularmente, as necessidades dos que apresentam graus de dependência ou incapacidade.

Deverão ainda, os países, desenvolver políticas que aprimorem a disponibilidade de transporte acessível e economicamente exequível, para as pessoas idosas, além de assistência e serviços contínuos, de diversas fontes, inclusive às pessoas que prestam assistência e/ou apoio às pessoas idosas, principalmente as mulheres idosas; eliminar todas as formas de abandono, abuso e violência; e estimular a criação de serviços de apoio às vítimas de abusos e maus-tratos.

Além dessas três *orientações prioritárias*, os países devem envidar esforços para garantir a acessibilidade do entorno físico, sustentabilidade e adequação dos sistemas de Seguridade Social, apoio social e promoção de uma imagem positiva da velhice e do envelhecimento.

Destaca-se ainda que, em 2002, a OMS, reforçando o Plano Internacional do Envelhecimento com o qual cooperou, publicou o então documento intitulado *Envelhecimento Ativo- Uma Política de Saúde*, que define e condiciona as estratégias que os países devem

adotar em parceria com a sociedade, pessoas idosas e demais gerações, para implementar uma Seguridade Social ampliada. Este documento foi traduzido pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, em 2005, e vem subsidiando os países para adoção de uma nova estratégia para o envelhecimento, que represente uma mudança de paradigma, isto é: ultrapasse o paradigma da saúde e da velhice, centrado na doença, para o da adoção de políticas de saúde integral, de prevenção e mudança nos hábitos de vida, que induzam a uma vida saudável, mediante o acesso a várias políticas setoriais, como previdência, trabalho, lazer, cultura, esporte, participação social, integração intergeracional e comunitária.

2.1.5 Normativas de âmbito nacional que buscam cumprir as diretrizes das Assembleias Mundiais do Envelhecimento: Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso

Tanto a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso- PNI, quanto a Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, estão em consonância com os artigos de nº 229 e nº 230 da Constituição de 1988, visto que estes dois artigos constitucionais se referem aos direitos na velhice, a saber:

Art. 299: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (CF/BRASIL).

Art. 320: A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida (CF/BRASIL, 1988).

Ancorada na legislação supracitada a Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994, instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto 1.948/96 que possui seguintes princípios:

- I - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III- o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV- O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política;
- V- As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos, e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (art. 3º - BRASIL, 1996).

A PNI resultou de árduo trabalho de organização, mobilização e articulação da sociedade civil, com coordenação de representantes da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), do Serviço Nacional do Comércio–SESC, com apoio e assessoramento técnico de especialistas e profissionais da área do Envelhecimento e de representantes das Universidades, em especial do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Ceará. Destaca-se que foi criado um grupo de trabalho (com representantes do governo e da sociedade civil) no âmbito da Secretária de Promoção Humana do então Ministério do Bem-Estar Social para aprofundar estes estudos.

Concomitante com os trabalhos desse grupo a ANG, nas pessoas de Maria José Lima de Carvalho Barroso, junto com o Serviço Nacional do Comércio–SESC, e de Marcelo Salgado, liderou a realização de três Seminários Regionais nos estados de Goiás, Maranhão e no Distrito Federal, além de um nacional. Desses Seminários resultou o documento intitulado “Recomendações sobre Políticas Sociais para o Idoso nos anos 1990”, consonante com os documentos produzido pelo grupo de trabalho ampliado.

Esse documento foi amplamente discutido em organizações governamentais e não governamentais, sob a coordenação de Nara Costa Rodrigues, então Presidente do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul, e delegada Estadual da ANG, sendo apresentado e concluído no âmbito da Secretaria de Promoção Humana, do Ministério do Bem-Estar Social, resultando em um Projeto de Lei e, posteriormente, em Lei.

Esta Lei foi sancionada no final do mandato do então Presidente Itamar Franco, o qual recomendou à Ministra do Bem-Estar Social (MBES), Leonor Barreto Franco e a Secretária de Promoção Humana (SPH), Albamaria Abigailil, (SPH), do Ministério de Bem-Estar Social (MBES), celeridade no processo de trabalho e encaminhamento para a aprovação.

Todavia, o então Ministro da Fazenda (MF), Fernando Henrique Cardoso (FHC), já sinalizava para uma eventual vitória eleitoral e extinguiria o Ministério do Bem-Estar Social e todas as instituições vinculadas a ele, com vista à Reforma do Estado. E assim o fez no primeiro dia de posse no seu primeiro mandato de Presidente da República. Antes, porém, o Ministro da Fazenda, FHC, vetou o inciso IV do art. 8º e o art.9º da referida Lei, que tratavam do financiamento da PNI; e o Ministério da Justiça vetou os arts. de 11 a 18 da mesma Lei, que tratavam da criação e funcionamento do Conselho Nacional do Idoso. As justificativas

desse veto se encontram na Mensagem Presidencial de nº 3, de 01 de janeiro de 1994, encaminhada ao Senado Federal.

No decorrer do ano de 1994 a LBA e a SPH-MBES empreenderam esforços para implementação dessa Lei, contando com o irrestrito apoio da Associação Nacional de Gerontologia, na pessoa de Maria José Lima de Carvalho Barroso - assistente social e advogada do INSS e presidente da Associação Cearense de Idosos (ACEPI) - da CNBB, de representantes de Universidades, da OAB, da Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria (SBGG), do movimento das Pessoas Idosas (COBAP) e das instituições de assistência social e de defesa de direitos das pessoas idosas e de demais representantes dos Ministérios Setoriais.

Mesmo depois de 1995, com a extinção dos órgãos que integravam o MBES, a Política Nacional do Idoso alcançou visibilidade no âmbito da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência Social e dos Escritórios de Representação estaduais da extinta LBA, sob a administração da então Secretária Lucia Vânia Abrão Costa e de Jurilza M. B. de Mendonça, coordenadora dessa Política. Nessa gestão, deu-se visibilidade ao processo de envelhecimento em âmbito nacional e internacional. Foi elaborado o Primeiro Plano de Ação Integrado de Desenvolvimento da PNI, seguindo as determinações da Primeira I Assembleia Mundial do Envelhecimento.

A PNI tem como finalidade garantir os direitos sociais da pessoa idosa, por meio de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade conforme preconiza seu art.1º. Considera o envelhecimento como um fenômeno social e reconhece a pessoa idosa a partir de sessenta anos. Institui a família, a sociedade e o Estado como responsáveis pela participação do idoso na comunidade, bem como na defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida. Em suma, esta Lei foi crucial para dar visibilidade ao processo de envelhecimento no Brasil. Assegurou, no primeiro momento, a coordenação dessa Política ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Definiu finalidade; objetivos, princípios e diretrizes; organização e gestão; ações governamentais e do Conselho Nacional, além das disposições transitórias. Sinalizou, ademais, para a necessidade da integração intergovernamental e intersetorial, com vista à efetivação de benefícios e serviços e para a competência de cada política setorial na construção e implementação dessa Política. A coordenação dessa Política estava no Ministério de Direitos Humanos, na Secretaria Nacional do Idoso e em 2019 deverá ser alocada no Ministério das Mulheres, Família e Direitos Humanos.

Em 1º de outubro de 2003 foi sancionada a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, instrumento destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Este Estatuto é um documento central de referência para que as políticas públicas sejam adequadas às demandas e necessidades do processo de envelhecimento. Ele está em consonância com o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, firmado em 2002, pois também visa garantir e melhorar as condições e a qualidade de vida dessa parcela da população.

O Estatuto do Idoso também resultou de lutas dos movimentos sociais de pessoas idosas, em especial da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas - COBAP, com forte adesão do Poder Legislativo, na pessoa do parlamentar Paulo Paim, cuja trajetória é marcada pela defesa da legislação e dos direitos das pessoas idosas e da classe trabalhadora. O projeto do Estatuto foi encaminhado para aprovação no Executivo federal, acompanhado de parecer da equipe do Ministério da Assistência Social, da qual faziam parte as assistentes sociais Albamaria Abigail e Maria da Penha da Silva, após ampla discussão no âmbito da Comissão de Seguridade Social, da Câmara dos Deputados. Posteriormente, com o empenho da Ministra de Estado da Assistência Social, Benedita da Silva, este Estatuto foi sancionado como Lei pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

O Estatuto do Idoso tem como finalidade garantir os direitos das pessoas com sessenta e mais anos de idade, como: o direito à vida, à saúde, à educação, à habitação, ao transporte, à alimentação, à convivência familiar e comunitária, à profissionalização, à cultura, ao esporte e lazer, à previdência, à assistência social, à assistência judiciária, às medidas específicas de proteção aos idosos em geral e, principalmente, aos idosos em situação de abrigamento. Portanto, ele dispõe sobre e regula a observância dos direitos individuais e sociais das pessoas idosas, que devem ser concretizados por meio de políticas públicas. Constam também desta Lei exigências de atendimento adequado nas Instituições de Longa Permanência (abrigamento), sob pena de punição para quem descumprir essas exigências.

Tanto o Estatuto quanto a Política Nacional do Idoso sinalizam para a necessidade de se atender as pessoas idosas, por meio de uma Rede Nacional de Serviços e Programas de Proteção e Defesa de Direitos às Pessoas Idosas (RENADI); de serviços de ação continuada em Centros Dia; Centros de Convivência para Idosos (CCI); Casa Lar; Atendimento Domiciliar e Instituições de Longa Permanência, além de assegurar a denúncia de violência, negligência e maus tratos às pessoas idosas no âmbito da família e do poder público. Na esfera da gestão sinaliza para as ações que cada política setorial, que tem interface com o

processo de Envelhecimento, deve implementar para assegurar os direitos previstos nessa Lei, além de prever a capacitação e a formação de recursos humanos nessa área.

2.1.6 Violência às pessoas idosas

A violência na velhice está marcada pela face oculta de ações e omissões que afetam a qualidade de vida e a integridade física, psicológica, laboral e social das pessoas idosas, com repercussões negativas no seu processo de envelhecimento.

Para a OMS e MS a violência contra pessoas idosas configuram-se como negligência, abuso e maus-tratos na esfera individual, familiar, societária e estatal, cometidas uma ou várias vezes contra a integridade física e emocional da pessoa idosa, ao ponto de: impedir o seu desempenho social e quebrar a sua expectativa em relação às pessoas que a cercam, sobretudo os filhos, cônjuges, parentes, cuidadores e comunidades (INPEA, 2014; OMS; 2002; IPEA, 2016).

O Estatuto do Idoso assegura e prevê normas de natureza civil, criminal e administrativa no sentido de prevenir e reprimir a violência contra a pessoa idosa (MINAYO, ALMEIDA, IPEA, 2016), a saber:

[...] o direito ao respeito à pessoa idosa, consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica, e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais. E que é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o salvo de qualquer tratamento aterrorizante, vexatório ou constrangedor (ESTATUTO DO IDOSO, BRASIL, 2003) Art. 10, § 2 e § 3º

[...] a violência ao idoso, é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico e que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticados contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso (ESTATUTO DO IDOSO, BRASIL, 2003). Art. 19, caput e § 1º

O Brasil dispõe de instrumentos por meio dos quais os cidadãos podem fazer denúncia de violência às pessoas idosas, sem ter necessidade de identificar-se. Dados da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosas (MDH), em 2016 e 2017, indicam, respectivamente, 32.632 e 33.133 casos de violência à pessoa idosa transmitidos

pelos canais de denúncia, como Proteja Brasil, disque 100, e Ouvidoria *online*, além dos contabilizados no SUAS. Os maiores índices de violência se referem à negligência, seguidos de agressão psicológica, abuso financeiro e violação física.

Destaca-se que 64% das pessoas idosas violentadas são mulheres e 32% são homens. A faixa etária que mais sofre violência é a de 71 a 80 anos (32%), seguida da de 61 a 70 anos (31%) e de 81 a 90 anos (23%), e da de 91 anos e mais (5%).

Os dados evidenciam, ainda, que a maior parte das pessoas idosas violadas são mulheres brancas com idades entre 71 e 80 anos de idade, seguidas de pessoas idosas com 61 a 70 anos, revelando que a vulnerabilidade desse segmento se dá, não só pela faixa etária, mas, principalmente, pela entrada neste grupo populacional. Verifica-se também que familiares de primeiro e segundo grau em linha reta (filho/a e neto/a) são considerados, supostamente, os maiores violadores, seguidos de genro/nora, o que demonstra que a violência praticada contra pessoa idosa, na maioria dos casos, ocorre em âmbito familiar, sendo que, as práticas violadoras transcorrem na casa das próprias pessoas idosas (MDH, 2018).

No âmbito do Estado, visto ser este o maior violador de direitos quando não assegura os serviços e programas integrados e estruturados em uma Rede de Serviços que propiciem o atendimento integral aos idosos e suas famílias, bem como quando não oferta os medicamentos e a realização de exames de média e alta complexidade, fazendo com que grande maioria das pessoas idosas venham a óbito por falta de atendimento, mesmo quando recorre ao processo de judicialização; e quando não reajusta os benefícios e serviços afetos às pessoas idosas, induzindo a grande maioria a viver com muitas dificuldades para satisfazer ou não as suas necessidades básicas em período que muitas vezes a vida é frágil, e os tratamentos de saúde e acesso a bens e serviços são muito caros; quando trata a questão da pessoa idosa sem prioridade e com subfinanciamento para serviços de ação continuada, e falta de apoio as famílias, em especial as mulheres, a principal cuidadora da velhice; quando libera valor incipiente para as entidades sociais realizarem atendimento integral as pessoas idosas, delegando a estas a função social do Estado, sem um valor adequado para o custeio e investimento nos serviços; quando não efetiva na prática uma Política para as pessoas idosas em situação de dependência, sobrecarregando o núcleo familiar; quando realiza renúncias fiscais e perdão de dívidas a grandes capitalistas em detrimento das políticas sociais e prioriza recursos para pagamento dos juros da dívida.

Estas afirmações podem ser cotejadas com os dados publicizados pela SDH (2018) sobre violência, segundo os quais, após as denúncias e o encaminhamento com resolutividade

por quem de dever, existe uma grande distância, visto que, dos 84.074 encaminhamentos realizados, somente 11.489 casos (37,67%) tiveram respostas, sinalizando para a fragilidade de uma Rede de Proteção e Serviços incipientes para a atenção às pessoas idosas e suas famílias no Brasil.

Estudos realizados por Minayo e Almeida (2016), com base em dados da saúde, retratam os índices sociais, a partir de indicadores de mortalidade e morbidade de idosos/as por causas violentas com foco nos acidentes de trânsito e quedas, além de demonstrar as consequências dessas violências para as pessoas idosas e correlacioná-las às formas de violência estrutural, institucional e familiar presentes de forma muito intensa no Brasil de hoje.

Registra-se que o Brasil vem envidando esforços para assegurar as diretrizes emanadas das duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento, embora com prioridade a legislação face aos limites impostos pelo financiamento dessas diretrizes transformadas em serviços e em programas, considerando ainda os ajustes fiscais e as novas recomendações do Banco Mundial.

Ressalta-se que, paralelamente aos movimentos da CEPAL, para ampliar a implementação das diretrizes do II Plano Nacional do Envelhecimento, mediante a estratégia adotada para a América Latina, o Banco Mundial - não obstante seu desempenho pífio no âmbito das desigualdades sociais - propôs uma nova mudança: introduziu um novo Pilar no âmbito da Seguridade Social, recomendando um modelo denominado Sistema de Múltiplos Pilares, cuja atenção está voltada para os riscos a que estão submetidos os grupos de renda mais baixa, idosos e não idosos, aos que não podem prover suas aposentadorias por contribuição, seja no sistema público, seja no privado (GRANEMANN, 2007).

Isso indica que o BM reordenou suas recomendações, sem se afastar do ideário neoliberal, para incentivar os países a aderirem o Sistema de Múltiplos Pilares como condição de responder aos desafios do envelhecimento e da pobreza. Nessa perspectiva, inclui a questão da pobreza nas reformas do sistema de proteção social com o incentivo ao modelo de repartição da previdência para combater essa questão, mas sem deixar de incentivar o modelo de capitalização. Entretanto, ao dar ênfase à pobreza, o BM faz menção à necessidade de os países realizarem investimentos em ativos (saúde e educação), mediante a adoção de programas de transferência condicionada de rendas. Programas estes que vão além da distribuição renda, já que obrigam previamente os pobres a fazerem uso dos serviços de educação e saúde (geralmente precários) como se os pobres não os valorizassem. E, com isso, transforma-se o que seria um direito em contrapartida regida pela lógica do contrato entre

provedor e receptor, ou uma forma a mais de agregar ativos que poderão gerar novas oportunidades de renda no futuro, seja no mercado formal, seja no empreendimento individual (MAGIOLI, 2016).

Em 2005, o Banco Mundial, no documento intitulado *Soporte del Ingreso Económico en la Vejez en el Siglo Veintiuno: una perspectiva internacional de los Sistemas de Pensiones y de reformas*, apresenta e recomenda o Sistema de Múltiplos Pilares. Nele, propõe a flexibilização nos modelos institucionais. Entretanto, como já salientado, apresenta a necessidade de implementar programas de combate à pobreza com adoção de sistemas de previdência social de repartição, de capitalização obrigatórios ou de forma voluntária. Neste documento o Banco Mundial (2006, p. 18) defende “[...] la reducción de la pobreza y la suavización del consumo y la importancia de enfrentar más efektivamente los riesgos de tipo económico, político y demográfico que afronta todo sistema de pensiones”.

Avançando nesse processo, realizou-se, em 2007, a II Conferência da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, durante a qual foi elaborada a Declaração de Brasília. Destaca-se como relevante os artigos 25 e 26 desta Declaração, uma vez que os integrantes da II Conferência assim se expressaram: “acordamos solicitar aos países membros do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas que avaliem a possibilidade de designar um relator especial encarregado de velar pela promoção e proteção dos direitos humanos das pessoas idosas” e ainda “comprometemo-nos a realizar as consultas pertinentes com nossos governos para incentivar a elaboração de uma convenção sobre os direitos humanos das pessoas idosas no seio das Nações Unidas”(DECLARAÇÃO de BRASÍLIA, 2007, p.05). Enfatiza-se que esses acordos e compromissos entre os representantes dos países, foram o marco inicial e garantiram o início do processo de elaboração e conquista da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos.

Esta Declaração foi ratificada pela Resolução n. 644, durante o XXXII período de sessões da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), realizadas em junho de 2008, em Santo Domingo, na República Dominicana. Nesse momento foram apontadas recomendações indicando que os Países devem promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas idosas, trabalhar para erradicar todas as formas de discriminação e violência e criar redes de proteção das pessoas idosas para efetivação dos seus direitos.

O XXXIX Período Ordinário de Sessões, da Organização dos Estados Americanos (OEA), em San Pedro Sula, Honduras, também dispôs sobre a Declaração do Compromisso de Porto Espanha. Ali, os chefes de Estado e de governos das Américas comprometeram-se a

continuar a considerar o tema do envelhecimento como prioridade no âmbito das políticas públicas.

Em 2009 ocorreu a 5ª Conferência das Américas, em Trinidad e Tobago, onde se deu a assinatura da Declaração de Port of Spain que, em seu art. 42, afirma: “nesse contexto, promoveremos, no âmbito regional e com o apoio da OPAS e da CEPAL, uma análise da viabilidade de uma convenção interamericana sobre os direitos dos idosos” (OEA, 2009).

Em 2009 a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, avançou na normativa internacional sobre a Saúde das pessoas idosas, ampliando o escopo do envelhecimento ativo e saudável. Abordou as necessidades de saúde cada vez maiores da população que está envelhecendo rapidamente na América Latina e no Caribe e conclamou os países membros da OPAS e os Organismos de Cooperação Internacional a implementarem políticas públicas que afetam a saúde das pessoas idosas. Para tanto, sugeria, que esses países equipassem seus sistemas de saúde e capacitassem os recursos humanos para atender as necessidades das pessoas idosas e melhorassem o gerenciamento da informação necessária à avaliação das medidas empreendidas nesse sentido.

Em 03 de março de 2010 ocorreu a XXXIX Reunião do Mercado Comum, em San Juan, República Argentina. Os presidentes dos Estados membros do MERCOSUL e Estados Associados, lançaram o seguinte comunicado.

Reiteramos interesse em aprofundar o tratamento dos direitos das pessoas idosas na Organização dos Estados Americanos e nas Nações Unidas, com objetivo de contar com instrumento internacional juridicamente vinculante que assegure os direitos dos mesmos e uma velhice com dignidade (MENDONÇA, 2016, p. 113).

Entre 18 e 20 de abril de 2011, ocorreu a 1ª sessão do Grupo de Trabalho, criado pela ONU, conforme Resolução 65/182, para impulsionar as ações definidas no Plano de Madrid. Nesse evento, foi analisada a situação dos direitos das pessoas idosas no âmbito internacional e regional. Entre 1 e 4 de agosto de 2011, ocorreu a 2ª sessão do mesmo GT, também no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), para analisar os direitos econômicos, sociais e culturais das pessoas idosas, com a apresentação de cinco painéis temáticos sobre: os direitos a saúde das pessoas idosas, violência e abuso na velhice, proteção social das pessoas idosas e a idade e a exclusão.

Em 07 de julho de 2015, o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio de sua então Diretora e Presidente, lançou um Informe afirmando que os anciãos são um risco ou ameaça à economia dos países, ao mesmo tempo em que fazia considerações sobre os gastos públicos com Previdência Social e propunha medidas a serem adotadas pelos países, a saber:

restringir e diminuir o gasto público com Políticas Sociais, em especial, a Previdência Social, e elevar a idade de aposentadoria próxima à da expectativa de vida das pessoas idosas (RIBEIRO, 2012).

2.1.7 A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos

Em 2015 foi sancionada a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos,¹⁷ aprovada como instrumento vinculante. Os Estados Membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovaram, no dia 15 de Junho, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas¹⁸. O Brasil foi um dos primeiros países a consignar sua assinatura a essa aprovação, junto com Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai. Os Países membros reconhecem também a necessidade de abordar os assuntos da velhice e do envelhecimento sob uma perspectiva de direitos humanos que considere as valiosas contribuições atuais e potenciais do idoso ao bem-estar comum, à identidade cultural, à diversidade de suas comunidades, ao desenvolvimento humano, social e econômico e à erradicação da pobreza; decidiram também incorporar e dar prioridade ao tema do envelhecimento e envelhecimento ativo nas políticas públicas, bem como a destinar e gerir recursos humanos, materiais e financeiros para fazer uma adequada implementação e avaliação das medidas especiais já adotadas; valorizar a solidariedade e complementaridade da cooperação internacional e regional para promover os direitos humanos e as liberdades fundamentais do idoso; respaldar ativamente a incorporação da perspectiva de gênero em todas as políticas e programas dirigidos a tornar efetivos os direitos do idoso, destacando a necessidade de eliminar toda forma de discriminação; facilitar a formulação e o cumprimento de leis e programas de prevenção do abuso, abandono, negligência, maus tratos e violência

¹⁷ “Todas Normas de Direitos Humanos e de defesa dos direitos das pessoas idosas da Organização das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos –OEA, assim como o Plano de Viena, não tiveram tanta influência como o Plano de Madrid e a Declaração de Brasília. Esta última teve grande impacto nas políticas para as pessoas idosas não só na América Latina, mas em âmbito mundial. Foi a partir da Declaração de Brasília que desencadeou-se todo o processo para se chegar à aprovação da Convenção Interamericana de Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas e ao GT, de composição aberta, sobre os direitos humanos da pessoa idosa nas Nações Unidas” (MENDONÇA, 2016, p. 125).

¹⁸ Na obra intitulada *Idosos no Brasil- Políticas e Cuidados*, Mendonça, 2016, traz um exaustivo estudo sobre a trajetória histórica de luta e desafios para se chegar a conquista da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, como instrumento jurídico vinculante, ao tempo que registra as ações, mediações e intercorrências, realizações de eventos, parcerias entre as instituições, países, no âmbito internacional e nacional; e destaca a participação efetiva das pessoas idosas representadas em Ongs e movimentos sociais, além de avançar na urgência de tratar o envelhecimento na perspectiva de direitos humanos e a necessidade de implementar com premência uma política de cuidados às pessoas idosas, em especial no Brasil.

contra o idoso, e adotar mecanismos nacionais que protejam seus direitos humanos e liberdades fundamentais.

A Convenção dispõe de sete capítulos e 41 artigos parametrados em princípios e conceitos do processo de envelhecimento de forma ampla e interdisciplinar; tratam dos direitos a serem assegurados às pessoas idosas e definem as competências do Estado, da família e da sociedade. Ratificam os demais documentos anteriores e ainda descrevem ações e medidas que devem ser cumpridas por cada política social que integra e tem interface com o processo de envelhecimento.

No caso da Saúde, a referida Convenção recomenda que os Estados Partes deverão formular e implementar políticas públicas intersetoriais orientadas para uma atenção integral que inclua: a promoção da saúde, a prevenção e a atenção à doença em todas as etapas, e a reabilitação e os cuidados paliativos do idoso, a fim de lhe propiciar o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. Para tornar efetivo este direito, os Estados Partes se comprometeram a tomar as seguintes medidas:

- Assegurar a atenção preferencial e o acesso universal, equitativo e oportuno em serviços integrais de saúde de qualidade, baseados na atenção primária, e aproveitar a medicina tradicional, alternativa e complementar, em conformidade com a legislação nacional e com os usos e costumes;
- Formular, implementar, fortalecer e avaliar políticas públicas, planos e estratégias para fomentar um envelhecimento ativo e saudável;
- Fomentar políticas públicas sobre saúde sexual e reprodutiva do idoso;
- Fomentar, quando corresponda, a cooperação internacional na área de formulação de políticas públicas, planos, estratégias e legislação, e o intercâmbio de capacidades e recursos para implementar programas de saúde para o idoso e seu processo de envelhecimento;
- Fortalecer as ações de prevenção por meio das autoridades da saúde e a prevenção de doenças, inclusive mediante a realização de cursos de educação, conhecimento das patologias e opinião informada do idoso no tratamento de doenças crônicas e outros problemas de saúde;
- Garantir o acesso a benefícios e serviços de saúde acessíveis e de qualidade para o idoso com doenças não transmissíveis e transmissíveis, inclusive as sexualmente transmissíveis;

- Fortalecer a implementação de políticas públicas orientadas à melhoria do estado nutricional do idoso;
- Promover o desenvolvimento de serviços sócio-sanitários integrados especializados para atender ao idoso com doenças que geram dependência, inclusive enfermidades crônicas degenerativas, demências e doença de Alzheimer;
- Fortalecer as capacidades dos trabalhadores dos serviços de saúde, sociais e sócio-sanitários integrados e de outros atores, com relação à atenção ao idoso, levando em consideração os princípios constantes da presente Convenção;
- Promover e fortalecer a pesquisa e a formação acadêmica profissional e técnica especializada em geriatria, gerontologia e cuidados paliativos;
- Formular, adequar e implementar, segundo a legislação vigente em cada país, políticas referentes à capacitação e aplicação da medicina tradicional, alternativa e complementar, com relação à atenção integral ao idoso;
- Promover as medidas necessárias para que os serviços de cuidados paliativos estejam disponíveis e acessíveis ao idoso, bem como para apoiar suas famílias;
- Garantir, ao idoso, disponibilidade e acesso aos medicamentos reconhecidos como essenciais pela Organização Mundial da Saúde, incluindo medicamentos controlados que sejam necessários aos cuidados paliativos;
- Garantir, ao idoso, acesso à informação contida em seus registros pessoais, sejam físicos, sejam digitais;
- Promover e garantir, progressivamente, de acordo com suas capacidades, acompanhamento e capacitação de pessoas que exercem tarefas de cuidado do idoso, incluindo familiares, a fim de assegurar saúde e bem-estar destes.

A Convenção chama a atenção para que os Estados Partes implementem e garantam sistema integral de cuidados que leve especialmente em conta a perspectiva de gênero e o respeito à dignidade e integridade física e mental das pessoas idosas. Considera, dentre outros objetivos, que os Estados Partes devem estabelecer mecanismos para assegurar que o início e o término dos serviços de longo prazo estejam sujeitos à manifestação da vontade livre e expressa do idoso e estabeleçam um marco regulatório adequado para o seu funcionamento. E pondera ainda que os referidos Estados promovam a interação familiar e social das pessoas idosas, considerando todas as famílias e suas relações afetivas, além de protegê-las e atendê-las de forma a garantir-lhes segurança pessoal e o exercício da liberdade.

No período de 8 a 11 de maio de 2012, foi realizada em São José da Costa Rica, a terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento, que resultou na Carta de São José sobre os Direitos Humanos das Pessoas Idosas da América Latina e Caribe.

No período de 27 a 30 de junho de 2017, em Assunção- Paraguai, a CEPAL apoiou a realização da IV Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos Humanos na América Latina e Caribe, na qual apresentou um amplo estudo para cooperar com os participantes do evento e uma análise dos avanços e limitações do exercício dos direitos humanos das pessoas idosas na região e no mundo. Especificamente para os governos dos Estados Partes, os maiores problemas enfrentados pelas pessoas idosas referem-se ao cuidado, seguido, por ordem de prioridade, do acesso às pensões e ao trabalho, da falta de consciência, à saúde, à discriminação e aos maus-tratos. Sendo assim, a CEPAL entende que, a partir da independência dos países, estes são identificados como os sete eixos mais importantes que requerem ação positiva para incrementar o exercício dos direitos humanos das pessoas idosas (CEPAL, 2017).

2.1.8 A Convenção, a legislação e os desafios da velhice na ótica dos representantes da sociedade civil

No período de 24 e 27 de junho de 2017, na cidade de Ypacaray, no Paraguai, trezentos e cinquenta e dois representantes de diversos países, dirigentes de organizações da sociedade civil, especialmente de pessoas idosas da América Latina e do Caribe, participaram da IV Reunião da Sociedade Civil da América Latina e do Caribe, com o objetivo de dar seguimento à implementação do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre Envelhecimento, da Carta de San José e da Declaração de Três Ríos. No tocante à Convenção Interamericana assim se expressaram:

Reconocemos el importante avance que significa la aprobación de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores y instamos a los gobiernos a firmarla, ratificarla y cumplirla, pese a que criticamos que en el proceso de elaboración de la misma se haya restringido la participación de la Sociedad Civil, consecuencia de lo cual encontramos, en la Convención, graves carencias, como la no inclusión integral de los conceptos contenidos en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos [...] Al mismo tiempo, nos preocupan las políticas instaladas en varios países de la región y que son impulsadas por gobiernos con escasa orientación social que avanzan con medidas que restringen los derechos y por lo tanto, la calidad de vida de las personas

mayores [...] Hemos constatado que ha habido una mayor promulgación formal de nuestros derechos, pero con dificultad para su pleno ejercicio [...] Reafirmamos la necesidad de cambiar el enfoque subsidiario y asistencialista¹⁹ de las políticas, por un enfoque de derechos que promueva la reducción de la desigualdad y la inequidad. El disfrute pleno de nuestros derechos debe ser “aquí y ahora” (DECLARAÇÃO DE YPACARAY, 2017, p.01).

Os representantes desta IV Reunião apresentaram também uma Declaração na qual afirmam que os países não estão cumprindo o que recomenda as Nações Unidas; ou melhor, avaliam que todos os países podem dar efetividade de maneira progressiva aos direitos econômicos, sociais e culturais e, por isso, precisam adotar medidas de imediato, independente de recursos que disponham, em cinco esferas: eliminação da discriminação; direitos econômicos, sociais e culturais não sujeitos ao fracasso progressivo de efetividade; obrigação de adotar medidas de saúde integral, preventiva, de cuidados, de previdência, assistência e trabalho, e ainda proibição de adotar medidas regressivas de direitos e financiamento; e adotar obrigações mínimas.

Mediante análise crítica da situação das pessoas idosas, ditos representantes apresentaram considerações referentes às políticas que deveriam garantir uma Seguridade Social na perspectiva dos direitos humanos.

Quanto à Seguridade Social como direito fundamental, avaliam que em diversos países da região se implementam políticas de pensões, saúde e trabalho que deterioram a possibilidade de usufruto de direitos adquiridos e conduzem as pessoas idosas e suas famílias para abaixo da linha pobreza, apesar dos acordos e compromissos estabelecidos.

No tocante à Seguridade Econômica e de Aposentadoria, consideram que há grande número de países da Região que mantém alta percentagem de pessoas excluídas de todo direito aos quais poderiam ter acesso. Afirmam que os países utilizam o discurso contraditório da Proteção Social com políticas e ações universais, ao mesmo tempo em que realizam reformas da Seguridade Social para ampliar o ajuste fiscal. A respeito desta questão assim se posicionam:

¹⁹ Ver los documentos presentados en las reuniones de gobiernos: Declaración de la Sociedad Civil, Santiago, 2003; Declaración de Santiago de Chile, Camino a Madrid +5, abril, 2007; Carta de Brasília: Declaración de la sociedad civil”, 2007; Envejecer con Derechos. Principios y Estrategias de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, octubre, 2009; Declaración de Tres Ríos, Costa Rica, junio, 2012; Aportes desde la Sociedad Civil para la implementación y seguimiento de la Carta de San José, Costa Rica, 2013. Así mismo, la respuesta a la consulta realizada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas en el año 2013 y las presentaciones en el Foro Social Mundial sobre los derechos de las personas mayores, en el año, 2014.

¡Ya basta con el doble discurso de los gobiernos! Por un lado, insisten en la protección social como una estrategia que encierra un conjunto de políticas y acciones en diversas esferas, pero por el otro, están haciendo reformas con el propósito de retroceder los sistemas de previsión y demás programas sociales, tomando como excusa las crisis fiscales (DECLARAÇÃO DE YPACARAY, 2017, p. 02).

Em relação à Saúde concordam que se tem alcançado amplos marcos legal e reformas estruturais dos Sistemas de Saúde, mas, indicam que: existe um déficit nas políticas de prevenção de saúde e recursos humanos capacitados; dificuldade de acesso oportunos aos serviços de atenção primária e complementares, reconhecendo como o mais importante a ser combatido é a discriminação com as pessoas idosas, o que dificulta o seu acesso a serviços de qualidade.

Registram ainda o incremento excessivo do custo dos medicamentos e dos tratamentos especializados, os quais dificultam o acesso e geram a desigualdade e a iniquidade social. Reconhecem a indiferença frente à mercantilização da velhice como doença, o que tem propiciado o avanço do mercado de saúde impulsionado por multinacionais.

No que tange aos problemas com saúde mental (Alzheimer e outras demências), afirmam que inexistem respostas adequadas para a maioria dos sistemas de saúde, para as pessoas com a doença e para suas famílias e cuidadores. Há, nesta esfera, uma grande diferença entre o tratamento e a atenção na perspectiva de direitos humanos, apesar de, tanto a demência quanto a depressão, serem considerados problemas de saúde pública.

Afirmam, em relação ao trabalho, que a maioria dos trabalhadores, além dos povos originários e comunidades étnicas, constituem uma força produtiva, ao tempo que são explorados e invisibilizados. Estes segmentos populacionais têm dificuldade de acesso a aposentadorias e benefícios porque realizam seus trabalhos e comercializam seus produtos em condições injustas. Esclarecem ainda que a maioria da população idosa trabalha para prover sua necessidade de subsistência e vivencia situações degradantes de exclusão social. Denunciam que as pessoas idosas continuam trabalhando na velhice, especialmente na informalidade, e em condições de exploração e de baixa remuneração. Registram que esta condição irá permanecer face às projeções e tendências das pesquisas atuais. Explicitam a diferença de gênero desde o valor dos salários até os cuidados na família, indicando que um número significativo de mulheres deixa o emprego para realizar cuidados, enquanto outras o fazem ao mesmo tempo, tendo assim dupla jornada laboral.

Reconhecem que a tarefa do “cuidado” tem recaído majoritariamente sobre mulheres; e que esta deveria ser uma responsabilidade partilhada entre o Estado, a Família e a Sociedade

Civil. E que quando se associa a feminização da velhice com a pobreza, se reconhece que a pesada tarefa do cuidado afeta a saúde física e mental da mulher mais pobre, assim como a sua qualidade de vida, além de falta de apoio e condições de acesso dessa mulher à proteção social.

Argumentam que há escassa resposta à problemática de pessoas idosas que vivem em Instituições de Longa Permanência e/ou necessitam de outras modalidades de atenção. Na maioria das vezes, essas pessoas são submetidas a situações degradantes, maus-tratos, violência, privação de liberdade, que restringem sua autonomia e liberdade de decisão. Confirmam que ainda persiste o não acesso ao direito do consentimento informado, quer nas modalidades de serviços, quer nas áreas de saúde.

Em relação à pobreza na velhice reconhecem que se trata de um problema estrutural e multidimensional, entre outras considerações, pois, à medida que envelhecem e durante o ciclo de vida laboral, a grande maioria das pessoas não têm acesso a oportunidades que poderiam contrabalançar a diminuição dos seus salários ou pensões. Ressaltam ainda que o ciclo da pobreza não afeta somente as pessoas idosas, mas toda a família, principalmente quando se envelhece com enfermidade e/ou incapacidade geradores de muitos problemas econômicos, de saúde, educativos, culturais e, por consequência, de abalos afetivos na família.

Quanto à violência e aos maus-tratos - em suas diferentes formas de expressão (física, financeira, patrimonial, econômica, psicológica, social e institucional) - esta se mantém, persiste e se amplia no âmbito dos países como problema candente que não tem diminuído, mas aumentado, apesar de existirem programas às vezes dispendiosos. Reconhecem que as pessoas idosas continuam sendo vítimas de violência e negligência que caracterizam como mau trato estrutural.

Em referência ao chamado “Edadismo e Discriminação Múltipla” explicam que, como consequência da redução das políticas a um enfoque subsidiário e assistencialista, os países mantêm as pessoas idosas como alvo de compaixão e não sujeito titular de direitos. Apesar de existirem numerosos instrumentos legais e formais de defesa de direitos da pessoa idosa, ainda persiste a visão compassiva ou infantilizadora em relação aos/as velhos/as, e mais intenso ainda junto às indígenas e às pertencentes às comunidades étnicas, assim como também as pessoas afrodescendentes, sobre as quais se somam à discriminação racial, estrutural, institucional, xenófoba e outras formas de intolerância, que agravam a situação de desigualdade, marginalização, estigma e baixo nível de participação e representação social.

Denunciam, ademais, que estas formas de discriminação afetam as pessoas idosas LGBTI, trabalhadoras sexuais, pessoas privadas de liberdade e com incapacidade. E salientam que os jovens de ontem – hoje pessoas idosas – que exerceram seu direito de migrar são, em sua maioria, excluídos de direitos em seus países de origem.

Portanto, a globalização capitalista neoliberal tem massificado as migrações uma vez que se mantém, em relação aos migrantes, uma discriminação generalizada particularmente evidente nas instituições públicas, nos sistemas de saúde e nos serviços jurídicos.

No que se refere à Participação das Pessoas Idosas, é evidente, segundo eles

[...] el doble discurso, pues al tiempo que se menciona insistentemente, se incluye en todos los documentos y se reconoce como derecho humano fundamental en sus dimensiones política, pública y social, en la práctica se limita y se obstaculiza el acceso a líderes y organizaciones de base en los espacios clave de toma de decisiones (DECLARAÇÃO DE YPACARAY, 2017, p.05).

Após esta detalhada análise das condições de vida das pessoas idosas os integrantes da IV Reunião da Sociedade Civil da América Latina e do Caribe, ainda apresentaram reivindicações aos governos dos países, e se comprometeram, como representantes da sociedade civil, a continuar contribuindo com a construção de um envelhecimento digno. As demandas (em número de quinze), apresentadas por esses representantes, traduzem muitas das reivindicações já encaminhadas, como fruto das Reuniões anteriores, das quais várias não foram atendidas. Aqui limita-se a mencionar, sucintamente, as mais abrangentes, embora todas sejam relevantes no contexto do processo de envelhecimento, em especial das pessoas idosas da América Latina. Com a palavra os representantes:

Hacemos un llamado urgente a las personas representantes de los Gobiernos y de los Estados, para que se modifique el paradigma económico que sustenta el progreso de los países, pues el “desarrollo solo puede prosperar cuando se invierte en las personas y las instituciones. La inversión en el desarrollo humano debe darse en todas las etapas de la vida. Las personas mayores, no pueden estar por fuera de estas consideraciones (DECLARAÇÃO DE YPACARAY, 2017, p. 5).

Além dessa demanda, cabe uma remissão às demais, por entender-se que as palavras dos representantes das pessoas idosas merecem publicização, conhecimento e entendimento em todos os âmbitos, quer da ciência, quer da academia, dos governos, dos ambientes de trabalho, famílias, sociedade, conselhos; pois, são as palavras das pessoas idosas que carregam consigo a experiência, o saber e traduzem em suas expressões a trajetória de vida das classes sociais mais subalternas e seus enfrentamentos para transformar as suas

necessidades em direito garantido legalmente.

Esta é o lema das reivindicações das pessoas idosas ali representadas, dirigidas aos Estados e Governos: “Reconheçam e Respeitem o Direito de Envelhecer”. Reconhecimento este que implica cumprimento das obrigações públicas consagradas nos pactos e compromissos firmados em todos os instrumentos internacionais de Direitos Humanos, com vista a: combater a pobreza com políticas eficazes que garantam o acesso aos efetivos direitos econômicos, culturais e sociais das pessoas idosas; prover renda adequada e universal para uma velhice com qualidade de vida; e garantir, no âmbito do envelhecimento, o direito de cuidar, ser cuidado e se auto-cuidar mediante o desenvolvimento de sistemas integrados e intersetoriais de Segurança Social.

Em adição, reivindicam que: os Estados e Países assegurem o direito de igualdade de oportunidades durante o curso da vida, para mulheres e homens, nas esferas política, educativa e laboral, o que lhes possibilitará viver com dignidade e segurança social a fase da velhice; seja reconhecida a atividade não remunerada do cuidado, mediante políticas públicas adequadas, explicitadas no Consenso de Quito (2007) e no Consenso de Santo Domingo (2013).

Exigem ainda a garantia e o cumprimento dos direitos das pessoas idosas, dos povos indígenas e comunidades étnicas em igualdade de condições, sem afrontar suas culturas e visões de mundo.

Solicitam que a OEA demande dos governos - que não realizaram imediata adesão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas - que o façam, visto que não o fazer constitui uma violação dos Direitos Humanos; e que procurem responder às Declarações da Sociedade Civil, realizadas por intermédio dos documentos referentes aos anos de 2003, 2007, 2012, e 2013.

Ato contínuo, reivindicam e exigem uma Convenção Internacional, que corrija as insuficiências da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, ao tempo que pleiteiam uma participação e representação da sociedade civil nesta Convenção, com adesão de novos instrumentos para que o processo de elaboração e/ou revisão seja mais democrático. Pleiteiam ainda que a Declaração da Sociedade Civil seja incorporada como um aporte das conclusões da IV Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos das Pessoas Idosas na América Latina e Caribe e que seja publicada como anexo.

No que concerne aos Compromissos da Sociedade Civil, os representantes se comprometem a ampliar o processo organizativo, fomentando a participação ativa das pessoas

idosas e da sociedade civil face à necessidade de se fortalecerem como atores sociais e políticos, para disporem de condições de interlocução e mediação nos espaços de decisão. Propõem-se, igualmente, a exercer o controle cidadão sobre Estados e Governos e exigir o respeito permanente dos direitos humanos das pessoas idosas, elaborando Informes e realizando denúncias relativas ao abandono dos deveres públicos, quanto ao mérito de negligência e transgressões relativas aos acordos vinculantes.

Da mesma forma, colocam-se como indutores da comunicação, da realização de trabalhos de difusão, promoção e de garantia e de tutela dos direitos das pessoas idosas; propõem-se a impulsionar os encontros intergeracionais; exercer a luta contínua pela busca de sociedades excludentes com igualdade de direitos; e socializar, de modo pertinente à cada País, os resultados da reunião regional da sociedade civil e das pessoas idosas, conclamando as pessoas integrantes das organizações a realizarem a retroalimentação das informações e dos mecanismos de participação.

Finalmente, destaca-se que, durante a Reunião Regional de Ypacarai, foi lida em plenário e em seguida assinada pela maioria dos representantes de dezoito Países, uma Moção Repúdio ao Governo Brasileiro, nos seguintes termos:

Nós, os idosos em toda a América Latina e Caribe presentes à Reunião Regional da Sociedade Civil sobre Envelhecimento, Madrid+15-Direitos Humanos dos Idosos - Aqui e Agora- realizada em Ypacarai, Paraguai, repudiamos as determinações do Governo Brasileiro em realizar reformas sobre questões de trabalho e previdência social, apenas para penalizar os mais frágeis, com a exclusão de direitos históricos, conquistas com suor e sangue de muitos. Mais grave, sem hesitação, é o clamor da sociedade, atendendo apenas às exigências do poder econômico e do mercado financeiro e os interesses dos políticos da situação. Ypacarai, Paraguai, 26 de junho de 2017, O-Eclético-075-Março-Julho (2017, p. 03).

Da análise até aqui realizada constata-se que todas as normativas e recomendações internacionais referentes ao Envelhecimento no contexto da América Latina e Caribe, o relacionam ao desenvolvimento dos Países (a I Assembleia Mundial do Envelhecimento priorizou os países desenvolvidos e a II Assembleia Mundial do Envelhecimento priorizou os Países da América Latina e Caribe), associando a questão do combate à desigualdade e à pobreza além de medidas de ativação para o trabalho, quer formal quer informal como condições para ter acesso ao sistema de proteção social e atingir ou construir o envelhecimento ativo; isso, ao mesmo tempo em que as recomendações do Banco Mundial se inclinam para a privatização da Previdência Social e para a focalização das políticas sociais na extrema pobreza, os cortes de gastos públicos e o ajuste fiscal como condicionantes para o

desenvolvimento/crescimento dos países da América Latina ou da própria OCDE; recomendações estas que não abordam o cerne da questão que é a desigualdade social produzida pelo modo de produção capitalista e a super exploração da classe trabalhadora via trabalho precarizado. Ciente aqui, que o processo de combate à desigualdade social tem limites no capitalismo.

Cabe reafirmar, que esse discurso ideológico permeia todos os cenários da Região por intermédio de recomendações dos Organismos Internacionais, até mesmo aquelas voltadas à defesa de Direitos Humanos. Em geral, tais discursos não mencionam a característica fundamental dos países e dos povos da América Latina, que é a pobreza e a desigualdade estruturais, produzidas e cultivadas pelo modo de produção capitalista, o qual gerou a dependência da Região aos países centrais, imperialistas, e destes aos periféricos, atingindo assim, todas as dimensões da vida da classe trabalhadora - incluindo as pessoas idosas no que se refere ao acesso e usufruto da Seguridade Social, além de outros bens e serviços.

Dessa forma, necessário se faz abordar, no próximo capítulo, as indicações históricas da dependência dos países da América Latina aos países do capitalismo central, enfocando a relação dessa dependência com a crise estrutural do capital e da influência desta no processo de envelhecimento e nas políticas sociais. Com essa abordagem busca-se desmitificar a função inquestionavelmente benfeitora do trabalho e das políticas sociais, no capitalismo, de forma a contribuir com o questionamento sobre os desafios do Envelhecimento Ativo, a partir das seguintes indagações: para quem serve esta proposta de envelhecimento? Para todos ou somente para uma classe social privilegiada? Ela é possível, para todas as classes sociais, em Países, a exemplo do Brasil onde o Sistema Tributário é regressivo, e não apresenta sinais de inversão?

CAPÍTULO III – IMPLICAÇÕES DO CAPITALISMO DEPENDENTE E DA CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL PARA O ENVELHECIMENTO

3.1 Formação do capitalismo periférico dependente: breve delineamento histórico

Segundo Fernandes (2009), na América Latina o colonialismo esteve, em seu início, sob a dominação espanhola e portuguesa. Posteriormente, ele adquiriu formas mais complexas, após a emancipação das nações que compõem o continente latino-americano, contribuindo para a evolução do capitalismo e a passividade dos ex-colonizados ante a sua continuada dependência econômica, cultural e política das sucessivas nações capitalistas hegemônicas.

O processo histórico de dominação da América Latina revela, conforme este autor, que, quando uma força local (empresa ou segmento de organização capitalista: automobilística, minérios, pedras preciosas, agricultura, alimentação, dentre outros) da sociedade, nos países periféricos, era absorvida, em decorrência da mudança do capitalismo na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), emergiam nesses países periféricos novos padrões internos de dominação. Foi crescendo, assim, na América Latina, uma organização, uma classe social aristocrática, oligárquica ou plutocrática nas sociedades locais que concentrou poder, riqueza e prestígio social com o alijamento e exclusão do grosso da população.

No continente latino-americano, as formas de dominação externa perduraram três séculos, assumindo caráter de exploração ilimitada; ou seja, em todos os níveis de existência humana e na produção, para benefício das Coroas e dos colonizadores.

Com a desagregação do sistema colonial, as nações europeias conquistaram o controle dos negócios de exportação e de importação da América Latina (a Inglaterra, em particular), que perdurou entre os séculos XVIII e XIX.

Posteriormente, com o avanço da Revolução Industrial e o processo de reorganização da economia mundial, as influências externas dos países desenvolvidos sobre os países dependentes e/ou periféricos, atingiram as esferas econômica, social e cultural, transformando os países dominantes em imperialistas. Donde se constata que sempre houve transferência do excedente econômico das economias satélites para os países hegemônicos.

As economias dependentes foram transformadas em mercadoria, negociáveis à distância, sob condições seguras e ultralucrativas, com base na produção de matérias-primas e

de bens primários, em detrimento de sua integração nacional. E ocorreu ainda a expansão das empresas corporativas nos países latino-americanos (nas esferas comerciais, de serviços e financeiras, do campo das indústrias leve e pesada). Estas empresas representavam o

capitalismo corporativo ou monopolista – que se instalou por meio de mecanismos financeiros, por associação com sócios locais, corrupção, pressão e outros meios – substituindo empresas nacionais.

Prevaleceu, até então, um padrão de dominação externa e um imperialismo total exercido pelos EUA, países europeus e Japão. Tal forma de imperialismo estabeleceu estratégias de controle que interferiam amplamente em todos os aspectos da ordem social, porém com maior ênfase no consumo de massa, na educação, na transferência de tecnologia, nas instituições sociais e nas atividades financeiras ou do capital.

Tratava-se, em outras palavras, de um sistema de dominação que impunha princípios e definia exigências, diretrizes e formas de transferência de capitais para as nações mais avançadas, ampliando o grau de dependência do país dominado. No caso da América Latina, tal sistema agravou, conforme Fernandes (2009, p. 35),

[...] o dilema de conviver com duas questões cruciais, quais sejam: 1) as estruturas econômicas, socioculturais e políticas internas que podem absorver a integração nacional e o desenvolvimento autônomo do capitalismo, mas que também podem inibir a integração nacional; e, 2) a dominação externa, que estimula a modernização e o crescimento nos estágios mais avançados do capitalismo, mas que impede a revolução e uma autonomia real do país dominado.

Além das questões supramencionadas, os países capitalistas centrais construíram seus sistemas de proteção social com direitos a partir do pleno emprego, e ainda com políticas sociais de cunho mais universais, voltadas à previdência, saúde e à assistência social. Dispunham de financiamento mais progressivo. Entretanto, os países periféricos lograram garantir políticas sociais na legislação, mas, na prática, não as viabilizavam com caráter universal dada à apropriação indevida do Fundo Público, o caráter regressivo de seus orçamentos e à transferência de capital excedente para os países centrais.

Para Marini (1990), a integração da América Latina no mercado mundial se deu conforme a dinâmica do capitalismo internacional, no século XVI, em face da expansão comercial. Como colônia produtora de metais preciosos e demais produtos econômicos primários, a parte latina do continente americano contribuiu, em um primeiro momento, com o aumento do fluxo de mercadorias e a expansão dos meios de pagamento; e isso, ao mesmo

tempo em que permitiu o desenvolvimento do capital comercial e bancário na Europa, sustentou o sistema manufatureiro europeu e propiciou o caminho para a criação da grande indústria.

A Revolução Industrial correspondeu, na América Latina, à independência política que, conquistada nas primeiras décadas do século XIX, fez surgir, com base na estrutura demográfica e administrativa construída durante a Colônia, um conjunto de países que passaram a girar em torno da Inglaterra. Os fluxos de mercadorias e, posteriormente, de capitais, tiveram, sob o domínio inglês, o seu ponto de entroncamento: ignorando uns aos outros os novos países se articularam diretamente com a metrópole inglesa e, em função das exigências desta, começaram a produzir e exportar bens primários, em troca de manufaturas de consumo; e, quando a exportação superava as importações, em toca de dívidas.

Foi nesse contexto que se configurou a dependência²⁰ da América Latina; as relações deste continente com os centros capitalistas europeus se inseriram em uma estrutura definida: a divisão internacional do trabalho, que determinou o sentido do desenvolvimento posterior desta região. Em suas produções intelectuais, Marini (1990) desenvolveu uma metodologia que demonstra a dependência através da troca desigual e da superexploração do trabalho – aspectos que afetam diretamente as condições de vida da classe trabalhadora, pois também influencia nos salários, em decorrência da troca desigual e do modo de circulação do capital.

Sobre essa questão, Luce (2013, p. 172) afirma:

[...] a categoria da superexploração da força de trabalho foi elaborada por Ruy Mauro Marini para dar conta de explicar o fundamento da dependência como modalidade *sui generis* do capitalismo. Ela pode ser entendida como uma violação do valor da força de trabalho, seja porque a força de trabalho é paga abaixo do seu valor, seja porque é consumida pelo capital além das condições normais, levando ao esgotamento prematuro da força vital do trabalhador.

A inserção da América Latina na economia capitalista pode ser considerada como cumprimento da transferência da produção de mais-valia aos países industriais. Esta é interpretada, segundo Marini (1990), como um modo de exploração do trabalho assalariado que, fundamentalmente, com base na transformação das condições técnicas de produção, resulta da desvalorização real da força laboral.

²⁰ Marini (1990) entende a dependência como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da sua subjugação. A consequência da dependência não pode ser, portanto, nada mais do que maior dependência, e sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção nela envolvidas.

Pensando o fenômeno do envelhecimento sob a lógica dessa dependência, fica claro que este se dá de modo diferenciado em cada polo dessa relação; isso porque, as estruturas dos sistemas de bem-estar dos países ricos e pobres e das políticas sociais que os integram, diferenciam o acesso aos direitos, ao trabalho digno e/ou precarizado, bem como a forma de superexploração da classe trabalhadora, incluindo as pessoas idosas.

Estudos demonstram que, nos países Europeus e no Japão, os idosos em geral, embora de classes sociais antagônicas, dispõem de acesso a direitos que lhes garantam um envelhecimento digno e saudável e com cobertura pública de Previdência, Assistência Social e Saúde, além de serviços e programas voltados à tecnologia, transporte e outros.

Porém, nos países da América Latina, em que pese os idosos terem tido acesso à Previdência Social, à aposentadoria e/ou pensões e aos benefícios assistenciais, estes possuem valores baixos e estão sujeitos a perdas de reajustes, além de constantes mudanças nas regras de acesso aos Sistemas de Seguridade Social. Efetivamente, uma das características desses Sistemas no contexto latino-americano é a sua constante submissão aos ajustes estruturais, em resposta às crises do modo de produção capitalista e às exigências impostas, em meio a essas crises, por organismos internacionais aos países periféricos.

A superexploração da força de trabalho, que também afeta os idosos, tem a ver com a troca desigual entre a América Latina e o polo imperialista, por provocar uma reação da economia dependente que busca compensações no plano da produção interna. Surge, então, como alternativa, a exigência e o aumento da intensidade do trabalho e da mais-valia gerada por meio de maior exploração do trabalhador, e não do incremento de sua capacidade produtiva. O mesmo ocorre com a prolongação da jornada de trabalho, isto é, com o aumento da mais-valia absoluta na sua forma clássica, que consiste, por conseguinte, o tempo de trabalho necessário para se obter trabalho excedente: aquele em que o trabalhador continua produzindo depois de criar um valor equivalente ao dos meios de subsistência para seu próprio consumo.

Um terceiro passo consiste em reduzir o consumo do trabalhador para aquém do seu limite normal, por meio da diminuição da remuneração da força laboral para abaixo do necessário para a sua reprodução. Com isso, cria-se um fundo de consumo do trabalhador que, na verdade, se converte, dentro de certos limites, em fundo de acumulação de capital, por implicar um modo específico de forçar o aumento do tempo de trabalho excedente.

Sobre o caráter degradante desse tipo de trabalho enaltecido pelos ideólogos burgueses, Pereira-Pereira (2013, p.648) assim se expressa:

É óbvio que o trabalho de que falam os defensores da ideologia burguesa é o assalariado, inerentemente explorador, alienado, hostil à emancipação humana. E, portanto, um trabalho que representa uma distorção violenta do trabalho que, nos termos da economia política crítica, define a espécie humana; isto é, do trabalho entendido como uma necessidade humana vital, mediante o qual homens e mulheres interagem positivamente com o mundo que os cerca e com a natureza, não só para terem os seus carecimentos materialmente atendidos, mas também para desenvolver coletivamente a sua própria humanidade. Logo, o trabalho assalariado é incompatível com a linguagem dos direitos sociais, que, em tese, não se pauta pelo princípio da competição e da exploração.

Para a autora, se o ser humano tem direito ao trabalho, tal como assegura as Declarações dos Direitos Humanos, da ONU, de 1948, esse direito não deveria ter como essência a necessidade de lucro do capital; mas sim a vital necessidade humana de exercer um trabalho que não se confunda com labor precário, escravizador, e nem com a ética hedonista do consumo induzido pela propaganda, pelas facilidades creditícias, pelo incentivo ao endividamento e pela monetização da proteção social (PEREIRA-PEREIRA, 2013, p.648).

Dessa forma, em acordo com a autora, entende-se que o direito ao trabalho assalariado como vem se apresentando, desde a sua origem às classes sociais de baixa renda e à maioria da população idosa, é um contrassenso na perspectiva da economia política crítica, pois esse tipo de trabalho se impõe ao trabalhador como uma atividade desprovida de qualquer opção que não seja a miséria ou à morte.

Portanto, o trabalho assalariado, em vez de direito, torna-se uma provação para quem só tem de seu a força de trabalho para vender no mercado; provação está comprovada pelos altos índices de auxílio doença e invalidez no trabalho, de mortes prematuras, de suicídios e adoecimentos mentais nas fileiras dos trabalhadores ativos, além do retorno do trabalho escravo e precarizado, inclusive nos países da América Latina. Neste rol, inclui-se significativa parcela da população idosa cujo valor ínfimo da aposentadoria, associado aos altos custos com saúde e à precariedade dos serviços de assistência social, obrigam-na a retornar ao mercado de trabalho em condições aviltantes tanto do ponto de vista humano quanto da legislação vigente, que o legitima.

De qualquer forma, nesse processo, as pessoas idosas se inserem como integrantes da produção e reprodução do capital, mas em condições pioradas, dada à singularidade desvantajosa de sua condição no contexto da crise estrutural do capital, visto que,

[...] toda crise constitui uma agressão massiva do capital ao trabalho assalariado. Aumentando o desemprego e o medo do desemprego, a crise tende a fazer com que os trabalhadores aceitem as reduções (ou estagnações) dos salários reais, a aceleração dos ritmos da produção, as perdas de

conquistas em matéria de condições de trabalho e de Seguridade Social, a redução das proteções construídas na fase de prosperidade contra a pobreza e a injustiça mais flagrantes (MANDEL, 1990, p. 231).

De acordo com Pereira-Pereira (2013, p.649),

[...] no capitalismo, o trabalho assalariado, para se reproduzir, não precisa ser elevado à condição de direito, pois a própria dinâmica do capital se encarrega de ativar esse trabalho entre outras formas de exploração humana, inclusive com a contribuição das políticas sociais, agora usadas na contramão da cidadania, como: a educação, que atualmente se degrada ao ficar restrita a adequar a formação de recursos humanos às demandas do mercado de trabalho e a treinar desempregados para a sua reinserção neste mercado ou em atividades economicamente produtivas; a previdência, que está sendo restringida a mero seguro; a saúde que está se transformando em mercadoria a olhos vistos; e a assistência, que se degrada por sua dupla qualificação perversa: como *relief* (alívio da pobreza) e como agenciadora de força de trabalho pouco qualificada para o mercado de trabalho e de consumo de massa. E, nesse sentido, ela constitui um desserviço público e, portanto, não assiste.

Agravando estas questões, as políticas sociais, além de focalizadas na pobreza extrema, e transformadas em mero alívio, vêm sofrendo cortes e regressividade em seu financiamento sob o argumento de serem perdulárias ao darem respostas contrarrestadoras à “crise provocada pelo acelerado processo de envelhecimento” e sustentabilidade aos sistemas de seguridade social para enfrentar a crise estrutural do capital em curso. Isso, sem falar da dissociação dessas políticas das metas e condições necessárias de acesso a benefícios, bens, serviços e direitos - condições que são determinantes em todos os ciclos de vida - para viabilizar a realização programática do chamado de envelhecimento ativo. Destaca-se ainda que a grande maioria do ônus das medidas tomadas para o enfrentamento das mencionadas crises sempre recai sobre a classe trabalhadora, por retirarem direitos previamente conquistados e assegurados em lei, inclusive os referentes às pessoas idosas e às camadas mais vulneráveis da sociedade.

3.2 Especificidades da crise do capital e suas implicações sociais para a velhice

A importância da abordagem da crise estrutural do capital neste capítulo reside no fato de que todas as normativas que tratam da necessidade de garantir uma Seguridade Social ampliada para o alcance do envelhecimento ativo abordam também a necessidade de combate à pobreza. Entretanto, paradoxalmente, os legisladores omitem que a crise estrutural do

capital condiciona os países, em especial os da América Latina, a adotarem medidas macroeconômicas que induzem a ajustes fiscais de caráter regressivo no campo das políticas sociais e, por consequência, da Seguridade Social. Na maioria das vezes esses ajustes desmontam direitos assegurados às pessoas idosas, impingindo-lhes padrões de vida abaixo da linha da pobreza e inviabilizando a possibilidade de se construir um processo de envelhecimento ativo saudável.

Neste contexto, o capitalismo, vem apresentando crises que se traduzem e se diferenciam de acordo com o grau de desenvolvimento das nações, com a forma de organização das classes sociais e com os modos de constituição e amadurecimento do Estado em um dado momento histórico (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Ou melhor, a maneira como os países centrais ou periféricos enfrentam as crises do sistema do capital varia de acordo com a realidade de cada um deles, decorrente da organização e do estágio da economia e das relações sociais entre capital e trabalho, bem como das intercorrências históricas, intervenções políticas e ideológicas de instituições e corporações nacionais e internacionais. Entretanto, é bom lembrar que, em geral, as crises no capitalismo se caracterizam pela superprodução e busca permanente de superlucros e superacumulação – aspectos que se dão de forma diferenciada nos países centrais e periféricos.

De acordo com Piedade e Pereira-Pereira (2016 p.54), referenciados em Mandel (1975),

[...] tal crise não decorre exatamente da fome, da escassez de riqueza e de alimentos, da falta de trabalhadores e da diminuição do rendimento do trabalho, como acontecia nas formações sociais pré-capitalistas; mas resulta da abundância de mercadorias, cujo encalhe diminui a taxa de lucro de seus proprietários levando vários à ruína e à recorrência à ajuda do Estado. Além disso, a crise do capital, no capitalismo, é algo que não mais se restringe ao âmbito local, pois este modo mais avançado de produção tem como pressuposto a universalização das mercadorias produzidas, abarcando, por isso, a maioria dos países que se conectam em um sistema onde o capital transcende fronteiras.

A primeira crise orgânica ou sistêmica do capital se deu em 1929, após a Revolução Industrial. Esta confrontou o capitalismo concorrencial, com base no livre mercado, defendido pelo liberalismo ortodoxo. Para o enfrentamento dessa crise, ampliou-se o consumo de massa, a partir da produção e reprodução de mercadorias. Para garantir consumo, adotou-se o padrão keynesiano-fordista de regulação econômica e social e instituíram-se políticas de geração de empregos, no setor público e privado, as quais ajudaram a ampliar o valor de rendimentos e os salários por via indireta, a partir do acesso ao consumo (PEREIRA- PEREIRA, 2010).

As políticas sociais, por intermédio da ampliação do Estado na prestação de serviços, asseguraram direitos e salário indireto mediante o acesso à: saúde, habitação, previdência, educação, programas sociais. Segundo Boschetti (2009), o padrão de política social então adotado esteve diretamente associado ao trabalho, com acesso ao emprego estável.

Outra forma de enfrentamento da crise em questão foi a ampliação dos direitos sociais, tal como definidos na teoria de T. H. Marshall (1967), como sendo mínimos de proteção garantidos pelo Estado contra os rigores do processo de produção e reprodução do capital. Conforme Marshall, a cidadania engloba a garantia de direitos individuais (civis e políticos), ligados ao princípio da liberdade, e sociais (ligados ao princípio da igualdade), mas sem afrontar a essência da lógica de acumulação capitalista. Os direitos sociais conquistados e implementados no período 1940-1970 possibilitaram a ampliação do Estado Social (DONZELOT, 1995; GOUGH, 1982), e foram, como já indicado, uma resposta à crise de 1929, parametrados na doutrina econômica keynesiana e no regime de produção fordista (PEREIRA-PEREIRA, 2013).

Mas, desde os fins dos anos 1970, a crise do capital se tornou constante. Deixou de ser cíclica, para ser estrutural e sistêmica. A característica desta crise, conforme Gramsci (2002). Deve ser entendida a partir de uma perspectiva de totalidade dialética, uma vez que engloba as dimensões econômica e política (CASTELO, 2013) que se influenciam mutuamente.

Para Gramsci (2002), tais crises, apesar de colocarem em relevo o aparato institucional e ideológico do Estado ampliado, são inerentes ao modo de produção capitalista, uma vez que resultam de contradições intrínsecas de um sistema social que já não se comportam ciclicamente. Pelo contrário, são contínuas, com breves períodos de circunstancial reequilíbrio. Daí este autor realizar uma abordagem sobre os efeitos das crises sistêmicas para o proletariado, ressaltando a potencialidade das revoluções em períodos de maior turbulência.

Um aspecto da crise orgânica e sistêmica, na avaliação de Gramsci (2002), pode ser os desajustes críticos na economia, os quais, embora não sendo o único determinante, poderá favorecer golpes de Estado por parte das classes dominantes. Por conseguinte, um segundo aspecto dessa crise é o seu lado político, o qual constitui característica relevante da crise orgânica na sociedade ocidental, isto é, o seu conteúdo. A crise orgânica pode se apresentar no plano superestrutural (ideológico-político) como uma “crise de autoridade”, ou como uma “crise de hegemonia”; ou melhor,

[...] o conteúdo da crise de hegemonia da classe dirigente, que ocorre ou porque a classe dirigente fracassou em algum grande empreendimento político para o qual pediu ou impôs pela força o consenso das grandes

massas (como a guerra), ou porque amplas massas (sobretudo de camponeses ou pequenos burgueses intelectuais) passaram subitamente da passividade política a uma certa atividade e apresentaram reivindicações que, em seu conjunto desorganizado, constituem uma revolução. Fala-se de crise de autoridade; e isso é precisamente a crise hegemônica, ou crise do Estado em seu conjunto (GRAMSCI, 2002, p. 60).

A crise orgânica do capital, segundo Castelo (2013) – ao se referir à década de 1970, quando se deu o colapso do keynesianismo/fordismo e a ascensão do neoliberalismo –, deve ser analisada à luz da teoria gramsciana, por ser, aquela época, uma fase de transição entre o bloco histórico fordista-keynesiano e o neoliberal. Esta resplandeceu no plano político como uma crise de hegemonia, na qual amplos setores das classes subalternas desafiaram a supremacia burguesa. Para Castelo, portanto, a crise orgânica do capital foi, ao mesmo tempo, uma crise de hegemonia, e de produção, a queda da taxa de lucro, que implicou na dissolução do bloco histórico fordista-keynesiano; um bloco que, por trinta anos, constituiu uma fase gloriosa do ponto de vista econômico-corporativo, de pleno emprego, e na qual alguns interesses da classe trabalhadora foram assegurados pelos acordos entre o capital e o trabalho; e durante a qual a cidadania era garantida via vínculo trabalhista, na perspectiva de pleno emprego.

A supremacia burguesa tornou-se alvo de observação (e atenção), em todo o mundo, graças ao Movimento de Maio de 1968 na França, que repercutiu nos quatro cantos do planeta, por intermédio de greves, protestos, barricadas e rebeliões liderados por grupos diversificados da sociedade, cujo espectro de reivindicações era de caráter político-cultural. As principais reivindicações centravam-se no fim da alienação no trabalho e na vida cotidiana; da opressão de gênero e raça e da destruição do meio ambiente; na defesa da liberdade de expressão, de pensamento e de comportamento; no desarmamento nuclear; na libertação do Terceiro Mundo do jugo colonial e imperialista; dos direitos humanos, entre outros. As críticas ora eram direcionadas ao capitalismo, ora ao modelo soviético de socialismo.

Como maior bandeira de luta, os grupos em questão apresentavam a desmercantilização da coisa pública, pois, o bloco dominante aprofundara as estruturas de poder do capital. Ocorreram numerosas rebeliões no centro, na periferia e na semiperiferia do mercado mundial. Questionava-se a supremacia burguesa sobre os destinos da humanidade, as formas de condução da socialdemocracia, bem como o regime de produção fordista, os princípios tayloristas, a alienação e a subsunção real do mundo do trabalho aos imperativos do

capital; mas era clara a luta por um projeto de construção de uma nova sociedade, mais autônoma e igualitária.

Como visto, tal movimento valorizou os princípios da liberdade e da igualdade, mas não criou uma unidade cultural e política sobre esses valores e princípios, fragmentando o movimento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, deu espaço ao neoliberalismo, como um modo de aprofundar a supremacia burguesa. Sobre esta questão, Castelo (2013) informa que a concepção dialética, o humanismo e o historicismo foram afastados de cena para dar vez ao estruturalismo herdado por intelectuais do movimento estruturalista da França, que defendiam uma maior tecnicidade para interpretar a realidade.

Nesse contexto, de abrangência e repercussão mundial, a América Latina tem experimentado contínua luta de classes com alternância de projetos, vitórias e derrotas entre trabalho e capital.

Prova disso é que, o neoliberalismo começou a ganhar força desde fins de 1970, nos países capitalistas centrais; mas, só nos anos 1990 auferiu hegemonia na América Latina²¹, principalmente no Brasil. Esse fato significou subordinação da economia e dos interesses latino-americanos aos ditames da acumulação do capital estadunidense e europeu, associados às diversas frações do capital local. Assim, surgiram, como contraponto e não sem confrontos de classes, governos progressistas e duas novas propostas de condução política das nações, a saber: 1) o modelo neodesenvolvimentista, de corte antineoliberal, sustentado pela aliança da classe trabalhadora com os setores da burguesia interna industrial, de cunho nacionalista; e, 2) o projeto de integração continental, que deveria reunir os governos e os movimentos populares, a Alternativa Bolivariana para os Povos da Nossa América (ALBA) – que seria a chave para construção do socialismo (modelo de integração popular continental do século XXI).

De acordo com Katz (2016), a reestruturação neoliberal na América Latina vem sendo implementada, desde 1980, por um padrão de atividade econômica especializada na exportação de produtos primários, que recria sua inserção internacional como provedora de bens não industrializados. Por destaque, tem-se a importância das *commodities*²², que gerou uma transformação na agricultura, com base em cultivos de produtos de exportação em detrimento do abastecimento local, acarretando no desenvolvimento de uma classe empresarial que atua no mundo rural com critérios de acumulação intensiva, associada às

²¹ Embora, nos anos 1970, o neoliberalismo tenha penetrado no Chile, pelas mãos da ditadura comandada pelo governo de Augusto Pinochet, e influenciado as políticas econômicas e sociais daquele país sul-americano.

²² Artigo de comércio, ou mercadoria, de baixo valor agregado, vendida em sua forma bruta e, portanto, sem sofrer alteração.

empresas de agronegócios (*agrobusiness*). Dessa forma, ampliou-se, o domínio de empresas com forte incidência de trabalho assalariado de perfil taylorista, além dos contratos de risco e das regras de exportação.

Como resultado, os pequenos proprietários foram expulsos da terra, quando não obrigados a entregá-las por não conseguirem saldar suas dívidas com os bancos, migrando para as cidades e engrossando as filas de desempregados. Tem-se, por conseguinte, o declínio industrial em prol da agromineração.

Nesse processo, desenvolveu-se o turismo social (*dumping social*) com critérios individualistas, que faz parecer natural a divisão entre ricos (com direito ao descanso) e pobres (com obrigação de servir). Inaugurou-se uma era de empresas que superexploram a mão de obra local e exportam os produtos para outras regiões com lucros exorbitantes, gerados pela excessiva extração da mais valia. Criou-se uma situação dual de rendas produzidas em um país e consumidas em outros. Agravou-se o fenômeno da desigualdade social e o aprofundamento dos abusos laborais da classe trabalhadora em contextos recessivos. Por último, sustentou-se a alternância de poderes entre neoliberais/neoconservadores (a chamada Nova Direita) e socialdemocratas.

Dessa feita, o neoliberalismo, apoiado em receituários macroeconômicos do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), produziu a diminuição dos rendimentos de parcela significativa da população, afetando a capacidade de consumo, aumentando a superprodução de mercadorias e inaugurando várias modalidades de superacumulação de capital. E mais, intensificou a deterioração do meio ambiente, desencadeando desastres ecológicos inéditos. No plano geopolítico, deu origem a vários desenhos de fronteiras, como: bipolaridade, unipolaridade e multipolaridade, afetos à questão da dependência entre países centrais e periféricos (KATZ, 2016).

Por isso, pode-se dizer que o neoliberalismo, associado ao neoconservadorismo, foi legitimado pelos regimes constitucionais pós-ditaduras no cone sul latino-americano, garantindo o recrudescimento estrutural da direita. Essa legitimação diminuiu a influência da esquerda e do radicalismo nacionalista, bem como resistiu e atuou de forma a não cumprir integralmente as diretrizes neokeynesianas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Nos anos 1980, prevaleceram formas de intervenção econômica de primeira geração, que priorizava os programas de ajuste anti-inflacionário, o corte do gasto público social e a elevação das taxas de lucro. E prevaleceu a primazia do mercado na destinação dos recursos.

Na década de 1990, ganharam centralidade as recomendações do Consenso de Washington, que pregavam: a abertura comercial, as privatizações e a flexibilização do trabalho. Incentivou-se também a privatização das propriedades do Estado e a abertura maciça às importações, em detrimento do fortalecimento do mercado interno, o que acarretou redução de rendimentos em âmbito nacional e aumento da desigualdade social.

Posteriormente, presenciou-se um surto de hipocrisia dos órgãos internacionais, sobretudo do Banco Mundial e do FMI, que manifestaram, publicamente, uma suposta preocupação com a pobreza. Tais órgãos reconheceram, as “falhas” do mercado e preconizaram maior regulamentação do Estado, uma vez que este passou a ser partícipe nas questões concernentes ao meio ambiente, à formação de capital humano e à criação de infraestrutura. Enfatizou-se, ademais, a importância das políticas focalizadas na extrema pobreza, como forma de distribuição de renda, uma vez que esta pobreza poderia ser diminuída quando da geração de mais empregos. Por último, sinalizaram para outras políticas de bem-estar, além de darem ênfase aos princípios macroeconômicos adotados pelos Estados Unidos da América do Norte (EUA) e Europa.

Na América Latina, o neoliberalismo apresenta quatro dimensões diferenciadas e assim nomeadas por Katz (2016): 1) etapa do capitalismo; 2) estratégia de livre comércio; 3) política econômica; e 4) governos de direita. Entretanto, todas as administrações compartilharam o mesmo padrão de inserção do país na globalização neoliberal ou “pelo alto”, como denomina Otávio Ianni (2004).

Como se sabe, os neoliberais enaltecem o livre comércio como estratégia de desenvolvimento, por defendê-lo como o único modo de combater a desigualdade e a pobreza. Segundo Katz (2016), na América Latina, ele privilegiou as exportações agrominerais e as importações industriais, bem como levou o Continente ao subdesenvolvimento e à inserção dependente no mercado mundial. E mais, contribuiu para a proeminência das grandes empresas e a garantia estrutural da exploração; omitiu a intensa prática da dependência e a inserção reprimarizada da região no mercado mundial, gerando o fortalecimento das oligarquias financeiras e o bloqueio à acumulação sustentável do capital.

A abertura do livre comércio na periferia do capitalismo impôs a estes obstáculos à diversificação econômica e ao crescimento. As economias desenvolvidas impuseram normas aos países periféricos, a fim de assegurar a colocação de suas exportações industriais. No passado, havia programas dos latifundiários exportadores; mas nos tempos atuais, as demandas atendidas procedem dos grandes bancos e das corporações agroindustriais com negócios internacionalizados.

Nesse diapasão, de acordo com Castelo (2013), o neoliberalismo impôs uma estratégia que agrava os graus de alienação e subsunção real do trabalho à burguesia, reforçando o caráter predatório do desenvolvimento das forças produtivas, sob o domínio do capital, o qual continua a consumir o ser humano e a natureza em sua constante busca pela acumulação. Segundo este autor, na atualidade, vem ocorrendo um desenvolvimento desigual que articula o arcaico e o moderno. Tal realidade tem gerado regressão no mundo do trabalho, com o surgimento de atividades laborais artesanais, familiares, informais, autônomas, do “mercado negro”, com base na exploração do trabalho nos modais infantil, escravo, feminino e imigrantes ilegais, combinando-se mais-valia absoluta com mais-valia relativa.

No âmbito do neoliberalismo surgiu uma corrente denominada social-liberalismo. Esta é originária da fase pós 1980-1990, com raízes no keynesianismo de pós-guerra e do reformismo socialdemocrata, que proclamou o ocaso da ideologia, a extinção da era industrial e a obsolescência da luta de classes. Por seu intermédio, deu-se incentivo às políticas privatistas – sem considerar os desequilíbrios gerados pela desregulamentação da economia – e à defesa da globalização como um caminho inexorável que demanda maior abertura do mercado, eficiência e competitividade; e tudo isso sem explicitar os problemas e as violações às conquistas sociais, as perdas de direitos ligados ao trabalho, e sem alardear a não universalização das políticas sociais e a flexibilização das relações de trabalho.

Essa corrente (social-liberal) surgiu como um caminho de transição entre as ditaduras e os regimes constitucionais e foi negociada entre as cúpulas dos militares e dos partidos políticos tradicionais como “justificação” de um modo de soberania e democratização. Nas palavras de Katz (2016), os compromissos em questão geraram sistemas políticos manietados e subordinados aos credores externos, justamente quando a crise da dívida intensificou a miséria e pulverizou a estabilidade do constitucionalismo.

Os referidos mecanismos expuseram, segundo Katz (2016), o caráter agressivo das democracias excludentes. Tais regimes agravaram o empobrecimento da população e realizaram transferência de renda considerável para os banqueiros. Os efeitos regressivos foram remediados com acordos de transição pós- período ditatorial. Imaginava-se que o constitucionalismo abriria as portas para o Estado de Bem-Estar; assegurava-se estruturação e financiamento da Seguridade Social; mas, não se previu a formação de estruturas desiguais e contrárias ao desenvolvimento. Firmaram-se, os regimes social-liberais, na visão institucionalista, sem abordar a questão da desigualdade, das classes sociais e a exploração do trabalhador. Fizeram uso das teorias de Gramsci (2002) para alertar sobre a importância de se forjar sociedades civis fundamentadas na influência cultural da classe trabalhadora, sob o

argumento de que tal processo possibilitaria suavizar as normas coercitivas do Estado e resistir ao domínio do mercado, em busca de um consenso entre o proletariado e a burguesia.

Na década de 2000 com a ascensão ao poder de um representante do Partido dos Trabalhadores (PT), no Brasil, este país voltou a apresentar algumas altas taxas de crescimento econômico (BOITO JR., 2012). No entanto, tal fase (denominada neodesenvolvimentista) foi questionada por muitos analistas ao mesmo tempo em que era aplaudida por outros.

Situada no período 2002-2015, a fase em questão, quando o governo instituído buscou retomar a proposta de intervenção do Estado em prol do desenvolvimento do capitalismo brasileiro, culminou em uma frente política focada na governabilidade. Esta frente teve sua germinação nos anos 1990. Foi dirigida pela fração de classe da grande burguesia interna brasileira, representada pelas parcelas ligadas à mineração, construção pesada, agronegócio, indústria de transformação, grandes bancos e estatais de capital predominantemente nacional; além de envolver a classe trabalhadora – que se encontrava alijada do poder –, a baixa classe média, o operariado, o campesinato e os trabalhadores da massa marginal. Esta frente se caracterizou como principal recurso político do qual se locupletou a classe burguesa interna para poder ascender politicamente no interior do bloco no poder. Mas, passou a enfrentar o grande capital financeiro internacional, a fração da burguesia brasileira integrada e subordinada a este capital internacional, os setores dos grandes proprietários de terra e a alta classe média do setor privado e do setor público.

Nessa época, investiu-se, segundo Boito Jr. (2012), nas políticas de recuperação do salário mínimo e de transferência de renda, a fim de ampliar o consumo; na elevação do orçamento para o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), para financiamento das grandes empresas nacionais a uma taxa de juros favorecida ou subsidiada; na política externa de apoio às grandes empresas brasileiras ou instaladas no Brasil para exportação de mercadorias e de capitais; na política econômica e no incremento do investimento estatal em infraestrutura. E enquanto isso buscou-se proteger o mercado interno com medidas muito acanhadas em relação a uma taxa de juros menor.

O neodesenvolvimentismo revelou-se o desenvolvimentismo do capitalismo neoliberal. Ele apresentou diferenças do desenvolvimentismo adotado no Brasil no período de 1930-1980, quais sejam: pouca importância ao mercado interno; manutenção da estratégia de abertura comercial herdada dos governos anteriores; pouca importância ao desenvolvimento do parque industrial local (BRESSER-PEREIRA, 2012); concordância com os constrangimentos da divisão internacional do trabalho; reativação da função primária

exportadora do capitalismo brasileiro; apresentação de menor capacidade distributiva de renda; e condução por uma parcela da classe burguesa que perdeu a possibilidade de atuar como força social nacionalista e contra as diretrizes imperialistas.

Observa-se, portanto, que o neodesenvolvimentismo dos anos 2000-15 foi mais tímido que o desenvolvimentismo dos anos 1930 por se traduzir no limite possível dado pelo ideário neoliberal dominante. Contudo, isso não quer dizer que não tivesse ocorrido a participação dos trabalhadores, representados pelo operariado urbano e pela baixa classe média, por intermédio do PT, que, segundo Katz (2016), foi o instrumento partidário do neodesenvolvimentismo no Brasil; e nem que os movimentos sociais não tivessem parte de suas demandas atendidas, com parca recuperação dos salários e ampliação da agricultura familiar, além da criação de programas sociais (Minha Casa Minha Vida, para dar um exemplo) e da ampliação do Programa de Bolsa Família (PBF). Entretanto, as políticas sociais não foram de caráter universal, mas sim, com foco na extrema pobreza, com mecanismos de condicionalidades e ativação para o trabalho, mesmo sendo estes de natureza precária e/ou informal, sem garantias de acesso a direitos.

Segundo Eransus (2005), nos anos 1950, em atenção a reivindicações sindicais por pleno emprego. Referia-se a políticas macroeconômicas, de caráter público, criadas para facilitar o acesso ao emprego da força de trabalho. Porém, desde os anos 1960, e com maior protagonismo nos anos 1980, Organizações Internacionais, como a ONU, a OCDE, o Banco Mundial e, mais tarde, a União Europeia, adotaram este termo para nomear uma série de políticas voltadas para inserir desempregados, principalmente os requerentes de assistência social, no mercado laboral. O termo “ativo”, aí empregado, se contrapunha ao termo “passivo”, que, segundo essas instituições, caracterizavam as políticas do Estado de Bem-Estar. Esta contraposição conceitual, imediatamente passou a difundir um juízo de valor, abraçado inclusive na América Latina, de que as medidas ativas (indutoras de esforços individuais) são positivas, enquanto as medidas passivas (que dão respostas a demandas e necessidades) são negativas e incitadoras da preguiça. Eis porque, conforme os *Planos Nacionais de Inclusão Social* que se tornaram frequentes na União Europeia, a ativação passou a ser um “trampolim” para o emprego, geralmente flexível e precário.

No Brasil, segundo Pereira-Pereira (1996), a política de Assistência Social, passou a constituir uma estratégia de último recurso do Estado neoliberal para desconstruir o status de direito desta e todas as políticas sociais consignado na Constituição Federal de 1988. Assim, ao invés de a Assistência Social, tentar contribuir para a universalização do acesso a bens e serviços públicos, articulada a outras políticas, intensificou a sua ação na prestação de

benefícios ínfimos, enquanto se reduziam os investimentos nela mesma e nas demais políticas sociais – tendência identificada em todos os países do capitalismo central e periférico. Dessa forma, a Política Social em seu conjunto “[...] se traveste à imagem e semelhança do neoliberalismo e da ofensiva burguesa e descaracteriza os direitos, fruto da luta histórica da classe trabalhadora, pela emancipação política” (BOSCHETTI, 2016, p.171).

Além das consequências experimentadas pelo processo contemporâneo de desenvolvimento dependente e periférico, os países da América Latina também têm enfrentado, de forma mais sistêmica, a crise estrutural do capital que afeta sensivelmente seus embrionários aparatos de Proteção Social/ Seguridade Social, ao tempo em que a flexibilização das relações de trabalho gera implicações negativas para o processo de envelhecimento do trabalhador.

Segundo Mézáros, quanto mais aumenta a competitividade e a concorrência intercapitalistas, mais nefastas estas se tornam, tendo em vista que as suas consequências levam à destruição da força humana que trabalha e à degradação do meio ambiente. De acordo com Piedade e Pereira-Pereira (2016, p.53) essa situação ocorre

[...] pelo fato de ela [a crise estrutural do capital] ser cumulativa, crônica e permanente e, portanto, avessa a correções de rumos reformistas. Assim, tanto nos países do capitalismo central quanto do periférico, há manifestações de sua presença caracterizadas pelo desemprego aberto, degradação ambiental, desmonte dos direitos sociais e um extraordinário aumento das desigualdades sociais.

Esta crise é estrutural e sistêmica porque é resultado de um conjunto complexo de múltiplas determinações, não podendo ser reduzida a uma única causa como, por exemplo, a superprodução ou subconsumo. Entre essas determinações, Mandel (1990) destaca a queda tendencial na taxa de lucros e o aumento da composição orgânica do capital. A busca pela expansão global de mercados aumenta a concorrência capitalista, levando à redução nos preços e no valor das mercadorias que, por sua vez, conduz à intensificação da extração da mais-valia, que tem limites devido à redução do quantitativo de trabalhadores na produção. O baixo retorno dos investimentos produtivos, ou seja, a queda na rentabilidade privada leva a uma fuga do capital do setor produtivo para a esfera financeira especulativa.

Atualmente, tal busca tem se valido dos mecanismos de crédito como uma das “mediações decisivas” (BEHRING, 2012, p. 756). A propriedade privada dos meios de produção ganha rentabilidade por meio de operações monetárias solventes, nas quais

prevalece o domínio mundanizado do capital financeiro. Sobre esta questão, Chesnais (2012, p. 8) observa que:

[...] as formas mais concentradas do capital – capital financeiro predominantemente industrial ou capital de investimento financeiro ‘puro’ – beneficiam-se, então, de um campo de operações e de um espaço de dominação que se estende sobre grande parte do planeta, ou mesmo a totalidade se estimarmos que a integração da China ao capitalismo mundial está perto de acontecer.

Foi, portanto, a partir da relação entre conglomerados financeiros (bancos, corporações de seguro, capital agroexportador, entre outros), que o processo de acumulação rentista se legitimou (PEREIRA-PEREIRA, 2013).

No Brasil, vivenciou-se grande estagnação decorrente de tais processos. Houve decréscimo de setores econômicos importantes, pelo aumento da dívida pública – agravada pela adoção do ideário neoliberal, nos anos 1990 – e pela reconfiguração do Estado no bojo de uma sociedade de classes em que a burguesia ainda preserva valores escravocratas, ao tempo em que se mantém dependente dos países capitalistas centrais. Conforme Boschetti (2010), passou-se a desviar recursos do Fundo Público nacional para amortizar a dívida externa, transformada hoje em dívida pública, em detrimento do compromisso público com o atendimento das demandas e necessidades da população.

Os resultados da crise são perceptíveis, nos indicadores de empobrecimento generalizado da maioria da população, em especial, nos países periféricos, além do desemprego em expansão em todas as partes do mundo.

Ao buscar e situar o envelhecimento do trabalhador nesse processo, concorda-se com Teixeira (2008), de que o trabalhador velho, ao perder o seu valor de uso, atinge caráter supérfluo, desumanizante para o capital, e de peso morto no exército industrial de reserva; entretanto, acrescenta-se que, na atualidade, esse trabalhador, mesmo quando inativo, tem sustentado suas famílias, com seus benefícios assistenciais ou pensões, e com o seu retorno forçado ao mercado de trabalho.

Observa-se que tais processos estão relacionados à ditadura do trabalho abstrato – produtor de mais-valia e de degradações humano-sociais. Tem-se aí um sistema que instaura uma relação desumanizada, entre capital e trabalho e reduz o trabalhador à coisa, não apenas pela desvalorização das necessidades humanas, mas, também por configurar uma sociabilidade que gera pobreza, populações excedentes e os ‘inúteis’ para o capital, principalmente quando a força de trabalho se desgasta e envelhece.

O fenômeno do envelhecimento nos países periféricos e dependentes é uma questão crucial que exige reflexão, regida por uma perspectiva crítica, histórica e estrutural; ou seja, que exponha seus determinantes fundamentais, uma vez que, conforme Teixeira (2008), o ser humano, em tempos de crise do capital, somente interessa como possuidor de força de trabalho, fonte de mais-valia e de valor, ou como consumidor – o que explica a desvalorização do velho.

As respostas governamentais oferecidas à problemática em questão decorrem do envelhecimento empobrecido e inseguro e da implementação de contrarreformas e/ou reformas dos sistemas de Seguridade Social, em sua maioria recomendadas pelos organismos internacionais, que realizaram ajustes fiscais para garantir a sustentabilidade do sistema do capital e o crescimento das nações imperiais.

Em geral, a velhice contempla uma dupla contradição: i) a grande maioria dos trabalhadores que, em idade ativa, produziram o capital excedente – para acumulação capitalista – vivem na velhice com poucas aposentadorias (não reajustadas ao devido valor) ou com benefícios assistenciais; ii) na velhice quando se supunha o acesso à aposentadoria, os/as idosos/as são obrigados ao retorno ao mercado informal de trabalho, super endividados, sustentando suas famílias, filhos e netos desempregados, e sendo ainda responsáveis pelo seu auto sustento; e quando a velhice se dá com grau de dependência, a responsabilidade recai quase sempre na família, na mulher e/ou na filha, a principal cuidadora, e/ou nas instituições de longa permanência, com residual cooperação e/ou negligência estatal, exigindo, como na atualidade, a judicialização do atendimento para a garantia do acesso aos direitos e às políticas sociais.

Essa reengenharia macroeconômica – alimentada pela articulação nacional e internacional no âmbito dos poderes instituídos, mediante receitas do FMI e do BM –, fortalecidas com a adesão da classe política e do Estado – mantém o ciclo da apropriação privada das riquezas e a superexploração da classe trabalhadora, incluindo as pessoas idosas.

As políticas sociais que integram o conjunto da proteção social à velhice do trabalhador estão, contraditoriamente, garantindo e/ou retirando o acesso aos direitos sociais, ao mesmo tempo em que reproduzem ações de caráter focalizado, com condicionalidades, a ativação para o trabalho precarizado, sendo: seletivas no critério de elegibilidade; excludentes e privatistas; mercadorizadas na saúde, na educação, na assistência e na previdência social, restringindo o acesso ao Fundo Público – construído com recursos e fontes tributárias que oneram preferencialmente o trabalhador.

Assim, tem-se o ciclo de exploração da classe trabalhadora em todas as fases de sua existência incluindo a velhice.

Diante deste ciclo até aqui configurado, pergunta-se: Para qual classe social é possível vivenciar o processo de Envelhecimento Ativo? E quais requisitos estruturais e conjunturais os países da América Latina necessitam possuir, para alcançarem as metas do Envelhecimento Ativo?

Pois, ao tempo em que se verifica o esforço formal dos governos em aderir às recomendações de direitos humanos e implementar determinações do envelhecimento ativo, inclusive no âmbito da seguridade social, paradoxalmente estes se tornam avançados na legislação, mas retrógrados e sub ou desfinanciados na prática.

**PARTE II – O CASO BRASILEIRO: OS PARADOXOS DO ENVELHECIMENTO
ATIVO NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS**

CAPÍTULO IV – O CASO BRASILEIRO: ENVELHECIMENTO E TRANSIÇÕES EM CURSO

Este capítulo trata das especificidades históricas, conceituais e legais das políticas que compõem o Sistema de Seguridade Social no Brasil, voltadas às pessoas idosas, face aos os desafios impostos pelas transições relacionadas ao processo de envelhecimento em um contexto de contrarreformas. Nesta abordagem dar-se-á ênfase à regulamentação das políticas de Seguridade Social- saúde, previdência e assistência social - e às políticas específicas de atenção e defesa dos direitos das pessoas idosas: Política Nacional do Idoso (PNI), regida pela Lei 8.842 de 1994; e o Estatuto do Idoso, correspondente à Lei 10741 de 2003.

4.1 Tendências e decorrências da transição demográfica no Brasil

No Brasil, as quatro transições em curso que têm relação com o processo de envelhecimento, são:

- 1 Transição demográfica: representada pelas baixas taxas de mortalidade, com elevadas taxas de expectativa ou esperança de vida ao nascer, e de sobrevivência e ou expectativa de vida aos 60 anos, além de diminutas taxas de natalidade;
- 2 Transição epidemiológica: associada ao envelhecimento; às pessoas idosas com alto índice de doenças crônico-degenerativas, na contramão do declínio de doenças infectocontagiosas e um número significativo sob semidependência e dependência para as atividades da vida diária, com a capacidade funcional comprometida;
- 3 Transição econômico-social: referente às crises (cíclicas e/ou estruturais) do capital, às mudanças significativas nas relações de mercado de trabalho, à formação de novos arranjos familiares, à introdução de novos valores societários e à transição da sociedade pós-industrial para a tecnológica, exigindo: maior grau de escolaridade e ampliação do conhecimento para concorrer e acessar o mercado de trabalho precarizado; e
- 4 Transição política: pertinente à hegemonia e supremacia do Estado (na contemporaneidade a serviço do mercado), caracterizado pelas alterações na forma de organização, gestão, financiamento das políticas que integram a Seguridade Social e desmonte de direitos e contrarreformas; excesso de medidas que beneficiam o capital ao preço da precarização do trabalho; mobilização dos movimentos sociais;

acirramento da agenda neoliberal com tendência para o neoconservadorismo ou extrema direita; polarização de classes sociais antagônicas, colocando em risco direitos sociais já conquistados;

No decorrer dessas transições o Brasil foi aderindo aos marcos legais internacionais, referentes ao envelhecimento, que influenciaram a inclusão na Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994 – sobre a Política Nacional do Idoso, e na Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 – sobre o Estatuto do Idoso, da necessidade de se ampliar, no país, o acesso da pessoa idosa aos direitos que lhes são devidos. Além disso, o país aderiu às normativas internacionais que contrarrestam, no campo da gestão macroeconômica e social, a visão de cortes de gastos e ajustes fiscais culpabilizadora do processo de envelhecimento²³.

Em vista disso, afirma-se que o Brasil vem caminhando a passos largos para o processo acelerado de envelhecimento concomitante à construção de uma vasta legislação e arcabouço jurídico inigualáveis na área defesa de direitos das pessoas idosas; entretanto, nem o Estado, as famílias, a sociedade nem as próprias pessoas idosas estão preparadas para o desafio da utopia de envelhecer com dignidade, justiça social, cidadania e qualidade de vida. Os indicadores da transição demográfica, e outros indicadores afetos à população brasileira, revelam a magnitude desse desafio que, dependendo da adoção de políticas (de ação ou omissão estatal) poderá desencadear um processo civilizatório ou rumar para a barbárie social.

4.1.1 Especificidades da transição demográfica

A dinâmica populacional expressa na transição demográfica tem papel crucial na concepção, elaboração e planejamento de políticas públicas e na instrumentalização da sociedade, governos e iniciativa privada para o enfrentamento de desafios inerentes aos ciclos de vida e em especial a velhice, considerando: a heterogeneidade de classes, o aumento da desigualdade social gerada pelo modo de produção e pelas políticas implementadas para dar sustentação à reprodução do capital e atender em parte as necessidades da população.

²³ “As pessoas, à medida que envelhecem, precisam de apoio em relação à renda e às oportunidades de trabalho decente para permanecerem ativas, além de serviços sociais e de saúde apropriados, destacando-se os cuidados de longa duração para as que se encontram em situação de dependência. A implementação de políticas públicas para atender essas novas e aumentadas demandas, revela-se um desafio, principalmente em um sistema socioeconômico em que essas políticas são consideradas ‘gastos’, como é no capitalismo de extração liberal” (MENDONÇA, 2016, p. 181).

Do ponto de vista histórico, a transição demográfica foi proposta pelo americano Warren Thompson, em 1929, sob o termo “*Demographic Transition Model*”, que pode ser traduzido livremente como a forma de estudar as modificações que acontecem nas populações humanas desde o período das “altas taxas de nascimento (natalidade) e altas taxas de mortalidade” até o período das “baixas taxas de nascimento (natalidade) e baixas taxas de mortalidade”. Esse autor partiu do princípio de que as taxas de nascimento e mortalidade nunca foram constantes no tempo, e que há leis ou regras gerais que se aplicam a todas as populações, que seriam as fases da transição demográfica. Neste sentido, ele estipulou quatro fases, a saber: fase I – pré-moderna; fase II – moderna; fase III – industrial madura; fase IV – pós-industrial.

A fase I, pré-moderna, se dá em sociedades rurais com altas taxas de natalidade e mortalidade. Nela, há oscilação rápida da população dependendo de eventos naturais como, por exemplo, seca prolongada e doenças. Como consequência, tem-se, em grande parte, uma população jovem. No Brasil, essa fase já foi ultrapassada, mas, em vários países da África, ela ainda existe.

Na fase II, moderna, estão sociedades onde houve melhora nas técnicas agrícolas e maior acesso à tecnologia e educação. Nelas, as taxas de mortalidade caem rapidamente devido à maior oferta de alimentos e de condições sanitárias. Como consequência tem-se o aumento da sobrevivência e a redução das doenças infecto-parasitárias. Por outro lado, ocorre o aumento da taxa de nascimento com o aumento da população. Essa fase também já foi praticamente ultrapassada no Brasil e somente em algumas áreas do país se observa um aumento da natalidade.

A fase III, industrial madura, é caracterizada pelos seguintes aspectos: urbanização, acesso à contracepção, melhora da renda, redução da agricultura de subsistência, melhora da posição feminina na sociedade e queda da taxa de nascimentos. Em consequência, tem-se um grande número de crianças cuja proporção cai rapidamente devido ao aumento na proporção de jovens concentrados em cidades que, por sua vez colabora com o aumento da violência juvenil. O saldo desse período é a tendência à estabilização da população. O Brasil está no ciclo final dessa fase, já próximo do seguinte.

A fase IV, pós-industrial, chamada de tecnológica, é o momento em que baixas taxas de natalidade e mortalidade convivem com taxas de fecundidade que mantêm abaixo da taxa de reposição populacional. Desse processo, decorrem três consequências: aumento da proporção de idosos; encolhimento da população; e necessidade de imigrantes para trabalhar em empregos de baixos salários. Trata-se, esta fase, de uma situação bastante comum em

países da Europa, como, por exemplo, Itália e Portugal. No Brasil, a cidade de São Paulo é um exemplo assim como outras capitais de grande porte.

Em suma, todas as fases supramencionadas se fizeram presentes no Brasil, sendo que, na atualidade, é possível identificar, com maior precisão, a III, a caminho da IV, considerando suas especificidades relacionadas: à composição etária da população; ao modelo de desenvolvimento socioeconômico dependente; as intercorrências do mercado de trabalho (urbano e rural) no agronegócio, na indústria, na adoção de tecnologias e na educação.

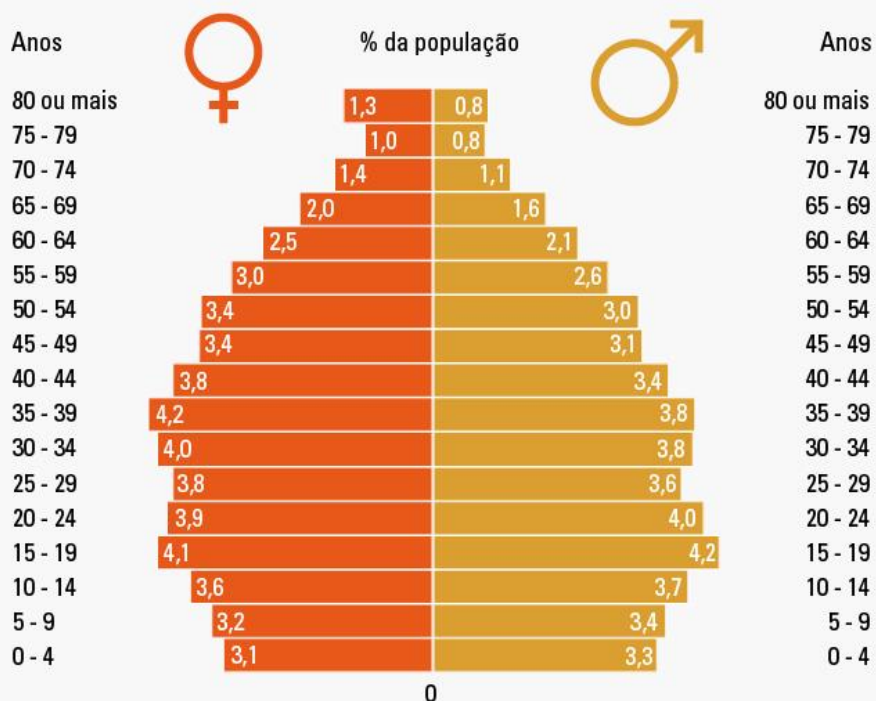
Desde fins do século XX, o Brasil vem apresentando um acelerado aumento da população idosa. Proporcionalmente, a faixa etária de 80 anos ou mais é a que mais cresce.

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes, contra cinco vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MS, 2002).

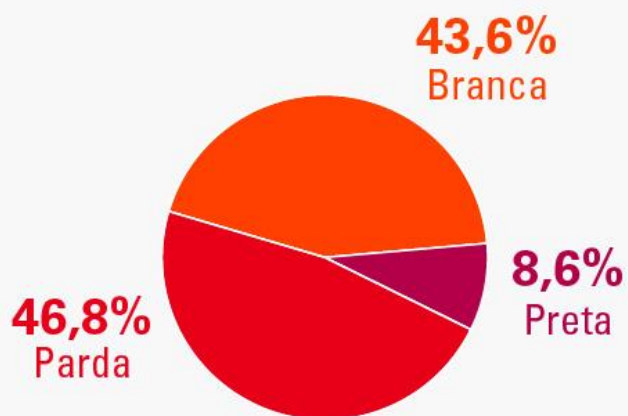
O envelhecimento afeta a razão de dependência da população, que é representada pela relação entre os segmentos considerados economicamente dependentes (pessoas com menos de 15 e 65 anos ou mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos), que é a proporção da população que, em tese, deveria ser sustentada pela parcela economicamente produtiva (IBGE, 2018).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Continua, do IBGE, de abril de 2018, o Brasil dispunha, em 2017, de uma população idosa de 60 anos e mais, estimada em 30,2 milhões de pessoas. Destas, 16,9 milhões são mulheres, representando (56%), e 13,3 milhões são homens. Observa-se ainda que, do total da população brasileira, 43,6% declaram-se brancos, 46,8% pardos e 8,6 % negros, como atesta a figura 3 a seguir.

Distribuição da população por sexo e grupo de idade - 2017



Distribuição da população de acordo com a cor ou raça



Fonte: IBGE - PNAD Contínua - Características de domicílios e moradores

AGÊNCIA IBGE
NOTÍCIAS

Figura 3 - Distribuição da População por sexo e idade - 2017.

Fonte: IBGE - Pnad - 2017

A revisão populacional realizada pelo IBGE, em julho de 2018, informa que, neste ano, o Brasil tem uma população estimada de 208,5 milhões de habitantes e que, em 2047, ocorrerá um pico populacional estimado em 233,2 milhões de habitantes sinalizando que população brasileira está a caminho da transição do crescimento para o decréscimo demográfico (IBGE, 2018; ALVES, 2018).

De acordo com Alves (2018), está ocorrendo a transição da estrutura etária, com a mudança de uma pirâmide populacional de base larga (rejuvenescida) para uma pirâmide de base estreita e de topo ampliado (envelhecida). Durante mais de 500 anos, o Brasil teve uma estrutura etária rejuvenescida. Mas isto vem mudando no decorrer do século XXI.

As novas projeções do IBGE (revisão de 2018), demonstram ainda que, em 2010, havia 48,1 milhões de jovens (crianças e adolescentes) de 0 a 14 anos e 20,9 milhões de idosos com 60 anos e mais. O Índice de Envelhecimento (IE)²⁴ era de 43,4 idosos para cada 100 jovens (crianças e adolescentes). Porém, em 2018, o número de jovens (crianças e adolescentes) (de 0 a 14 anos) caiu para 44,5 milhões e o de idosos subiu para, aproximadamente, 30,2 milhões, ficando o IE em 63 idosos para cada 100 jovens. Confira-se o gráfico a seguir.

²⁴ O Índice de Envelhecimento - IE pode ser medido pelo número de pessoas de 60 anos e mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade. Uma população é considerada idosa quando o topo da pirâmide é maior do que a sua base, ou seja, quando o Índice de Envelhecimento (IE) é igual ou superior a 100 (IBGE, 2018; ALVES, 2018).

**Número de jovens (0-14 anos) e de idosos (60 anos e mais) e Índice de Envelhecimento (IE)
Brasil: 2010-2060**

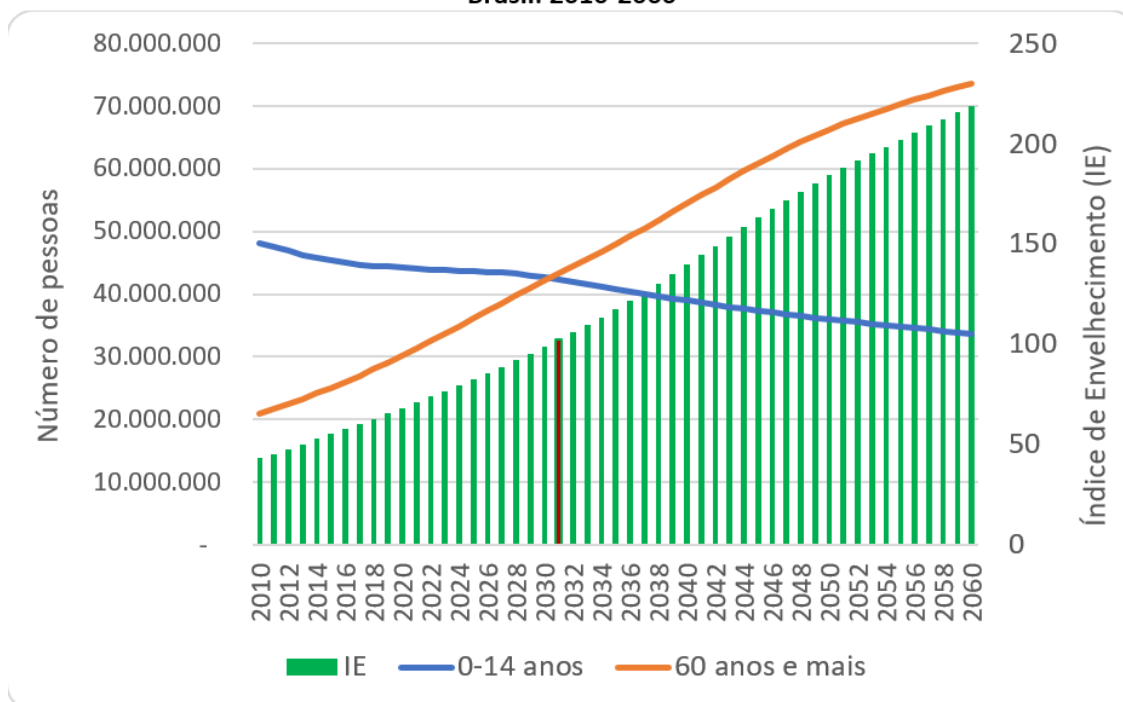


Figura 4 - Relação de Jovens e de Idosos e Índice de Envelhecimento.

Fonte: IBGE- Revisão de População (2018).

Conforme a Figura 4, em 2031 o número de idosos ultrapassará o de jovens (crianças e adolescentes) quando haverá 42,3 milhões de jovens (crianças e adolescentes) de (0-14 anos) e 43,3 milhões de idosos (60 anos e mais). Nessa data, pela primeira vez o IE será maior do que 100, ou seja, haverá 102,3 idosos para cada 100 jovens (crianças e adolescentes) (veja a coluna vermelha na Figura 4). No ano de 2055, as projeções do IBGE indicam o montante de 34,8 milhões de jovens (crianças e adolescentes) de (0-14 anos) e de 70,3 milhões de idosos (60 anos e mais), enquanto o IE será de 202 idosos para cada 100 jovens (crianças e adolescentes); ou seja, haverá mais do dobro de idosos em relação aos jovens (crianças e adolescentes) (IBGE, 2018; ALVES, 2018).

Atualmente, a taxa de fecundidade total é de 1,77 filhos por mulher. Em 2060, o número médio de filhos por mulher deverá cair para 1,66. No que se refere à expectativa de vida ao nascer hoje a média deste indicador está em torno de 75,8 anos, sendo 72,9 para homens e 79,4 anos para mulher, conforme Figura 5.

EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER NO BRASIL

TOTAL 2016

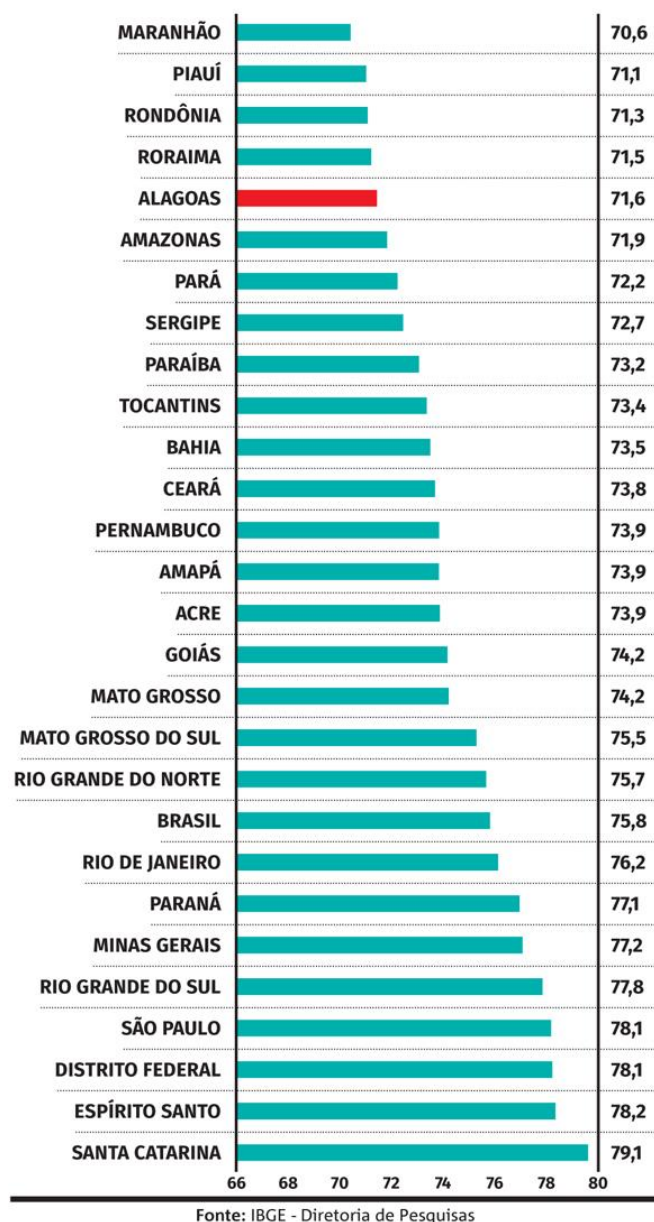


Figura 5 - Expectativa de Vida ao Nascer no Brasil.

Fonte: IBGE (2016).

E dentre as unidades da federação, Santa Catarina, segundo o IBGE, possui a maior esperança de vida ao nascer para ambos os sexos (79,7 anos), devendo esta posição se manter, em 2060, com 84,5 anos. Em contraposição, na mesma data, o Maranhão deverá apresentar a menor esperança de vida ao nascer (70,6 anos). Entre os homens, os valores de esperança de

vida mais elevados, projetados para 2060, serão observados em Santa Catarina - 81,5 anos - e Rio Grande do Sul - 80,9 anos - enquanto os mais baixos serão os do Piauí - 72,7 anos - e do Pará - 73,6 anos. Os valores mais altos de esperança de vida feminina também serão em Santa Catarina - 87,6 anos - seguido pelo Paraná, com 87,0 anos. Rondônia e Roraima experimentarão as mais baixas esperanças de vida entre as mulheres: 80,3 anos e 80,8 anos, respectivamente (IBGE, 2016).

Como dado importante, destaca-se a tábua de sobrevivência, ou esperança de vida, divulgada pelo IBGE, em 2016, a qual apresenta as diferenças por gênero e estados da federação após os sessenta anos.

Tabela 1 - Esperança de vida e tempo médio de vida aos 65 anos – 2016.

Unidades da Federação	Esperança de vida aos 65 anos			Tempo médio que irá viver um indivíduo ao completar 65 anos		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
<i>Brasil</i>	18,5	16,8	20,0	83,5	81,8	85,0
Rondônia	15,9	14,8	17,1	80,9	79,8	82,1
Acre	18,0	16,4	19,7	83,0	81,4	84,7
Amazonas	16,8	15,4	18,2	81,8	80,4	83,2
Roraima	16,2	15,3	17,2	81,2	80,3	82,2
Pará	16,9	15,5	18,3	81,9	80,5	83,3
Amapá	18,1	16,8	19,3	83,1	81,8	84,3
Tocantins	17,6	16,5	18,7	82,6	81,5	83,7
Maranhão	16,9	15,1	18,7	81,9	80,1	83,7
Piauí	16,2	14,6	17,7	81,2	79,6	82,7
Ceará	17,8	16,3	19,0	82,8	81,3	84,0
Rio Grande do Norte	18,6	16,7	20,1	83,6	81,7	85,1
Paraíba	17,4	16,2	18,5	82,4	81,2	83,5
Pernambuco	17,3	15,7	18,6	82,3	80,7	83,6
Alagoas	17,0	15,3	18,5	82,0	80,3	83,5
Sergipe	17,0	15,2	18,5	82,0	80,2	83,5
Bahia	18,0	16,1	19,7	83,0	81,1	84,7
Minas Gerais	19,2	17,9	20,4	84,2	82,9	85,4
Espírito Santo	20,1	18,2	21,8	85,1	83,2	86,8
Rio de Janeiro	18,5	16,6	20,1	83,5	81,6	85,1
São Paulo	19,2	17,4	20,7	84,2	82,4	85,7
Paraná	18,7	17,2	20,0	83,7	82,2	85,0
Santa Catarina	19,8	17,7	21,6	84,8	82,7	86,6
Rio Grande do Sul	19,1	17,1	20,8	84,1	82,1	85,8
Mato Grosso do Sul	18,4	16,7	20,0	83,4	81,7	85,0
Mato Grosso	17,7	16,5	19,0	82,7	81,5	84,0
Goiás	17,5	16,4	18,5	82,5	81,4	83,5
Distrito Federal	19,2	17,2	20,8	84,2	82,2	85,8

Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

Importa ressaltar que, na Tabela 1 a sobrevida para pessoas idosas após os sessenta e cinco anos está estimada, em média, em 18,5 anos, sendo 16 anos para homens e 20 anos para mulheres. Entretanto, há controvérsias sobre esta diferença ao se considerar: as especificidades de atribuições entre os gêneros durante os ciclos de vida, os quais se refletem nas horas trabalhadas nos afazeres domésticos; as diferenças de salários durante a inserção no mercado de trabalho; e o papel de cuidadora assumido pela maioria das mulheres, quer dos filhos, quer dos pais ou de outros membros da família, implicando acréscimo de encargos e desgastes ao sexo feminino, além das especificidades regionais, do centro e das periferias das grandes cidades a exemplo de São Paulo e demais estados do País.

Salienta-se, ainda, que a sobrevida ou esperança de vida no tempo, medida em anos, é um dado muito importante no contexto da transição demográfica. A esse respeito, as pesquisas no Brasil vêm demonstrando uma grande diferença no processo de envelhecimento entre classes sociais, uma vez que a grande maioria das pessoas idosas depende do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros serviços públicos, além de revelar que a saúde está relacionada à renda e ao grau de escolaridade.

Estudos realizado por vários demógrafos, economistas e, em especial, por Alves (2018), destacam como fator importante o *bônus demográfico*, o qual está relacionado à diminuição de taxas de natalidade, (redução de fecundidade), a diminuição das taxas de mortalidade (aumento da expectativa de vida) e é medido pela relação de dependência entre o número de pessoas em idade considerada dependente (crianças, adolescentes e idosos) e o número de pessoas em idade considerada produtiva (15 a 64 anos). A importância desse fator reside na possibilidade de poder gerar uma janela de oportunidade para o país face às potencialidades que a transição demográfica abre ao desenvolvimento econômico e à justiça social.

Quanto ao significado da razão de dependência da população, que em 2018 é de 44%, esse indicador demonstra que, neste ano, 44 indivíduos, no Brasil, com menos de 15 e com mais de 64 anos de idade dependem de cada grupo de 100 pessoas em idade ativa para o trabalho (PIA), isto é, de pessoas entre a faixa etária de 15 e 64 anos. Entretanto, estudos informam que, em 2039, a razão de dependência total sofrerá a seguinte alteração: deverá ser de 51,5%, quando a proporção de jovens (25,7%) e idosos (25,8%) se equivalerá. E, em 2060, essa proporção total deverá aumentar para 67,2%. A Figura 6 mostra a dinâmica da população total e da população em idade ativa (PIA) – assim como a percentagem da PIA sobre a população total, para o período 1950 a 2100 no Brasil.

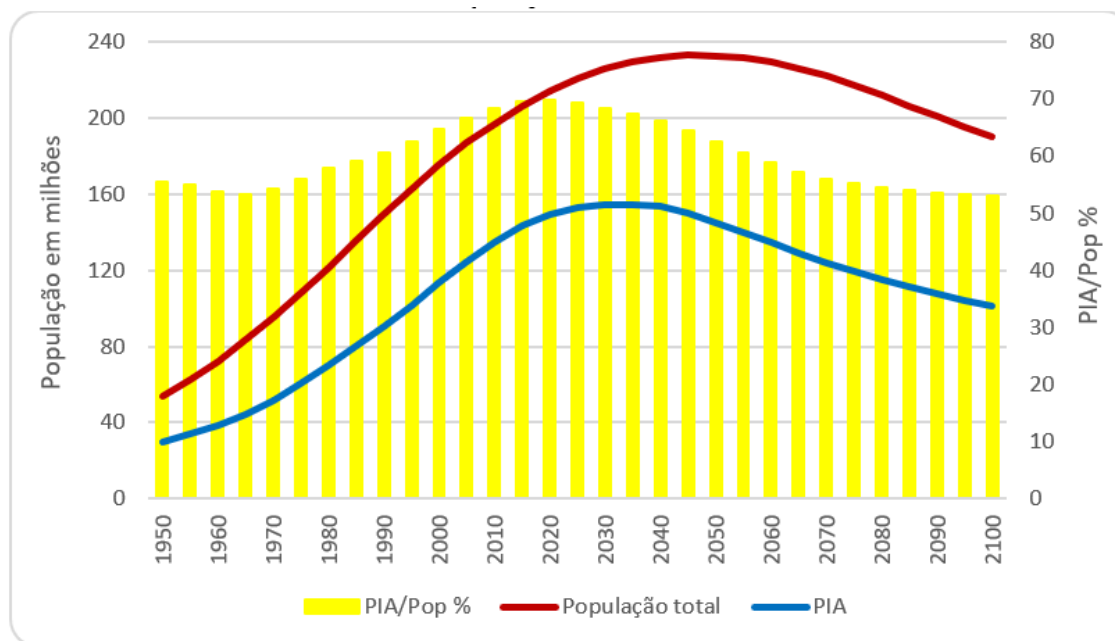


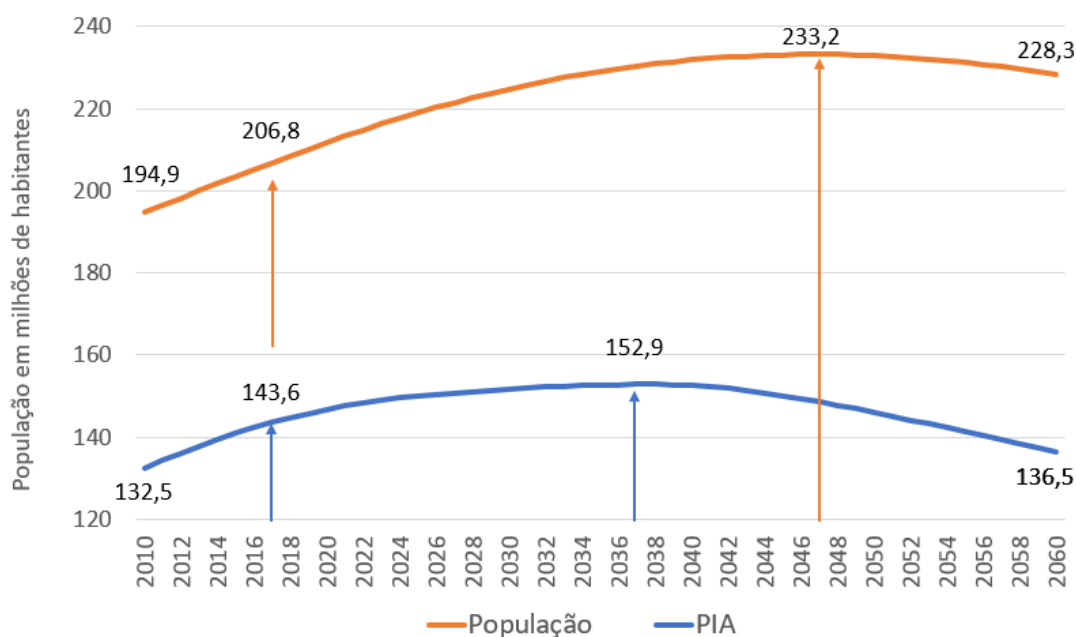
Figura 6 - População Total, População em Idade Ativa (PIA=15-64 anos) e População da PIA sobre a População, Brasil: (1950-2100).

Fonte: UM/DESA- Projeção da População – Revisão (2017).

Pela Figura 6 depreende-se que, em 1950, a população brasileira era de 53,9 milhões de habitantes e a PIA era de 29,9 milhões, representando 55,5% do total. A proporção de pessoas em idade ativa passará de 55,5% do total, em 1970, para quase 70% em 2020.

Confirmando a tendência, a Figura 7 demonstra que, entre 2010 e 2017, a População em Idade Ativa (PIA) passou de 132,5 milhões de pessoas para 143,6 milhões, enquanto, no mesmo período, a população total transitou de 194,9 milhões para 206,8 milhões. Desta forma, na projeção do IBGE, o ponto máximo da abertura da janela de oportunidade ocorreu em 2017 (com PIA de 69,5% em relação ao total).

População total e População em Idade Ativa (PIA = 15-64 anos), Brasil: 2010-2060



IBGE: Projeção da População (revisão 2018), Rio de Janeiro, 25/07/2018

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>

Figura 7 - População total e população em Idade Ativa (PIA= 15-64, Brasil: (2010-2060).

Fonte: IBGE- Projeção da População (Revisão 2018).

Segundo a Figura 7, a PIA continuará crescendo até o ano de 2037, quando deverá alcançar seu pico de 152,9 milhões de pessoas, representando 66,3% da população total. Ou seja, a PIA continua crescendo, mas em ritmo inferior ao conjunto da população. Isto quer dizer que a janela de oportunidade começará a se fechar, saindo da situação de abertura total, em 2017, para o fechamento total em 2037, quando a PIA começará a diminuir em termos quantitativos. Esta data marcará o fim do bônus demográfico, pois, a partir de 2038, a PIA terá decréscimo não só relativo, mas também absoluto. A PIA passará de 152,9 milhões de pessoas (representando 66,3% da população), em 2037, para 136,5 milhões de pessoas (representando 59,8% da população), em 2060. O número de brasileiros atingirá o pico populacional, com 233,2 milhões, decrescendo para 228,3 milhões de habitantes em 2060 (IBGE, 2018; ALVES, 2018).

Alves (2018) afirma que estes números mostram que a janela de oportunidade demográfica começou a se abrir no início da década de 1970, chegando a sua abertura máxima em 2017. Mas, em 2018 essa janela iniciou o seu fechamento, que será totalmente encerrado em 2037, quando o número e o percentual de pessoas em idade ativa começarão a

encolher. E em vista dessa tendência pode-se dizer que o bônus demográfico brasileiro percorreu um percurso que vai de 1970 a 2037 (ALVES, 2018).

Entende-se ser crucial esta demonstração, pois nele questiona-se como se dará o processo de envelhecimento ativo das pessoas idosas de hoje, já que, contemporaneamente há um número significativo de pessoas em idade ativa sem trabalho ou em trabalho precário, sem falar de um grande número de jovens com grau de escolaridade alto fora do mercado de trabalho; e outro significativo número sem grau de escolaridade para trabalhar na atual sociedade que exige adequação à tecnologia e ao conhecimento.

4.2 Tendências da transição epidemiológica no Brasil

Entende-se a transição epidemiológica como as modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem concomitantemente com outras transformações demográficas, econômicas e sociais. A ocorrência de uma relação intrínseca entre transição demográfica e epidemiológica se dá com a queda inicial da mortalidade que se concentra dentre as doenças infecciosas e tende a influenciar as populações mais jovens.

Assim, à medida que aumenta a esperança de vida e cresce o número de pessoas idosas, tornam-se mais frequentes as doenças crônicas não transmissíveis. Dessa feita, com a alteração do perfil de saúde da população ocorre o aumento da demanda sobre o sistema de saúde, visto que, ao invés de permanecerem processos agudos (como as pneumonias em crianças) que, para o sistema de saúde, “[...] se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito”, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas intercorrências que implicam décadas de utilização permanente dos serviços de saúde. São exemplos desta utilização prolongada as sequelas do acidente vascular cerebral, as complicações de fraturas após quedas, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes, e a dependência determinada pela Doença de Alzheimer (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; MATRA; SILVA, 2016), além de outras geradas por acidentes de trabalho precário e insalubre.

Nas etapas mais tardias da transição epidemiológica, hoje experimentadas pelos países mais desenvolvidos, uma população de idosos com grande proporção de octogenários apresenta, portanto, um quadro já embrionário no Brasil: declínio progressivo das doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias, mas elevada prevalência de doenças

neuropsiquiátricas (como Parkinson e Alzheimer), acidentes e suas consequências (fraturas) e osteoartrose (MATRA; SILVA, 2016).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE, em 2013, em parceria com o MS, constatou-se que cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). Estima-se que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%). Portanto, tem-se 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%) portadores de enfermidades crônicas são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. Assim, a hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as enfermidades que apresentam maior prevalência no país. Segundo a pesquisa a existência dessas doenças está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. No que se refere às pessoas idosas a pesquisa revelou que 70% eram independentes para o autocuidado; 23% apresentavam alguma limitação funcional e 7% eram dependentes (PNS, IBGE, 2013).

A pesquisa ainda evidencia que um dos indicadores de saúde é a auto avaliação, a qual se refere ao como o indivíduo considera sua saúde e qual a sua percepção sobre seu bem-estar físico, mental e social, prevendo, assim, com boa margem de segurança, o risco de mortalidade e da limitação funcional. A auto avaliação de saúde boa ou muito boa era de 39%, em 1998, subindo para 46% em 2013. Contudo, na avaliação de Costa (2017), por trás desses percentuais, há uma enorme desigualdade social, pois, dos que tinham educação superior, apenas 3,5% faziam um auto avaliação negativa, enquanto esse percentual saltava para 18,5% entre os sem instrução. Em relação à limitação para realizar as atividades da vida diária, ela atingia 10,3% dos que têm ensino superior, e 43% para os que não tinham instrução. Isso irá gerar mais consultas e hospitalizações, com ampliação de gastos para o sistema de saúde, além do sofrimento pessoal e familiar.

Estudo longitudinal divulgado pelo MS em 01 de outubro de 2018 informa que 69,3% dos idosos brasileiros, apresentavam pelo menos uma doença crônica, e que os cinco diagnósticos mais frequentes são: hipertensão, dores na coluna, artrite, depressão e diabetes (MS, 2018).

Face aos indicadores até agora expressos observa-se que a grande maioria das pessoas idosas envelhecem de forma independente; entretanto, um número significativo exige cuidados familiares e institucionais para realizar atividades básicas e instrumentais da vida

diária, exigindo do poder público e das famílias ações específicas de cuidados durante anos no final da vida.

Para fornecer maiores respaldos à análise dessas questões discute-se, a seguir, a trajetória da Seguridade Social, associada ao envelhecimento, realizando-se também reflexões sobre as ações do governo brasileiro voltadas para o envelhecimento ativo.

4.3 Seguridade Social: trajetória histórica, implementação e (des)estruturação em contexto de contrarreformas

A Seguridade Social como componente de um Sistema de Proteção Social público, que ultrapassava o modelo contributivo de seguro social, inaugurado na Alemanha oitocentista, sob o governo chanceler conservador Otto Von Bismarck, esteve presente de forma diferenciada em países capitalistas do Ocidente²⁵. Ele teve início a partir de 1942, com o famoso Relatório ou Plano Beveridge, inglês, que, além do seguro, incluía serviços sociais afins, de caráter não contributivo – como a Saúde e a Assistência Social – a serem bancados, sem contrapartida financeira, pelo Estado.

Portanto, antes do Plano Beveridge foi instituído, na Alemanha, no período de 1883 e 1889, um sistema de proteção social que contemplava o seguro-saúde, o seguro acidente de trabalho, a aposentadoria por invalidez e a velhice. Tal Sistema procurou incorporar as reivindicações por segurança social dos trabalhadores e também conter a influência sobre eles das ideias socialistas. Isso explica porque ele era restrito aos trabalhadores assalariados, com contribuição prévia, sendo o seu retorno proporcional a essa contribuição. Alguns autores afirmam que esse modelo de Seguridade atrelado ao trabalho formal, também chamado de profissional, foi o embrião da Seguridade Social do pós-segunda guerra mundial. Mas, outros preferem tratá-lo como uma experiência específica de organização de seguro social que se expandiu gradualmente na Europa e em outros países industrializados (BEHERING; BOSCHETTI, 2006; PEREIRA, 2002).

²⁵ Após a iniciativa alemã/bismarckiana, outros países criaram os seus sistemas previdenciários, a saber: Dinamarca, seguida da Suécia, em 1891; Argentina, Chile e Uruguai, em 1920; Estados Unidos da América, governados por Franklin Delano Roosevelt, em 1935, no bojo da Política *do New Deal*, com o *Social Security Act*; e Nova Zelândia, em 1938. Mas o ápice da evolução social-securitária se deu na Inglaterra, em 1942, com o advento do Plano Beveridge. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), fundada em 1919, vem tendo grande influência na estruturação e implementação dos sistemas de seguridade social, inclusive com Recomendações e Acórdãos que tratam de questões relacionadas ao trabalho e à proteção social, em todo o mundo, inclusive na América Latina. Estabeleceu, também, o seguro social como instrumento de proteção trabalhista e as suas Conferências, constituídas por trabalhadores, empregadores e governo, aprovaram, em junho de 1952, a Convenção n.102, que conceituou a Seguridade Social à luz do modelo beveredigiano.

Para Pereira-Pereira (2011), o Plano Beveridge se alicerçava no receituário keynesiano²⁶, sendo considerado uma das pedras fundamentais do *Welfare State*. Cabe registrar, no entanto, que embora esse Plano contemplasse modelos diferenciados de pensões, saúde e seguro desemprego, não evitava que milhares de pessoas continuassem na linha da pobreza e fossem submetidas a testes de meios para obter assistência pública. Esta Seguridade tinha abrangência nacional e unificada, além de conter diretrizes com prioridade pública e um eixo distributivo ao lado do contributivo. As políticas sociais atuavam sob o signo do direito.

Efetivamente, o Plano Beveridge apresenta-se contraditório, pois, de inspiração socialdemocrata, comportava imbricações com valores liberais na medida em que previa um mínimo de provisão; contribuição para os seguros que, na época, gerou déficit de recursos, além de baixa cobertura às necessidades sociais; deveria, além disso, funcionar como um incentivo ao trabalho e à autoprovisão: prezava a ideologia da manutenção da família unida para reprodução da força do trabalho do homem, com a colaboração gratuita da mulher na realização dos trabalhos domésticos.

Entretanto esse modelo de proteção social alcançou relativo sucesso na maioria dos países industrializados europeus após a Segunda Guerra Mundial, face à “generalização” do assalariamento e a hegemonia da “civilização” do trabalho. Neste período de trinta anos, considerado os trinta anos de ouro, foi possível estabelecer a relação entre desenvolvimento econômico, salários estáveis e direitos garantidos. Os cidadãos dispunham de salários estáveis, no exercício de atividades produtivas que deveriam garantir proteção universal e para aqueles que estavam fora do mercado de trabalho, poderiam ter acesso as medidas assistenciais seletivas (BOSCHETTI, 2006).

A análise do processo histórico da Seguridade Social a partir do modelo beveridgiano revela formas, inicialmente marcadas pelas concepções e práticas keynesianas/fordistas, voltadas para a acumulação capitalista regulada pelo Estado, mas também, depois de trinta anos, pela superação do keynesianismo/fordismo e sua substituição pelo projeto neoliberal

²⁶ O receituário Keynesiano defendia que um agente deveria realizar mecanismos autorreguladores do mercado como instrumentos capazes de assegurar a oferta e a demanda. Esse agente deveria ser o Estado, o qual teria o dever e não somente a opção de intervir na economia, a fim de garantir a demanda agregada (conjunto de gastos, dos consumidores, investidores e do poder público por intermédio de medidas macroeconômicas, que incluíam o investimento público suplementar). Estas medidas não poderiam ser financiadas por impostos adicionais – pois estrangularia a demanda privada, mas por meio de gasto deficitário, isto é, contratação de empréstimos e emissão de moeda. Exigiria condições peculiares de pleno emprego, movidas por forças externas (PEREIRA, 2011). Keynes era defensor do capitalismo e, portanto, não defendia a nacionalização ou a socialização dos meios de produção, mas a nacionalização e a socialização do consumo, sob a égide de um capitalismo regulado. Defendia o macro gerenciamento da economia para gerar crescimento sob condições de pleno emprego e uma série de políticas sociais incumbidas de redistribuir os frutos do crescimento econômico e compensar aqueles que pagaram o preço desse crescimento (PIERSON, 1991).

que pregava: a desregulamentação da economia e dos mercados; a reestruturação produtiva, priorizando a acumulação flexível; a capacitação e ativação do indivíduo para o mercado de trabalho; a distribuição de renda com condicionalidades e foco na extrema pobreza em detrimento de serviços públicos de caráter universal e de qualidade; as mudanças do papel do Estado; o acirramento da polarização entre classes sociais antagônicas na reivindicação de direitos sociais e na estruturação das políticas sociais; e após 1990, a implementação de ações denominadas investimento social com foco nos ciclos de vida como alternativa para enfrentar os novos riscos sociais produzidos à sociedade pós industrial, também chamada de sociedade do conhecimento.

Constata-se, assim, contemporaneamente, uma mudança na estruturação dos Sistemas de Seguridade Social face à questão do desemprego estrutural, materializada na transferência para os cidadãos do encargo de assumirem, individualmente, os riscos sociais produzidos pela atual forma de acumulação capitalista, baseada no rentismo financeiro, e pela crise estrutural do capital em curso.

Em defesa da prédica do investimento social, abordado por Van Stralen observa-se que relatórios do Banco Mundial e pesquisadores, como MOREL; PALIER; e PALME 2012, apontam que

[...] a superproteção do emprego, a atualização dos salários mínimos, a implementação de políticas de seguro desemprego, as ênfases elevadas em negociações salariais coletivas não apenas aumentaram o custo do trabalho, mas também incentivaram a passividade e dependência do seguro social, em vez da participação no trabalho e da independência econômica. Colocou-se, segundo eles, na agenda governamental, a sustentabilidade da Seguridade Social e/ou do Welfare State keynesiano que, além de não colaborar com a solução do dilema de como lidar com: o aumento da expectativa de vida; a mudança da pirâmide demográfica; e com a estrutura do mercado de trabalho, não dirimia a questão de como tornar o trabalho compensador sem elevar demasiadamente os custos do trabalho e a despesa sociais” (VAN STRALEN, 2017, p. 12).

Frente a esses óbices apontados, foram surgindo críticas ao Welfare State e ao seu Sistema de Seguridade Social, buscando-se novas configurações políticas para o enfrentamento das crises do capitalismo aliadas ao envelhecimento populacional.

Hemerijck (2013) divide o Welfare State em três etapas:

i) a primeira, que se iniciou no final da Segunda Guerra Mundial, (com o pacto político conhecido como o grande compromisso entre o capital e o trabalho, mediado pelo Estado) e se caracterizou pela era da expansão; ii) a segunda que se definiu como o período de retração do Welfare State e se

forjou na esteira dos choques do petróleo na segunda metade da década de setenta, já sob o influxo do neoliberalismo iii) e a terceira, desde meados dos anos 1990, em que os preceitos da política de investimento social se tornaram populares. Para este autor o Welfare State tem três funções primordiais, que são, interdependentes e complementares, para a estruturação de uma política de investimento social: i) a facilitação do ‘fluxo’ do mercado de trabalho contemporâneo e de transições no curso de vida; ii) a elevação da qualidade do ‘estoque’ de capital humano e de capacidades; iii) e a manutenção de redes sólidas de segurança universal de renda mínima como proteção social e ‘buffers’²⁷ de estabilização econômica no envelhecimento das sociedades (HEMERIJCK, 2013, p.33-34).

A mudança de paradigma da Seguridade Social dita passiva para a estratégia de investimento social (ou ativa) é, segundo seus defensores relativamente nova.

Surgiu na segunda metade dos anos 1990, em contraposição ao Welfare State keynesiano, mas também ao neoliberalismo dos anos 1980. Incorporou elementos tanto do keynesianismo como do neoliberalismo e, em vez de abordar problemas como o desemprego, por meio do estímulo da demanda, a abordagem proposta foi a de ‘investimento’ com retorno, não apenas no presente como também no futuro, notadamente por meio de investimento no capital humano. Enfocou o curso de vida do indivíduo, a qualidade de ‘estoque’ de habilidades e capacidades e o ‘futuro’ antes de resultados no presente. Assim, o termo ‘reparação’ foi substituída pelo termo ‘preparação’; ‘passividade’ por ‘atividade’; ‘compensação’ por ‘promoção’ (VAN STRALEN, 2017, p. 15).

De acordo com a literatura sobre o tema os pioneiros do paradigma de investimento social foram Anthony Giddens (1998) e Gosta de Esping-Andersen (1995), que rejeitaram

[...] os fundamentos institucionais e ideológicos do homem como ganha-pão da família e objeto do seguro social, bem como do neoliberalismo com sua ênfase na desregulação do mercado e retração do Welfare State. Provisões sociais como creches, licenças do trabalho, educação permanente, políticas ativas para estimular o mercado de trabalho habilitam indivíduos e famílias a procurar oportunidade de trabalho (VAN STRALEN, 2017, p. 16).

Esse paradigma foi inicialmente desenvolvido na Dinamarca, nos anos 1980, e inspirou o acordo social da União Europeia (UE), na cúpula de Lisboa, realizada em 2000.

Ele procurou enfrentar, de forma articulada, novos riscos sociais dentro do marco das políticas socialdemocratas, baseadas nos direitos sociais e de clara rejeição ao modelo liberal

²⁷ “A função ‘buffer’ da taxonomia tripla de estoques, fluxos e buffers objetiva tanto assegurar a proteção e distribuição da renda como, ao mesmo tempo, assegurar a estabilização econômica. Adequada proteção do rendimento mínimo é pré-condição crítica para uma estratégia de investimento social eficaz, como um ‘buffer’ [amortecedor] que ajuda a reduzir a desigualdade social, ao mesmo tempo em que estabiliza o ciclo de negócios. Esse tipo de ‘keynesianismo pela porta dos fundos’ ainda é praticado hoje, como temos visto desde o início da crise financeira de 2007-2010” (HEMERIJCK, 2017, p. 34).

para a área social (ESPING-ANDERSEN, 2002; HEMERIJCK, 2013). Tal enfrentamento partiu não só do reconhecimento da existência de riscos sociais distintos dos que existiam nas fases anteriores da história do *Welfare State*, como também da relação existente entre o envelhecimento crescente das sociedades e a necessidade de se enfrentar o núcleo duro da pobreza ligado às famílias monoparentais pobres chefiadas por mulheres.

A experiência dinamarquesa demonstrara como a manutenção de setores pobres na sociedade dificultava a arrecadação de recursos fiscais capazes de sustentar as políticas sociais para os idosos; e que a reprodução da pobreza estava ligada, principalmente, àquele núcleo de famílias, dada à dificuldade das crianças de alcançarem bom aproveitamento escolar por não terem apoio, em casa, para o pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas. Esta constatação levou à adoção de políticas de creches universais, de apoio à maternidade e de criação de condições para a colocação das mulheres no mercado de trabalho. Hemerijck mostra que o paradigma do investimento social, que ele e outros autores defendem, é diferente da versão da Terceira Via de adoção de políticas de renda mínima. Estas políticas têm a ver com os chamados pisos de proteção social, defendidos, desde 1990, por entidades como o Banco Mundial (WORLD BANK, 1990) e, mais recentemente, pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2011) e que poderiam substituir as políticas amplas de proteção social. Para HEMERIJCK, (2017, p. 33). “O investimento social não é substituto para proteção [social], e a adequada proteção de receita mínima é pré-condição fundamental para uma estratégia de investimento social eficaz” (RODRIGUES; SANTOS, 2017, p.113).

De acordo com Van Stralen (2017, p. 13)

[...] coexistem críticas a generosidade do *Welfare State*, entretanto a classificação de Hemerijck (2013), aponta falhas, à medida que o *Welfare State* tem priorizado riscos tradicionais, externos, do desemprego, da doença, da deficiência e da velhice, em contraposição aos riscos chamados por Anthony Giddens (1998) de ‘fabricados’, tais como: a aprendizagem ao longo da vida e o equilíbrio entre vida profissional e vida privada, considerados ‘novos riscos’ próprios da nova Sociedade de Conhecimento. A ideia subjacente a essa crítica é que não se deve olhar a participação no trabalho ou a dependência do *Welfare State* num determinado momento, mas numa perspectiva de vida que considere suas fases consecutivas (DE BEER, 2005).

Entretanto, de acordo com Hemerijck (2017, p 26), a ideia de investimento social não é nova (MOREL; PALIER; PALME, 2012). Construídas sobre o trabalho pioneiro da presidência holandesa da União Europeia (UE), em 1997, e chamando a atenção para a ‘política social como um fator produtivo’, as postulações sobre investimento social tornaram-

se parte integrante da Agenda de Lisboa. Lançada em 2000, esta Agenda tem a ambição de transformar a Europa na “economia mais competitiva e dinâmica, baseada no conhecimento do mundo, capaz de um crescimento econômico sustentável, mais e melhores empregos e maior coesão social” (EUROPEAN COUNCIL, 2000).

Hemerijck indica ainda que o investimento social como perspectiva política foi reforçado e sancionado oficialmente pela Comissão Europeia, com o lançamento do Pacote de Investimento Social para o Crescimento e a Coesão Social (EUROPEAN COMMISSION, 2013), em 20 de fevereiro de 2013. Na documentação do Pacote a Comissão alegou que novas políticas de bem-estar eram necessárias ao preparo de indivíduos, famílias e sociedades para responder aos novos riscos de uma economia do conhecimento competitiva, e ao investimento em capital e habilidades humanas desde a tenra infância até a velhice. Isso teria prioridade em relação a políticas que simplesmente visam a ‘reparar’ danos após momentos de crise econômica ou pessoal.

No tocante ao envelhecimento, observa-se, nessas novas características de Estado de Bem-Estar Social, referendadas por Organismos Internacionais, que os países procuram adequar-se para dar respostas à crise estrutural do capital e às transições demográficas em curso. E isso ao mesmo tempo em que fica clara a preocupação com a valorização e reprodução do capital e com a criação condições para que as pessoas sejam ativadas para o trabalho, inclusive na velhice (sem analisar o tipo de trabalho) como processo permanente em todo o ciclo de vida. Contata-se ainda que, no Brasil, estas medidas também vêm sendo implementadas e, de certa forma, contemplam incipientes similaridades no campo das contrarreformas da Seguridade Social.

4.4. As especificidades do caso brasileiro na implementação do Estado de Bem-Estar e/ou da Seguridade Social

No Brasil a implementação do Estado de Bem-Estar Social e da Seguridade Social se deu no processo de construção e implementação da Constituição de 1988, sob influências econômicas e políticas internacionais, e como reação aos anos de ditadura sustentada pelos movimentos sociais em prol da redemocratização do país. Esta Constituição de alinhamento socialdemocrata surgiu na contramão das tendências mundiais, pois, na data de sua promulgação, a maioria dos países estava submetida à agenda neoliberal, sob o comando do Consenso de Washington que pontificava: extinção das políticas sociais universais; retração

da intervenção social do Estado; focalização das políticas sociais na extrema pobreza e à margem do amparo dos direitos. O *Welfare State* de extração keynesiana, concebido sob a perspectiva da cidadania social, transformava-se para ceder lugar ao mercado pela via mercadorização das políticas e serviços sociais públicos.

Pereira-Pereira (2000, p. 126) considera o sistema de bem-estar brasileiro como periférico, o qual sempre expressou ranços decorrentes da dependência econômica do país e da sua longa e ainda prevalecte história colonial. Argumenta que, face à fragilidade das suas instituições democráticas, a política social brasileira teve expansão nos períodos avessos à cidadania: durante os regimes autoritários e sob governos de coalizões conservadoras, gerando ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta dos benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira.

Pautando-se pela classificação dos regimes de bem-estar produzidos por Sping-Andersen (1991)²⁸, a autora considera, no

[...] caso brasileiro, um regime misto de bem-estar social, no qual convivem: “intervenções tópicas e seletivas – próprias dos modelos liberais -; adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais - típicas dos modelos conservadores -; e ainda estabelecimentos de esquemas universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviços – característicos dos regimes social democratas. E tudo isso mesclado práticas clientelistas, populistas, paternalistas e de patronagem política, de larga tradição no país (PEREIRA-PEREIRA, 2000, p. 127).

Para Boschetti (2006), o Brasil, com a Constituição de 1988, buscou estruturar a Seguridade Social baseado em um Sistema previdenciário-assistencial, sob a primazia do trabalho, o qual fez emergir o grande paradoxo do Estado Social brasileiro; ou seja, a organização da seguridade social está pautada pela lógica do complexo previdenciário-assistencial em uma sociedade não salarial, ou com frágil assalariamento.

Constata-se, por conseguinte, que no Brasil, a Seguridade Social sofreu influência desses modelos aliada à pressão dos movimentos sociais, principalmente no período que

²⁸ “Esping-Andersen (1991) apresenta uma tipologia que, sem se interessar pela identificação do avanço ou do atraso do padrão de política social prevalecte, privilegia os regimes ou ideologias políticas as quais informam os diferentes Estados de Bem-Estar, como segue: a) Estado de Bem-Estar de regimes liberais, nos quais o mercado assume a primazia; b) Estados de Bem-Estar de regimes conservadores, nos quais são preservados o *status quo*, a hierarquia social e as diferenças de classe. Geralmente tais Estados “têm a sua origem em regimes autoritários ou pré-democráticos que usam as políticas sociais como forma de desmobilizar a classe trabalhadora” (Pierson, 1991:187); c) Estados de Bem-Estar de regimes socialdemocratas, nos quais prepondera o Estado como principal agente de proteção social e de garantia de direitos” (PEREIRA-PEREIRA, 2000, p. 126).

antecedeu e consolidou o processo constituinte. E, desde então, vem construindo sua trajetória seguindo Recomendações, Termos de Adesão e Acórdãos de Organismos Multilaterais tais como: Banco Mundial-BM, Fundo Monetário Internacional- FMI, Organização Internacional do Trabalho-OIT, Organização Mundial de Saúde - OMS, Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, Comissão Econômica para América Latina e o Caribe – CEPAL, Organização das Nações Unidas- ONU, sendo que, destas, as cinco últimas estão mais relacionadas às políticas de temas transversais e de defesa de direitos humanos, incluindo o envelhecimento e a questão dos cuidados, em especial os de longa duração. Entretanto, estas instituições sempre se reportam ao envelhecimento ativo, saudável e à ativação para o trabalho.

O Sistema de Seguridade Social, integrado pelas Políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social –, além do Seguro-Desemprego, previstos na Constituição Federal de 1988. Foi fruto da pressão e mediação dos trabalhadores para inserir suas reivindicações e garantir-lhes o controle democrático na regulamentação, gestão e implementação das políticas sociais que a integram. Ressalte-se que teve forte influência do modelo inglês de inclinação Beveridgeana e da Convenção n.102 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que orientava a ação de sindicalistas e do movimento sanitário. Entretanto, o Brasil só ratificou esta Convenção da OIT²⁹ (relativa à fixação de normas mínimas de seguridade, adotada em Genebra, em 28 de junho de 1952), em 2008 pelo Decreto n. 269, publicado no Diário Oficial da União (DOU), de 19/09/2008.

Como já indicado, o Brasil promulgou, em 1988, uma Constituição Cidadã, ainda vigente, que institui a Seguridade Social como um Sistema de Proteção Social Integrado, de garantia, aos cidadãos de direitos sociais em todos os ciclos de vida, inclusive a velhice. Entretanto, não se logrou construir uma regulamentação única e sim em separado para cada política que a compõem, constitucionais, inaugurando, assim, em seu nascedouro, um ato infringente contra a Constituição. Contudo, malgrado este ato, trata-se, o Sistema de

²⁹ Segundo “Ata da 83ª reunião do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), realizada em 18 de setembro de 2002, a Convenção, remetida pela primeira vez ao Legislativo em 1964, teria sido rejeitada, uma vez que àquela época a Previdência não envolvia 50% dos assalariados, não agregava os trabalhadores rurais e domésticos, nem cuidava dos acidentes de trabalho. Por meio do aviso nº 328, de 25 de outubro de 2002, o então Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social solicitou o reencaminhamento da Convenção à apreciação do Congresso Nacional e indicou que, tendo em vista a ampliação dos direitos previdenciários e a inclusão de novos contingentes de segurados da Previdência Social, não há mais empecilho de ordem jurídico-legal para que se ratifique o acordo em questão, uma vez que a legislação previdenciária vigente cumpre os termos da Convenção nº 102, de 1952, inclusive concedendo aos trabalhadores maior número de benefícios do que os estipulados no citado ajuste’. Em 17 de abril de 2003, a Secretária de Previdência Social reiterou o interesse daquele Ministério no encaminhamento do texto da Convenção 102 ao Congresso. Os benefícios previstos na Convenção 102 estão disciplinados na Lei nº 8.213/91, instrumento que dispõe sobre planos de benefícios da previdência social, e na Lei nº 7.998/90, que regula o programa do seguro-desemprego, o abono salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT)”“(EM Nº 00195 DTS-MRE- SAPS OIT BRAS; 06.2004).

Seguridade Social, de significativo avanço em termos de garantia de direitos³⁰ sociais, assim explicitado no art.194 do texto constitucional:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade E equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - Equidade na forma de participação no custeio;
- VI - Diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Constituição Federal, 1988; Emenda Constitucional nº 20, 1998).

Além disso,

[...] a seguridade social foi constitucionalmente subdividida em normas sobre a saúde, previdência social e assistência social, regendo-se pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, da igualdade ou equivalência dos benefícios, da unidade de organização pelo Poder Público e pela solidariedade financeira, uma vez que é financiada por toda a sociedade (MORAES, 2004, p. 686).

Ou melhor, o sistema de seguridade social foi concebido para ser financiado com receitas próprias, previstas na Constituição e a ele formalmente vinculadas, as quais se expressam em seu art.195, da seguinte forma:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais:

- I- Do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - b) a receita ou o faturamento;
 - c) o lucro;

³⁰ São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, nos termos do Art. 6º da Constituição de 1988 e da Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010.

- II- Do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;
- III- sobre a receita de concursos de prognósticos;
- IV- Do importador de bens e serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

A Constituição estabelece, portanto, que o Estado deve participar com recursos do orçamento fiscal para atender demandas e necessidades pertinentes às três políticas que a compõem o seu Sistema de Seguridade Social, tratadas no próximo capítulo.

CAPÍTULO V – O ENVELHECIMENTO NAS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

5.1 Política de Assistência Social

A política de Assistência Social, sobre a qual também recai a tarefa de assegurar direitos sociais, em todos os ciclos de vida, com o objetivo de atender necessidades sociais, é assim preceituada no art.203 da Constituição:

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - O amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

A gestão da Assistência Social está explicitada no art.204, da seguinte forma:

As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

- I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
 - II - Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.
- Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de:
- I - Despesas com pessoal e encargos sociais;
 - II - Serviço da dívida;
 - III- qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiadas.

No âmbito da Administração Pública a Assistência Social foi gerida por uma complexa rede de Assistência Social³¹, percorrendo o lócus de vários Ministérios Setoriais, mesmo depois da sua regulamentação pela Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993. De acordo com esta Lei, conforme seu Art. 1º:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado são Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Destaca-se que em seu Art. 2º, ao qual se refere aos objetivos, a assistência social, foi acrescida de redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011, a saber:

I - A proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:
a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

³¹São seguintes as instituições de caráter público que operaram e vem operando as Políticas de Assistência Social no Brasil: *Legião Brasileira de Assistência Social (LBA)*, fundada em 28 de Agosto de 1942 e extinta em 01 de janeiro de 1995. Primeiro, a LBA funcionou como uma instituição da sociedade civil. Em 1969 foi transformada em Fundação, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Em maio de 1990 foi vinculada ao Ministério da Ação Social e, até 1995, ao Ministério da Habitação e Bem-Estar Social. Apesar de tantos remanejamentos a sua gestão burocrática sempre foi por meio da estrutura do Ministério da Previdência Social, o qual também comportava, em sua estrutura administrativa, a *Secretaria de Assistência Social*. Destaca-se ainda a *Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC)* e o *Programa Nacional de Voluntariado*, vinculado a LBA, com estrutura, recursos humanos e orçamento próprio, em separado da LBA, e operado com a participação e assessoramento de equipe técnica diferenciada. Essas instituições contavam com a participação da sociedade civil, e, em especial das Primeiras Damas) e das esposas de Embaixadores no Brasil. A partir de 1995 a Assistência Social, passou a ser operada pela *Secretaria de Assistência Social*, ligada ao Ministério de Previdência e Assistência Social- MPAS, enquanto se ordenava a extinção da LBA, então presente em 26 Estados e no DF, com aproximadamente 7.500 servidores entre assistentes sociais, pedagogos, médicos, advogados, administradores, enfermeiros, dentistas, psicólogos, e assistentes técnicos. A LBA desenvolveu uma Rede de Assistência Social de execução direta e indireta presente em todos os municípios brasileiros, com mais de 9.000 convênios de transferência de recursos, para as áreas de Apoio ao Cidadão e suas Famílias (atingindo todos os ciclos de vida) e Apoio as Ações Comunitárias, concorrendo com ações desenvolvidas pelo *Programa Comunidade Solidária*, no mandato do Presidente FHC. De 1993 a 1994 a LBA desenvolveu, em parceria com a ENAP, um Programa Nacional de Capacitação de Multiplicadores, para implementação da LOAS, no âmbito dos Estados e Municípios, com a participação efetiva de 15 técnicos de cada Estado. Em 1995, o orçamento era da ordem de R\$ 453.200.000,00 (quatrocentos e cinquenta e três milhões e duzentos mil reais). A extinção da LBA, então responsável pela Política de Assistência Social no Brasil, durou aproximadamente cinco anos, em decorrência de sua abrangência Nacional, Orçamento, Patrimônio e ainda oferta de a capacitação dos Estados para absorver a descentralização político-administrativa, preconizada na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e a criação de Conselhos, Fundos e Planos de Assistência Social. A Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS- MPAS) aprovou a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e a primeira Norma Operacional Básica de Assistência Social; Em 2002 a Assistência Social foi transferida para o Ministério de Assistência Social e, em 2003 até 2018 para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A partir de 2019 está alocada no Ministério da Cidadania. Neste contexto cabe destaque à Fundação do Bem Estar do Menor, depois intitulada Fundação Centro Brasileiro para Infância e Adolescência e à Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE (1986), que passou por várias transições e em 2010 passou a vigorar como Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, transferida ao MDH, extinta em 2019 e suas funções incorporadas ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
 - c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 - d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
 - e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;
- II - A vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;
- III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

- I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V – Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (Art. 4º. Lei 8742, 1993)

A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- II - Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (Art. 5º Lei 8742, 1993).

No entanto, apesar do reconhecido avanço conceitual e da adoção de instrumentos para efetivação da LOAS, assim como da sua capilaridade nos estados e municípios, e da reconstrução de processos metodológicos de intervenção dos trabalhadores da área, verificam-se paradoxos nesses âmbitos; pois, ao mesmo tempo em que se propõe garantir direitos sociais a quem dela necessitar, sendo dever do Estado e direito do cidadão (em todos os ciclos de vida e contingências sociais), na prática ela se obriga a gerenciar ou propiciar

aos indivíduos o gerenciamento dos riscos sociais (Art.2), e garantir mínimos sociais para satisfação das necessidades básicas (Art.1) da população. Isso, por meio (de forma contraditória) da universalização dos direitos sociais (que, no caso da assistência social, não se aplica) e do princípio da supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica privada (princípio este negado pelo ideário neoliberal conservador que visa a disciplina e o ajuste estrutural dos gastos sociais).

Donde se depreende que, a incorporação da categoria *risco* no universo da proteção social, incluindo a assistência, vem transformando esta em mera técnica administrativa, da qual constam formas esquemáticas de prevenir, mitigar ou enfrentar riscos e não necessidades sociais de fato. E por traz deste rebaixamento da proteção social à pura função gerencial, reside uma intenção não explícita de supressão de termos básicos, que contrarrestam a exploração capitalista, como *justiça social, direitos e necessidades* os quais, diferentes do termo *risco*, carregam em si o imperativo de oferecer respostas a demandas reais (PEREIRA, 2016).

Do exposto infere-se que, comparando a conceituação e os princípios da Assistência Social como política não contributiva³², com o seu processo de implementação, este último está repleto de contradições, pois observa-se estreita consonância com o ideário neoliberal conservador cuja principal tarefa é gerenciar os riscos sociais; garantir mínimos sociais e propor ativação para o trabalho, a despeito de seu avanço socialdemocrata no que concerne a sua condição de dever do Estado e direito do cidadão; à supremacia de seu atendimento, sobre à sua colaboração com a rentabilidade econômica; e à sua contribuição à universalização do acesso aos direitos sociais. Portanto, em sua prática, desde a sua aprovação, a assistência social vem enfrentando grandes obstáculos porque regida pela ideologia neoliberal/conservadora, também chamada Nova Direita, que opõe forte resistência aos movimentos sociais e de classe.

De acordo com Pereira (2016, p.159-160), referenciada em Conway e Norton (2002):

Para os neodireitistas, ao Estado cabe a obrigação de fornecer proteção mínima contra esses riscos, desde que os recursos financeiros e administrativos disponíveis o permitam. E é aí que o conceito de direito social, repudiado pela Nova Direita, aparece distorcido e limitado, no discurso dos think tanks mundiais. Aos pobres, destituídos, vulneráveis, deve

³² “Política não contributiva é aquela que não estabelece condições por contrapartidas no seu processamento Ela pode ser distributivas (distribuidoras de benefícios e serviços, a partir de um fundo público constituído para esse fim) ou redistributivas (redistribuidoras de bens e serviços mediante a retirada de recursos de quem os tem para dá-los a quem não os tem), tendo como referência o status de cidadania de beneficiário, e não fórmulas contratuais estabelecidas formalmente” (PEREIRA-PEREIRA, 2000, p. 25).

ser garantido o “direito legal de trabalhar”, o direito de “participar de regimes de serviços públicos”, de ser empregado ou cadastrado em agências de trabalho. Para os neodireitistas, os pobres, mediante esforço individual consolidado no trabalho assalariado hostil à emancipação humana, poderão precaver-se contra os riscos variados.

Os que “compraram” proteção social via seguros, contribuições ou pagamento direto por serviços, também devem ter direito de recebê-la. Apenas aos que já se encontram em situações de extrema pobreza ou destituição total, é concedido o direito de serem socialmente assistidos, mas, preferivelmente, por meio de transferências diretas de renda. Uma vez beneficiários, devem, no entanto, cumprir condicionalidades e receber incentivos governamentais constantes para que “libertem-se da tutela estatal”, (abandonando o programa). Estes incentivos, por seu turno, concentram-se na hoje festejada política de ativação para empregos, geralmente mal remunerados e precários.

E isso, certamente, explica o fato de prioridades e escolhas não serem implementadas em caráter universal, e sim focalizadas na extrema pobreza, com pisos de cofinanciamento baixos para os serviços sócioassistenciais, apesar da existência de um vasto arcabouço institucional que regulamenta a intervenção dos profissionais; um arcabouço posto em ação por meio de instrumentos de gestão³³ e financiamento, aprovados e deliberados nas Comissões Gestoras, nas Conferências Nacionais de Assistência Social e no Conselho Nacional de Assistência Social. Destaca-se, porém, o enfoque político e prioritário dado ao Programa Bolsa Família em detrimento da Organização com prioridade e financiamento adequado para os Serviços Sócioassistenciais.

Na institucionalidade da política de assistência social, permanece as formas de proteção inscritas no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, os serviços, benefícios e programas que também incluem as pessoas idosas, garantidos na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso. As proteções alicerçadas pela Política de Assistência Social são: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

³³ Resolução n.º 207, de 16 de dezembro de 1998 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS- MPAS) que aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica de Assistência Social (NOB 2); Resolução n.º 145, de 15 de outubro de 2004, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS –MDS) que aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS); Resolução n.º 130, de 15 de julho de 2005, do Conselho Nacional de Assistência Social (MDS) que aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS); Resolução CNAS n.º 269, de 13 de dezembro de 2006, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS-MDS) que aprova a Norma operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOBRH/SUAS); Resolução n.º 109 de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS-MDS) que define a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta complexidade; Aprovação do I Plano Decenal de Assistência Social (Plano SUAS -10) para o período de 2005 a 2015); Aprovação do II Plano Decenal de Assistência Social para o período de 2016 a 2026.

Em 11 de novembro de 2009, o Conselho Nacional de Assistência Social, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, aprovou a Resolução Nº 109, define, em seu artigo 1º, a Tipificação Nacional de Serviços Sócioassistenciais,³⁴ organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta complexidade, de acordo com a disposição abaixo:

I – Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:

- Abrigo institucional;
- Casa-Lar;
- Casa de Passagem;
- Residência Inclusiva.

- b) Serviço de Acolhimento em República;

- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;

³⁴ Registre-se que os serviços de Atenção às Pessoas Idosas, em sua maioria tipificados na Resolução nº 109/2009 /CNAS/MDS, foram adequados e subsidiados pela Portaria MPAS/SEAS Nº 73, de 10 de 05 de 2001(ainda em vigor) que define as Normas de Funcionamento e Padrões Mínimos de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, foi aprovada, pelo CNAS e elaborada com a participação de representantes de Organizações Governamentais (OG's), Organizações Não-Governamentais (ONG's), de representantes de ministérios setoriais, de pesquisadores das Universidades que definiram novas modalidades de atenção as pessoas idosas no Brasil, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, por se entender que é fundamental a participação das pessoas idosas (respeitadas as suas necessidades), da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: atendimento integral em Instituições de longa permanência (ILPS) em três modalidades), Centro Dia, Centro de Convivência, Casa Lar, Família Natural, Família Acolhedora, República e Residência Temporária.. Destaca-se também a RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005 da ANVISA/MS, que aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para as Pessoas Idosas, de caráter residencial.

d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências e de recuperação motora por AVC; dependência funcional permanente ou provisória; entre outros.

Estes Serviços e Programas regem-se por critérios de elegibilidade centrados na pobreza, vulnerabilidades e riscos sociais; contemplam, em parte, pessoas idosas, na concessão de benefício de prestação continuada, em instituições de acolhimento mais conhecidas como instituições de longa permanência; estando a maioria dos demais serviços de ação continuada em fase de implementação, uma vez que não dispõem de financiamento adequado.

A política de cofinanciamento do SUAS, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS), passa por um amplo processo de discussão e de construção de instrumentos para a pactuação e liberação dos recursos

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) define que “a proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras” (PNAS, 2004, p. 33).

Constata-se que, ao chamar para si a proteção social básica, a Política Nacional de Assistência Social busca intervir em dois campos de atuação - riscos e vulnerabilidades – mas, não enfatiza a condição de acesso ao direito social; e mais, registra-se que estes campos são de difícil abordagem e complexidade na sua concepção e fundamentação teórica.

A atenção básica de proteção prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais (no âmbito do município) de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverá incluir as pessoas com deficiência e ser organizada em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização (PNAS, 2004).

O Benefício de Prestação continuada (BPC) constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Ele é dirigido às pessoas com deficiência e às pessoas idosas, sendo estas a partir de 65 anos de idade, observado, para o seu acesso, o critério de renda familiar igual ou inferior a um

quarto do salário mínimo. Tal direito constituiu uma efetiva provisão mensal de um salário mínimo, não contributiva, de responsabilidade do governo federal.

Nesta forma de atenção às pessoas idosas está ainda garantido o serviço de ação continuada, por intermédio dos seguintes Serviços de Proteção Social Básica: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

A Proteção Especial

[...] é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras”; e “são considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos (PNAS, 2016, p. 34).

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são caracterizados por aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos, que se encontram sem referência e/ ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário.

No Brasil as Pessoas Idosas que demandam os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, vem sendo (historicamente) atendidas nos serviços de Acolhimento Institucional, nas modalidades de abrigo institucional, ou seja, nas instituições de longa permanência (com maior cobertura) e nas demais modalidades de atenção(baixa cobertura e em fase implementação) como: a) Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva; b) Serviço de Acolhimento em República) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências e de recuperação motora por AVC; dependência funcional permanente ou provisória, que seriam por intermédio do Centro Dia e que, entre outros, ainda estão em fase de implementação com baixa ou nenhuma cobertura em vários municípios da federação brasileira. Estes serviços, são de elevado custo e, na maioria das vezes, o piso estabelecido para o seu cofinanciamento, a ser garantido pela União, Estados e Municípios, não atende a real necessidade das pessoas idosas usuárias.

A maioria dos municípios de pequeno porte não tem o equipamento de referência para atender a população que necessita desse tipo de atendimento e nem equipe técnica de

referência, o que dificulta e impossibilita o atendimento adequado, muitas vezes sobrecarregando a equipe de referência da proteção social básica, que, em muitos casos, já é insuficiente para atender a demanda.

Os dados indicados mais abaixo visam fornecer e um retrato quantitativo dos Serviços, Benefícios e Programas de Atenção às Pessoas Idosas, que integram a Proteção Básica e Especial da PNAS no Brasil. Eles estão disponibilizados na Unidade de Vigilância do Departamento de Gestão do SUAS e foram pesquisados no Censo Suas - MDS, que é um Sistema Gerencial referente às ações de Política de Assistência Social executada no âmbito da Federação brasileira, bem como liberados pelo CNAS, em outubro de 2018.

Destaca-se que a abrangência da atuação da Assistência Social no Brasil é realizada por vários Sistemas de Informação que instrumentalizam a Unidade de Vigilância do Departamento de Gestão do SUAS e dos demais que integram o MDS.

Registra-se que os equipamentos de Assistência Social no Brasil, estão em fase cadastral. De acordo com o Cadastro Nacional de Entidades Sociais - CNES, até o dia 08, de agosto de 2018, foram cadastradas 11.199 Entidades, presentes em 2.796 municípios brasileiros.

De acordo com o Censo Suas (2017), adequado a posição de (out.2018) estima-se que o MDS, co-financia 8.292 CRAS, e está presente em 98% dos municípios brasileiros, ou seja, em 5.512. O PAIF realiza o atendimento e acompanhamento de 1.648.273 famílias. Dispõe de 2.577 CREAS, em 2.342 municípios, presentes em 42% dos municípios brasileiros. No PAEF foi realizado o atendimento e acompanhamento de 303.351 famílias e indivíduos. O MDS cofinanciou ainda 1.456 Centros Dia, em 870 Municípios; 8026 centros de convivência, em 2032 municípios; 5.589 unidades de acolhimento, em 2.014 municípios; e ainda 254 unidades de acolhimento para pessoas adultas com deficiência representa 4,5% das unidades de acolhimento no Brasil. Estima-se 4.897 pessoas com deficiência acolhidas, e representa 3,9% do público acolhidas no País. O Censo Suas cadastrou 5.589 instituições que poderão ter ações voltadas às pessoas idosas, entretanto destas cofinanciou 1.722, o que representa 31,7% das unidades de acolhimento no Brasil que presta esse serviço à 60.939 pessoas idosas, o qual representa, 49,2% do público no Brasil) (MDS,2018).

Cabe assinalar o Programa Bolsa Família (PBF), que também atinge as pessoas idosas, tem no CadÚnico (cadastro nacional das pessoas que estão nos programas sociais do governo federal) 6 milhões de pessoas idosas, entre 60 e 64 anos, que residem em famílias que recebem este benefício de transferência de renda, e constituem a justificativa para o Brasil implementar a Estratégia Nacional do Brasil Amigo da Pessoa Idosa, com a focalização do

envelhecimento ativo. O MDS adotou esta Estratégia e justifica o argumento que este grupo de 60 a 64 anos não se encontra nos demais programas do governo federal e são vulnerabilizados.

O Programa Bolsa Família (PBF)³⁵

[...] é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades que beneficia famílias pobres (com renda mensal por pessoa de R\$ 89,01 a R\$ 178,00) e extremamente pobres (com renda mensal por pessoa de até R\$ 89,00). O Bolsa Família pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza: promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações. Essa dimensão concretiza-se nas condicionalidades ou compromissos que as famílias devem cumprir para participarem do Programa; coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza (MDS, 2017).

Constata-se que ao chamar para si a Proteção Social Básica e Especial, a PNAS deve assegurar proteção a todos os ciclos de vida incluindo a velhice - embora o foco de proteção esteja mais na família e a estratégia esteja no território, busca intervir em dois campos de atuação: riscos e vulnerabilidades; mas, dada à ideologia vigente neoliberal/neoconservadora, encontra dificuldades para garantir o acesso ao direito social de caráter universal a quem dela necessitar. Na contemporaneidade a Política de Assistência Social vem priorizando e focalizando programas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família, e do benefício de prestação continuada, devido a muitos desafios para assegurar de forma concomitante o

³⁵ “O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios previstos no Programa Bolsa Família. Os tipos e as quantidades de benefícios que cada família recebe dependem da composição (número de pessoas, idades, presença de gestantes etc.) e da renda da família beneficiária. Benefício Básico, no valor de R\$ 89,00 - Pago apenas a famílias extremamente pobres (renda mensal por pessoa de até R\$ 89,00). Benefícios Variáveis (até cinco por família): Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos - Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade em sua composição; Benefício Variável Vinculado à Gestante: Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham grávidas em sua composição. São repassadas nove parcelas mensais; Benefício Variável Vinculado à Nutriz: Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição, para reforçar a alimentação do bebê, mesmo nos casos em que o bebê não more com a mãe. São seis parcelas mensais. Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, no valor de R\$ 48,00 (até dois por família): Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham adolescentes entre 16 e 17 anos em sua composição. É exigida frequência escolar dos adolescentes. Benefício para Superação da Extrema Pobreza, em valor calculado individualmente para cada família: Pago às famílias que continuem com renda mensal por pessoa inferior a R\$ 89,00, mesmo após receberem os outros tipos de benefícios do Programa. O valor do benefício é calculado caso a caso, de acordo com a renda e a quantidade de pessoas da família, para garantir que a família ultrapasse o piso de R\$ 89,00 de renda por pessoa” (MDS,2018). Acessar: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data/index.php?view=Bolsa%20Fam%C3%ADlia>.

financiamento para a implementação da rede de serviços de ação continuada previstos na Proteção Básica e Especial.

Frente a dificuldade de acessar a política de assistência social como direito social situações de risco geradas pela ausência ou insuficiência de renda constitui fator de extrema vulnerabilidade em um contexto de economia de mercado, qualidade de inserção dos indivíduos no mundo do trabalho, além de que agravam as necessidades básicas insatisfeitas, tais como: condições precárias de saúde e nutrição; situações de baixa escolarização; moradias inadequadas, precárias e ilegais, localizadas em lugares insalubres e estigmatizadas (CARNEIRO, 2005). Ademais, durante os ciclos de vida, existem fases de maior vulnerabilidade que podem ser atribuídas às crises econômicas; inseguranças face à modernidade avançada; sentimentos de desproteção em consequência da redução do papel do Estado e das transformações no núcleo do familiar; desatualização ou certa imobilidade de capital físico, humano e social, associado à incapacidade de influenciar decisões que distribuem recursos e dinamismo das condições de combater pobreza (VIGNOLI, 2002). Além destes fatores acrescenta-se questões afetas à dependência vivida por um número significativo de trabalhadores decorrentes de afastamento do trabalho por doenças e velhice (pessoas idosas em estado de sua capacidade funcional comprometida).

5.2 Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa

No âmbito da Assistência Social, e ainda em fase embrionária de implementação, vale citar a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa³⁶, criado pelo Decreto 9.328, de 03 de abril de 2018, cujo objetivo promover a integração de políticas públicas formuladas no âmbito federal e a intersetorialidade da ação local, estadual e municipal. Seu foco é alcançar a população idosa inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e, complementarmente, toda a população idosa.

Trata-se, esta Estratégia de uma iniciativa interministerial e interinstitucional que busca unir esforços setoriais e especializados para propor a comunidades e cidades a

³⁶ Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa é uma iniciativa interministerial promovido pelo Departamento de Atenção ao Idoso, da Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano (SNPDH)/ Ministério do Desenvolvimento Social, em 2019 (Ministério da Cidadania), construído com o Ministério dos Direitos Humanos(em 2019, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos) e o Ministério da Saúde, e em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS, com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de São Paulo (MDS, Brasil, 2018, p. 13).

realização de ações que promovam o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável da população idosa.

De acordo com o Decreto que institui essa estratégia entende-se por:

[...] envelhecimento ativo - o processo de melhoria das condições de saúde, da participação e da segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida durante o envelhecimento;

Envelhecimento saudável – o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada;

Envelhecimento cidadão - aquele em que há o exercício de direitos civis, políticos e sociais;

Envelhecimento sustentável - garantidor do bem-estar do segmento idoso quanto aos seus direitos, renda, saúde, atividades, respeito e, quanto à sociedade, nos aspectos de produção, convivência intergeracional e harmonia com o amplo conceito de desenvolvimento econômico;

Comunidade e cidade amiga das pessoas idosas - aquela que estimula o envelhecimento ativo ao propiciar oportunidades para a melhoria da saúde, da participação e da segurança, de forma a incrementar a qualidade de vida durante o envelhecimento (Decreto nº 9.328, de 03/04/2018, art.3º).

Para gerir esta estratégia foi instituído um Comitê Gestor constituído por representantes titulares e suplentes dos Ministérios do Desenvolvimento Social, da Saúde e dos Direitos Humanos sob a coordenação do primeiro. As ações serão executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observada a intersetorialidade, as especificidades das políticas públicas setoriais, a participação da sociedade civil e o controle democrático. E a Estratégia será implementada a partir da articulação entre as políticas de Assistência Social, de Saúde, de Direitos Humanos, de Educação, do Trabalho, da Cultura e do Esporte, entre outras.

A “população-alvo - o foco da Estratégia- é a população idosa vulnerável e, complementarmente, todas as pessoas idosas. Por conseguinte, o número de pessoas idosas, que residem em famílias que estão inscritas em no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal já ultrapassa os 6 milhões - em um contexto de 26,9 milhões de famílias inscritas” (EBAPI, SNPDI, MDS, 2018, p.4)³⁷. Este 6 milhões, conforme o MDS, são pessoas idosas entre 60 e 64 anos, em situação de vulnerabilidade social, que residem em famílias que recebem o benefício de transferência de renda do programa bolsa família.

As ações a serem realizadas no âmbito da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa serão de defesa de direitos, de proteção social, de oferta de oportunidades de aprendizagem,

³⁷ Fonte: Relatório de Programas e Ações do MDS e SUIBE/INSS (MDS, 2017).

de participação, de adaptação dos ambientes urbanos e rurais, como formas de reduzir as vulnerabilidades, sobretudo, da população idosa preferencial (BRASIL, 2018, p.07).

O marco legal estabelecido para a Estratégia pauta-se pela legislação brasileira de defesa de direitos da pessoa idosa, com destaque para o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) e em estreita consonância com as determinações do Envelhecimento Ativo, preconizadas pela: OMS (2002 e 2005), OPAS, e ONU, de acordo com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS); e com a Agenda 2030, implementada no Brasil pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD Brasil), como um “plano de ação” destinado ao fortalecimento da paz universal, da liberdade e das ações de erradicação da pobreza.

A Estratégia também define as competências em cada esfera de governo e propõe a participação da sociedade civil, de organismos multilaterais, enfatizando o exercício do controle democrático, ao tempo em que define atividades prioritárias para assinatura de termo de adesão por parte dos entes federados, com concessão de certificados e emissão de selos e/ou congêneres.

Dentre as atividades prioritárias, elencadas no artigo 5º do Decreto que institui a Estratégia, destacam-se: o apoio técnico aos entes federativos com vista à promoção das comunidades e das cidades amigas das pessoas idosas; a realização de diagnóstico que contemple o protagonismo e a participação da população idosa, informações sobre a gestão das ações, dos programas, dos benefícios e dos serviços à população idosa; a elaboração de plano que contemple as ações a serem executadas pelos municípios; a avaliação e o monitoramento, por meio de indicadores da Estratégia, com base em metodologia a ser definida pelo Comitê Gestor; e o reconhecimento pelo Governo federal de políticas públicas, programas, ações, serviços ou benefícios, implementados pelos Municípios, que promovam o envelhecimento ativo, cidadão e sustentável da pessoa idosa (DECRETO Nº 9328, de 03/04/2018).

Registre-se que esta Estratégia foi lançada no Brasil em um momento crítico da sociedade brasileira, o de *impeachment* da Presidenta da República, em 2016, e de posterior aprovação da EC 95, de dezembro de 2016, que institui um Novo Regime Fiscal para o Brasil, congelando por vinte anos as despesas primárias, como saúde e educação, além da aprovação da reforma trabalhista e da previsão da reforma previdenciária, que retira direitos da população. Acrescente-se a isso, a não aprovação, até o momento, da Convenção Interamericana de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas que se encontra no Congresso Nacional para deliberação.

Logo, a materialização da referida Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, encontra-se na encruzilhada e, portanto, sujeita a choque de competências entre os MDH, MDS e Conselho Nacional de Defesa de Direitos do Idoso, que busca ser dirimida pela instituição de um Comitê Gestor, formado por representantes do MDH, MDS e MS além de não estar claro qual o financiamento ou a disponibilidade de orçamento para a sua implementação. Entretanto, vem sendo realizadas capacitações de âmbito nacional e regional envolvendo representantes de gestores e conselheiros que atuam na área de defesa de direitos das pessoas idosas no Brasil.

Conforme o Seminário Nacional realizado em Brasília, em dezembro de 2018, o MDS divulgou a adesão de 339 Municípios Brasileiros à Estratégia, onde as ações previstas já estão em fase de implementação e esses municípios já receberam os Selos de acordo com o grau de implementação das Ações de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa.

Destaca-se que em decorrência da instituição de um novo governo a partir de 1º de janeiro de 2019, e de acordo com a Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, que estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República, o MDS foi extinto e suas atribuições transferidas para o Ministério da Cidadania; extinto também o Ministério dos Direitos Humanos e suas atribuições transferidas para o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. Dessa forma entende-se que o Conselho Gestor da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa-(EBAPI), também deverá se adaptar a nova estrutura.

5.3 Política de Saúde

A inserção da Saúde como direito e política pública de seguridade social é fruto de ampla atuação do movimento sanitarista no Brasil, o qual culminou com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Esta Conferência contou com a participação de quatro mil pessoas e mil delegados representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais, dos partidos políticos, os quais elaboraram um Relatório Final que, unificado com os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, subsidiou a Comissão Nacional de Seguridade Social do processo Constituinte e a própria Constituição. Além de forte participação dos representantes das Pessoas Idosas, por intermédio da Confederação Nacional dos Aposentados e Pensionistas- COBAP.

A Constituição de 1988 definiu o acesso à saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art.198).

A Política de Saúde previa:

Ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art.198).

Contudo, embora a saúde fosse considerada um direito social, universal, o art. 199 da Constituição, assegurava que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Os incisos deste artigo, abaixo descritos, definem as formas de participação da iniciativa privada no âmbito da Política de Saúde:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

E, por meio deles atesta-se, com Hernandes, que “a atual configuração do sistema de saúde brasileiro – universal, pago, regulado, híbrido – é resultado de um processo político e histórico, que tem como um dos aspectos marcantes a convivência entre público e privado, na provisão e acesso aos serviços” (HERNANDES, 2010, p. 10).

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou os artigos constitucionais que tratam da saúde no Brasil, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, nos seguintes termos:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que

assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO, 1988, art.196º)

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Constituição, 1988, art.2º)

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais(Lei nº 12.864, de 2013).

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (CONSTITUIÇÃO, 1988, art.3º).

Como se pode perceber, esta Lei amplia a responsabilidade do Estado, ao reafirmar ser a saúde um direito universal, ao tempo em que, divide a responsabilidade por esse direito com a família, a sociedade e o mercado. E mais, condiciona a saúde ao bem estar físico, mental e social, sinalizando para uma importante mudança de paradigma na forma de conceber a saúde; ou seja, por esse paradigma a saúde deixa de ser associada à doença e passa a vincular-se às condições de bem estar e de seguridade social ampliada, desde que se cumpra o acesso a outros direitos sociais, explicitados no artigo 3º da Lei nº 8080 de 1990, quais sejam, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e bens e serviços essenciais). Direitos estes de difícil garantia em países em desenvolvimento com alto grau de desigualdade social.

Para melhor entendimento do SUS é fundamental a remissão ao seu Art.5º, no qual estão elencados os objetivos desse Sistema, e ao artigo 6º, que contém as ações a serem desenvolvidas, quais sejam: vigilância sanitária³⁸; vigilância epidemiológica³⁹; saúde do trabalhador⁴⁰; e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

³⁸ Entende-se por “vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde” (Lei 8080,1990,art.6, §1º)

³⁹ Entende-se por “vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos “ (Lei 8080,1990, art.6, § 2º)

⁴⁰ Entende-se por “saúde do trabalhador, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio

Da interpretação destes conceitos constata-se uma abordagem também voltada para a saúde do trabalhador de caráter preventivo, além de gerencial junto aos riscos sociais ao tempo em que assegura formalmente ações de reabilitação dos agravos à saúde gerados pelo trabalho, quer em acidentes quer por doenças ocupacionais. Constata-se, ainda, ênfase na participação dos trabalhadores, de frações da classe trabalhadora idosa, de sindicatos e empresas nas formas de pesquisa, de atenção e de monitoramento das ações.

Tudo isso expressa que o SUS garante a participação da comunidade, dos usuários na elaboração da política de saúde, na gestão e no controle das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, por meio de instrumentos estabelecidos nas Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, com o objetivo de regulamentar e definir estratégias que orientam a operacionalidade do Sistema.

Por seu turno, a regulamentação do SUS estabelece princípios para a implantação de um modelo de atenção à saúde que atenda todos os ciclos de vida; priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social; e adota, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o conhecimento das demandas populacionais e prestar atendimentos mais próximas de suas comunidades.

De acordo com Vianna e Machado (2008),

[...] o SUS incorpora dois modelos assistenciais produtivos. O primeiro, o de saúde pública, cuja origem remonta à Primeira República, lida com as questões de saúde coletiva, compondo-se de uma rede descentralizada de serviços ambulatoriais municipais e estaduais, com o apoio de institutos de pesquisa, laboratórios públicos produtores de soros, vacinas e medicamentos. O segundo, desenvolvido após a emergência do sistema previdenciário, em 1930, é composto por uma rede hospitalar predominantemente privada que presta serviços tanto para o SUS quanto para as operadoras de planos e seguros (VIANA e MACHADO, 2008, p. 675, apud FERNANDES, 2010, p.58).

Para estas autoras,

de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores” (Lei 8080,1990,art.6,...3 °).

[...] ambos os modelos convivem no SUS e sua integração é dificultada por uma série de motivos, entre outros, pela natureza distinta dos equipamentos/serviços presentes em um e outro, pela adoção de diferentes modalidades de prestação, acesso e financiamento e pela presença de diferentes atores na base política de sustentação desses arranjos (VIANA e MACHADO, 2008, p. 675, apud FERNANDES, 2010, p.58)

Assim, pela Lei 9961, de 2000, instituiu-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Mas, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de desligar o atendimento à saúde do modelo hospitalocêntrico, tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção básica à saúde, o eixo estruturante, centrado na família e na comunidade. Com isso, visava-se a reorganização da prática assistencial à saúde, imprimindo nova dinâmica nos serviços e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, de forma humanizada direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (MS, 1994), programa passa chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitantemente à regulamentação do SUS, o Brasil organizou-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, prevista na Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (MS, 1999).

Para dar resposta à crescente demanda populacional do envelhecimento e regulamentar o disposto na Política Nacional do Idoso, o MS, por meio da Portaria Ministerial nº 1.395/1999, aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual ordena que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Em consonância com as normativas da OMS, assevera que, dentre os riscos e vulnerabilidades, o que gera consequências graves às pessoas idosas, as suas famílias e à área de saúde voltada para o envelhecimento ativo e saudável, é a perda da capacidade funcional; isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

No âmbito do SUS, as Políticas de Atenção às Pessoas Idosas, estão em estreita consonância com as normativas internacionais estabelecidas pela OMS, OPAS, ONU, OIT e

conta com forte participação dos movimentos sociais, de especialistas, e de frações da classe trabalhadora envelhecida. Destaca-se ainda que, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa está sob a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa- COSAPI⁴¹/DAPES/SAS/ MS.

5.4 Diretrizes para a implementação da Saúde Integral da Pessoa Idosa com Foco no Cuidado

Com vista a atender as recomendações da OMS e da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, o MS realizou a readequação da Política Nacional de Saúde do Idoso, por intermédio da Portaria 2. 528 de 2006, e instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Tal providência teve como objetivo promover, manter e recuperar a autonomia e a independência da pessoa idosa, visando à adoção de medidas coletivas, em consonância com o SUS. Os princípios fundamentais que norteiam esses objetivos são buscar promover a *autonomia* e a *independência* das pessoas idosas, entendendo como autonomia “a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”; e como independência “a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros”(COSAPI,MS,2017)

Destacam-se ainda nessa política quatro diretrizes básicas: a) promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável, em consonância com a OPAS e OMS; b) prioridade à atenção integral e ações intersetoriais; c) garantia de recursos para atenção à saúde e d) participação e fortalecimento do controle social.

A concepção ampliada de saúde e envelhecimento, ou o envelhecimento saudável, que toma a capacidade funcional como medida de bem-estar físico,

⁴¹ “A COSAPI/MS adota como estratégia de trabalho a interlocução e formalização de Ações Programáticas pactuadas com o Colegiado de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa e em parceria com o Fórum composto por gestores dos estados e DF, dos municípios capitais acima de 500 mil habitantes, com reuniões presenciais semestrais e agenda permanente de trabalho. Destacam-se como seus principais encaminhamentos: discussão e validação do modelo de atenção integral à Saúde da Pessoa Idosa; participação na revisão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; atualização e reformulação do Caderno de Atenção Básica nº 19 e construção de estratégias de capacitação de gestores para utilização desses instrumentos de gestão; contribuições para o levantamento Censitário nas ILPIs (Instituição de Longa Permanência de Idosos) e participação no processo de mapeamento de experiências exitosas de gestão no campo. Foi aprovada a Carta do VIII Colegiado de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de propor a inclusão de indicadores de monitoramento visando garantir qualificação e aperfeiçoamento da Atenção Básica, ordenadora da atenção integral à saúde da pessoa idosa” (COSAPI,MS;SDH-PR,2015).

mental e social, é a meta a ser alcançada não apenas pelo setor Saúde isoladamente, mas pelo conjunto das políticas públicas. As ações e as intervenções de saúde e das demais políticas públicas devem ser planejadas, organizadas e implementadas de modo que possibilitem às pessoas alongarem o máximo possível a sua independência e autonomia, podendo cuidar de si mesmas e realizar atividades consideradas importantes para sua sobrevivência, em trajetórias positivas de envelhecimento, considerando os múltiplos aspectos que as afetam (MS, 2018, p. 20).

A Figura 8 exemplifica as oportunidades e possibilidades de intervenção no contexto da saúde pública, visando ao envelhecimento saudável, de acordo com as capacidades intrínseca e funcional de cada pessoa, bem como os recursos que podem ser acessados durante o processo de envelhecimento, de acordo com o estado de saúde de cada pessoa idosa, ao longo do ciclo de tempo. Cada passo neste processo previsto (de promoção, prevenção e/ou reabilitação) deve ser planejado com a pessoa idosa e, familiares, profissionais e cuidadores (quando houver), sempre com a participação e respeito à vontade e as necessidades da pessoa idosa e com os recursos da comunidade (MS, 2018).

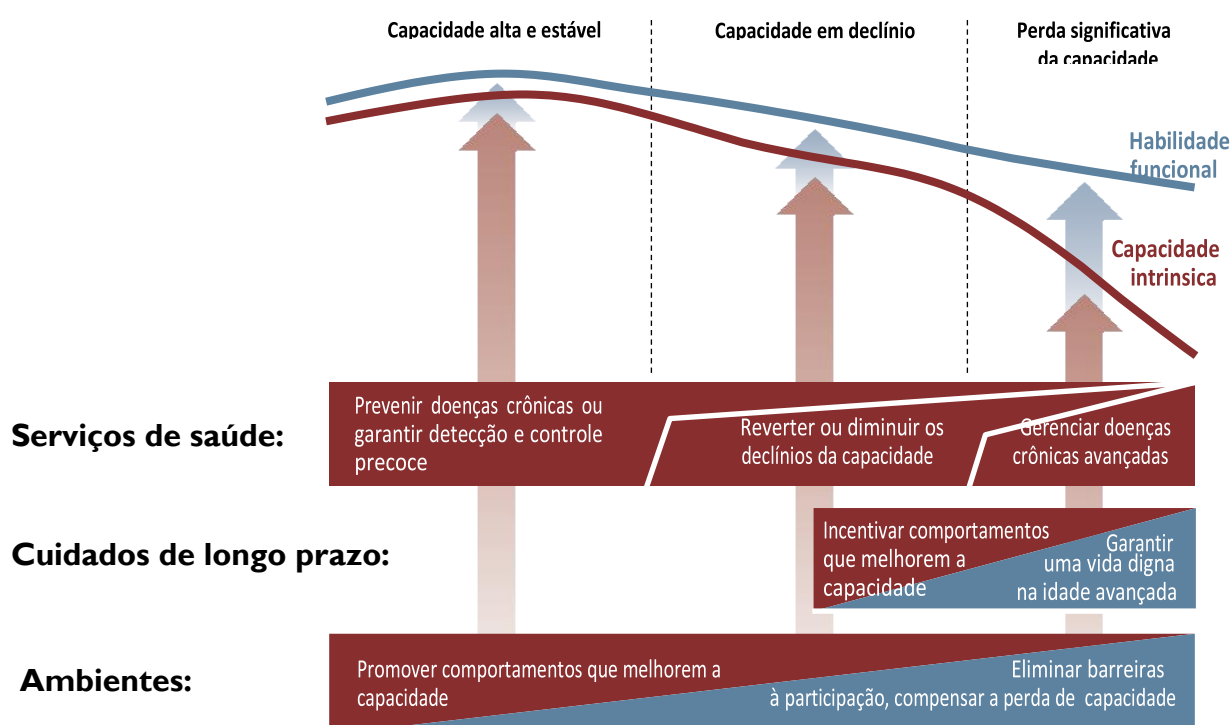


Figura 8 - Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável: as possibilidades para a ação de saúde pública durante o curso da vida.

Fonte: OMS, Relatório Envelhecimento e Saúde (2015).

Tanto a OMS, quanto o MS entendem que para que pessoas idosas apresentem capacidade funcional alta e estável, deve-se trabalhar:

[...] as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tais como: promoção de hábitos de alimentação saudáveis; incentivo à realização de atividades físicas; controle do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, medicamento e outras drogas; promoção de atividades coletivas de socialização; prevenção de doenças transmissíveis (como as infecções sexualmente transmissíveis – IST e as doenças pneumocócicas); prevenção e controle de doenças não transmissíveis (como diabetes e hipertensão). Além disso, práticas integrativas e complementares, como a yoga, meditação e acupuntura, entre outras, que oferecem diferentes recursos terapêuticos da medicina tradicional e complementar/alternativa, ajudam no bem-estar físico, emocional e social das pessoas idosas, pois estimulam o autoconhecimento, a autonomia e a relação saudável com a sua fase de vida. Essas ações visam preservar a funcionalidade, buscando evitar a ocorrência de agravos ou o estabelecimento de condições crônicas que possam provocar declínio ou comprometer a autonomia e independência das pessoas (MS, 2018, p. 22).

Àquelas pessoas que já apresentam algum declínio funcional, é necessário:

[...] ofertar cuidados que revertam, diminuam ou retardem ao máximo possível a continuidade desse curso. Para tanto, além de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e de doenças, incentivando comportamentos que melhorem as capacidades intrínseca e funcional, são necessárias ações de tratamento, reabilitação e controle estrito de condições crônicas estabelecidas. Além disso, situações agudas que demandem serviços de urgência e emergência ou internação hospitalar, devem ser acompanhadas muito proximamente, em especial no regresso ao lar, pós-alta, para prevenir o agravamento do declínio funcional e do quadro geral de saúde (MS, 2018, p. 22).

Para àquelas pessoas que apresentam perdas significativas de capacidades, tornando-se dependentes para as atividades básicas da vida diária - ABVD,

[...] cabe gerenciar condições crônicas já agravadas, bem como garantir a vida digna, ofertando cuidados de longa duração, inclusive acompanhamento domiciliar, reabilitação, cuidados paliativos, suporte a familiares e a outros cuidadores. Para os casos em que há declínio ou perda de capacidades, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que busquem eliminar as barreiras à participação das pessoas idosas e compensar a perda de capacidade, proporcionando as adaptações e supervisões necessárias, seja por meio de tecnologias assistidas ou apoio de terceiros (MS, 2018, p. 22).

A promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável, em sua concepção e formalização legal, busca retratar os aspectos de saúde ao longo da vida e desmistificar a

visão do envelhecimento como uma fase da vida acompanhada por doenças e sofrimento e afirmá-lo como um processo que pode ser experimentado com saúde e bem-estar. Entretanto, pensa-se que esse processo só será possível em uma sociedade que garanta o acesso aos direitos sociais em todos os ciclos de vida, o trabalho digno e serviços públicos de qualidade.

Pesquisas realizadas na área do envelhecimento revelam que as pessoas idosas se afligem mais com a dificuldade de desempenhar as atividades da vida diária e com a perda de convívio social, do que com a prevalência de doenças. O alcance dessa diretriz não deve ser somente de responsabilidade da área de saúde, mas requer também a corresponsabilidade do estado, das famílias, das pessoas idosas, as quais deveriam ter acesso a serviços, programas e direitos sociais em todas os ciclos de vida, para adotar práticas de vida saudáveis em todas as fases de sua existência (MS,2017). Isso porque aproximadamente apenas 25% da capacidade intrínseca, ou seja, dos recursos físicos e mentais das pessoas, na velhice se explica pelos fatores genéticos e 75% se deve em grande parte aos efeitos acumulados dos hábitos da pessoa e aos fatores ambientais a que foi exposta; isto é, há um forte impacto dos determinantes sociais no funcionamento da pessoa na velhice (OMS, 2015; MS, 2018).

Por isso, entende-se que a promoção da saúde deve acontecer em todas as fases da vida, visto que a maioria das doenças crônicas que se manifestam na velhice são ocasionadas por fatores de risco e hábitos de vida que as pessoas adotaram durante anos, como o tabagismo, alcoolismo, má alimentação, sedentarismo (UNASUS, 2006); e ainda pela falta de acesso aos direitos sociais ou a permanência em trabalho precário, insalubre e degradante.

No tocante à atenção integral e a ações intersetoriais, a promoção da saúde visa garantir à pessoa idosa, a integralidade de acesso à atenção; ou seja, saúde física, saúde mental, ambiente seguro, trabalho, cultura, lazer, dentre outros e ser baseada nos direitos e necessidades das pessoas idosas. Estas ações devem ser desenvolvidas de forma integrada por múltiplos parceiros e órgãos governamentais (MS, 2018).

De acordo com o (MS, 2018) deve-se buscar a estruturação do cuidado integrado e intersetorial às pessoas idosas, gerando a não duplicidade de ações, evitando distorções e maximização da rede de atenção. O cuidado integral exige uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar. Estas diretrizes, segundo a Política de Saúde, devem ser incorporadas à atenção básica e promover a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção. A garantia de recursos para atenção à saúde define a necessidade de garantir às pessoas idosas os recursos necessários para sua qualidade de vida, como: medicamentos, ambientes adaptados, profissionais de saúde capacitados, acesso aos serviços e programas de saúde em tempo hábil e compatível às necessidades dessas pessoas.

A participação e fortalecimento do controle social (ou democrático) visa garantir a inclusão de temas relacionados à atenção à saúde das pessoas idosas, em instâncias democráticas e participativas, como os Conselhos e Conferências Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e a participação das pessoas idosas na formulação das ações deliberadas nessas Conferências, bem como nas Comissões de interesse desse público em todas as instâncias de poder.

Em 2003, o MS aprovou a Política de Humanização do SUS com o objetivo de valorizar a rede de saúde no Brasil e os usuários como agentes de transformação e participação no processo de saúde-doença. Para tanto procurou implementar de um sistema de saúde mais próximo das necessidades humanas, enfatizando a lógica da solidariedade. Esta política, vale repisar, tem como meta a construção de novos modelos de saúde capazes de romper com o modelo hospitalocêntrico, focado na figura do médico, em prol de um sistema que contemple a pluralidade de saberes, tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Em 2006 o MS aprovou o Pacto pela Vida, definindo seis prioridades de atenção: saúde das pessoas idosas; controle do câncer de colo do útero; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica. Além disso, aprovou a Portaria nº 648, de 28/03/2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este em prestando assistência às pessoas idosas, inclusive no domicílio, mas com limitações para o encaminhamento das pessoas idosas à realização de exames de alta complexidade no âmbito do SUS.

A Atenção Básica caracteriza-se:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade,

da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2006, p.12).

Para a implantação da Política Nacional de Atenção Básica, o MS adotou as Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁴² e o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴³, como intervenção prioritária. E os procedimentos metodológicos que caracterizam o processo de trabalho das equipes de atenção básica consistem em:

[...] definição do território de atuação das UBS; programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; assistência básica integral e contínua à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (PNAB, 2006, p. 21- 22).

5.4.1 Diretrizes do Cuidado para Atenção Integral da Saúde das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde

A organização do cuidado das pessoas idosas no Brasil foi pensada para ser articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. Dai a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, segundo a Portaria 4.279, de 30/12/2010, “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que,

⁴² Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (PNAB,2006,p.21).

⁴³ Para que a estratégia saúde da família seja implementada é necessário a existência de uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família , ou médico da família e comunidade ; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (PNAB, 2006, p.26).

integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MS, 2010).

A implantação da RAS foi prevista para ser pactuada entre as três esferas de governo, com definição de objetivos e metas de curto, médio e longo prazos, e investimento no desenvolvimento da capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho da atenção ofertada. Para tanto deveria ser implementado um sistema logístico que permitisse a articulação entre os diferentes pontos de atenção, garantindo o transporte sanitário, o fluxo dos usuários entre os diferentes pontos de atenção, tanto nas situações de urgências quanto no acompanhamento longitudinal, e investimento na formação profissional e educação permanente.

O respeito aos direitos humanos - garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas idosas, o combate ao estigma, à violência e ao preconceito, assim como a garantia da equidade de gênero e raça - deveria nortear toda a ação voltada à pessoa idosa. Dever-se-ia, também, priorizar a construção e a oferta de um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS.

A construção formal desse Modelo, nos marcos dessa orientação, contém as diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação.

De acordo com as normativas do SUS, em especial o Documento intitulado “Orientações Técnicas para implementação da Linha do Cuidado , para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa” (Outubro de 2018) ,e a metodologia de trabalho adotada pela COSAPI-MS, verifica-se que os elementos estruturantes do Modelo de Atenção centraram-se na promoção e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e em suas necessidades, considerando a sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção focada na doença. Assim, a singularidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer passaram a ser consideradas a partir dos determinantes sociais e econômicos da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, e nas diferenças de gênero e raça, com vista à equidade e resolutividade do cuidado a ser dispensado (MS, 2018).

Tornou-se necessário planejar as etapas de organização do cuidado, a garantia do acesso, o acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, para possibilitar não só a escuta, mas fazer com que esta se traduza em

responsabilização e resolutividade, indutoras de mobilização e integração de redes internas, externas e multidisciplinares (MS, 2017).

Para além do investimento na articulação setorial, a articulação intersetorial constitui uma diretriz na busca de respostas às demandas da população idosa, em especial no que se refere à Política de Assistência Social. Essa articulação visa ao estabelecimento de consensos, definição de responsabilidades compartilhadas para construção dos serviços e programas - com prioridade nos serviços da atenção domiciliar, centro-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento à violência e a qualificação do cuidado oferecido em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) (COSAPI, MS, 2017) - e demais modalidades de atenção garantidas em legislação e resoluções específicas.

A partir de estudos e apresentações de Hoffman (2017, 2018), de documentos técnicos da COSAPI (MS, 2018), resoluções e legislações aprovadas nos âmbito do SUS acrescidas das normativas internacionais e à partir das necessidades das pessoas idosas, depreende-se que os serviços de cuidados em uma perspectiva de atenção à saúde integral das pessoas idosas buscam pautar-se e centram-se na manutenção e, quando necessário, na reabilitação da capacidade funcional das pessoas idosas, com vista a: buscar conhecimentos multidisciplinares (no âmbito da gerontologia e geriatria); aprimorar o conhecimento da heterogeneidade dos processos de envelhecimento; verificar os fatores socioeconômicos, o acesso ou não aos serviços públicos de qualidade, estilos e hábitos de vida saudáveis ou não e aspectos culturais; observar a qualidade de vida relacionada ao trabalho e a capacidade funcional; oportunizar o acesso às ações de manutenção da autonomia e independência; considerar os novos arranjos familiares, constituídos por famílias menores, monoparentais, ou não, e agregados; identificar necessidade de intervenção intersetorial de cuidados, com a participação de cuidadores familiares ou não; observar sinais de violência ou negligência institucional e familiar; identificar a rede social e de apoio familiar e comunitário no território; estudar a possibilidade de atenção domiciliar e a existência ou não de oferta de serviços em centros dia; considerar a necessidade de intervenções multidimensionais e intersetoriais; analisar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como principais causas de morbimortalidade, incapacidade e riscos de maior vulnerabilidade; e redimensionar as formas de temporalidade de acesso aos exames de alta complexidade e seus resultados face a urgências e emergências e, quando necessário, recorrer a processos de judicialização para preservar a atenção as pessoas idosas.

O SUS possibilita o acesso a instrumentos técnicos e operacionais⁴⁴, além de cursos de formação para a construção da linha do cuidado, tais como: instrumento para avaliação multidimensional (caderneta de saúde da pessoa idosa, ficha espelho e manual de orientação da caderneta); cursos de educação permanente por intermédio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) ,e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. Dispõe ainda de instrumentos técnicos e informativos que orientam sobre a reabilitação das pessoas idosas; prevenção de quedas, prevenção de violência, saúde auditiva, tabagismo, dentre outros (COSAPI, 2018).

A avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa deve abarcar as dimensões social, clínica, mental e funcional, além de identificar necessidades, possibilitando a otimização da alocação de recursos e estratégias de cuidado. Ao mesmo tempo, deve ampliar a compreensão do processo de envelhecimento permitindo a identificação e classificação de riscos e, finalmente, a possibilidade e a perspectiva de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (MS, 2018).

Considera-se importante salientar os tipos de equipamentos de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde do Idoso no SUS, explicitados na integra pela COSAPI/SUS (2017) visto que, embora todos atuem para manutenção da funcionalidade, apresentam competências e formas de abordagem diferenciadas. A seguir, destacam-se as mais importantes:

- a) Unidades Básicas de Saúde (UBS). São consideradas a “porta de entrada” do SUS. Algumas funcionam em estruturas adaptadas, sem o planejamento prévio e fora dos parâmetros e critérios técnicos definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (Norma 9.050/2004). As UBS podem ou não ter equipe de Saúde da Família (e em ambas as situações estão registradas no CNES) e sua estrutura e recursos necessários são definidos pela Política Nacional de Atenção Básica;
- b) Atenção às urgências, a qual tem sido orientada pela Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, e se divide nos componentes: pré-hospitalar (que pode ser fixo ou móvel) e hospitalar;
- c) Unidade de atendimento ambulatorial especializado, o qual possibilita a recuperação da saúde por procedimentos específicos de cada especialidade. Exemplos: perda auditiva e catarata frequentemente encontrada no paciente idoso. O acompanhamento na atenção básica deve ser mantido independentemente do acompanhamento por especialistas. É comum que o paciente idoso seja acompanhado por diversos médicos

⁴⁴ Para maior aprofundamento da Linha do Cuidado acessar o documento intitulado Orientações Técnicas para Implementação da Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (SUS, 2018).

especialistas, sem homogeneização dos tratamentos e sem comunicação entre eles, o que, frequentemente leva à iatrogenia e à polifarmácia. O profissional da atenção

- d) básica tem em mãos o poder de gerenciar e harmonizar o tratamento;
- e) Unidades de reabilitação, as quais geralmente estão vinculadas a hospitais universitários, especializados e centros de referência, sendo que a reabilitação pode ser física ou cognitiva e conta com diversos profissionais da saúde, como: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros;
- f) Atenção Domiciliar (AD) - Programa Melhor em Casa implementados pela coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD). Constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado, o cuidador é pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida diária (BRASIL, 2013);
- g) Atenção hospitalar exercida mediante ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, realizados em ambiente hospitalar previamente inseridos nessa denominação”. Todos os hospitais do SUS, independentemente do tamanho ou complexidade, são registrados no CNES. O ingresso ao atendimento hospitalar geralmente se dá pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é uma característica comum nessas unidades;
- h) Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Creasi), nos quais são atendidas pessoas idosas que necessitam de atenção especializada nas áreas de geriatria e/ou gerontologia. Estes Centros oferecem à comunidade serviço especializado na saúde do idoso frágil e também interlocução com outras instituições, por meio de avaliação multidimensional, realizada por equipe interdisciplinar, seu objetivo é a manutenção ou recuperação da sua saúde física, mental e funcional, e adequação de seus déficits às novas realidades, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar.

O SUS vem aprovando várias portarias que asseguram ações voltadas para qualificar o cuidado de atenção às pessoas idosas no Brasil. As mais recentes são:

- a) Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e as demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Institui os procedimentos referentes aos Cuidados Prolongados às pessoas idosas, que se

- caracterizam por cuidados intermediários entre cuidados hospitalares (agudos e crônicos agudizados) e atenção básica e/ou domiciliar. Os critérios de elegibilidade
- b) exigidos para o seu acesso são: recorrência e recuperação para AVC, dependência permanente ou funcional, dentre outros;
 - c) Portaria 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança ao Paciente, com o objetivo de: identificá-lo corretamente; melhorar a comunicação entre a equipe de saúde; garantir a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, com procedimentos e pacientes corretos; higienizar locais para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão;
 - d) Portaria 719, de 07 de abril de 2011. Institui as academias de saúde com o objetivo de: contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física, de lazer e modos de vida saudáveis e, ainda, a promoção de atividades de segurança alimentar, nutricional e de educação alimentar.

O MS aprovou ainda o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, elegendo como ações prioritárias: capacitar equipes de profissionais da atenção básica em saúde para o acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; criar de programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade; assegurar e distribuir, gratuitamente, medicamentos essenciais para hipertensão, diabetes e asma, além de subsídio de 90% para fraldas geriátricas; realizar a imunização de gripe e pneumonia; traçar o perfil epidemiológico da violência e realizar notificações compulsórias.

5.5 Política de Previdência Social

No século XIX, legislações que asseguravam benefícios sociais no Brasil institucionalizaram-se sem estar nominadas como Previdência Social. Elas visavam garantir proteção social associadas à lógica do trabalho, com o objetivo de regular as relações trabalhistas (CASTELL, 1995; BOSCHETTI, 2006).

Dentre essas legislações ressalta a Lei Eloy Chaves que representou uma mudança de paradigma na Previdência Social, ao implantar, no Brasil, o modelo bismarkiano, por meio da criação de caixas privadas de previdência que instituiu prestações de substituição de renda.

Nessa perspectiva, a Política Previdenciária se guiava pelo princípio da solidariedade, com o objetivo de garantir cobertura de riscos sociais advindos da perda de renda do trabalho, prioritariamente por invalidez, velhice, doença e morte. Desde o seu início esta política foi financiada por um sistema de repartição, com prioridade de financiamento dos trabalhadores e empregadores; porém, com o passar do tempo foi assumindo a lógica da solidariedade, contando com participação do Estado, até incorporar a atual lógica do mercado, sob a forma de previdência privada e complementar.

A Lei Eloy Chaves foi instituída pelo Decreto nº 4862, de 24 de janeiro de 1923, e assegurou a implementação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Em 1923 foi criada a primeira CAP dos ferroviários e, em 1926, a dos portuários e dos marítimos. Destaca-se que a proteção era devida aos trabalhadores, e não às empresas ou à localidade, e possuía fundos específicos. Cada empresa dispunha de sua Caixa, que realizava as seguintes prestações: aposentadoria por invalidez ou por tempo de serviço; pensão aos dependentes do segurado; serviços de saúde e de compra de medicamentos a preços reduzidos e auxílio-funeral.

A gestão dos fundos específicos dessas Caixas ficava a cargo dos seus respectivos Conselhos Administrativos, cada qual constituído por um superintendente, dois funcionários administrativos e dois funcionários gerais eleitos pelos empregados da empresa. O Estado não participava do processo de gestão e nem do financiamento. As CAPs tinham como receita as contribuições de trabalhadores e empregadores. Cada trabalhador disponibilizava 3% de seu salário mensal e as empresas participavam com 1% de sua receita bruta anual⁴⁵.

A partir de 1930, após a Revolução⁴⁶ e com Getúlio Vargas no governo, muitas transformações ocorreram na gestão e na burocracia estatal. O Estado assumiu papel mais interventor na condução do desenvolvimento do país, baseado em experiências da Europa

⁴⁵ “Além das contribuições patronais e empregatícias as CAP’s contavam ainda com algumas fontes subsidiárias. No caso da CAP dos ferroviários havia ainda as seguintes possibilidades de receitas: “Art. 3º (...) c) a somma que produzir um aumento de 1 1/2 % sobre as tarifas da estrada do ferro; d) as importancias das joias pagas pelos empregados na data da criação da caixa e pelos admittidos posteriormente, equivalentes a um mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensaes; e) as importancias pagas pelos empregados correspondentes á diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou augmentados de vencimentos, pagas tambem em 24 prestações mensaes; f) o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo publico dentro do prazo de um anno; g) as multas que atinjam o publico ou o pessoal; h) as verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras; i) os donativos e legados feitos á, Caixa; j) os juros dos fundos accumulados” (LEI ELOY CHAVES, DECRETO nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923).

⁴⁶ Movimento armado que culminou com um golpe de Estado e derrubou a chamada República Velha.

Central, mas também em reflexões de intelectuais nacionalistas, como Oliveira Vianna, Azevedo Amaral e Alberto Torres. Nesse governo, questões ligadas ao exercício do trabalho, às relações trabalhistas e à organização dos trabalhadores, passaram a ter maior centralidade e regulação estatal. Foram criados vários Ministérios, com prioridade para o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que se tornou responsável pela estruturação legal e institucional da relação capital-trabalho. A Previdência Social constituiu um dos principais temas da agenda governamental e a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) - em contraposição ao regime das CAPs - ampliou o alcance da política previdenciária, já com nova estruturação (CPIPREV, 2017).

Os IAPs passaram a ser organizados por representantes de categorias profissionais e não mais por empresas, como eram as CAPs; e o Estado assumiu um papel mais de gestor e responsável pela definição e delimitação das categorias profissionais, além de dispor do Conselho do Trabalho no âmbito do Ministério do Trabalho, embora de caráter consultivo.

No período de 1930 a 1950 permaneceram dois modelos de previdência social, no país: o das CAPs, de caráter privado, e o dos IAPs⁴⁷, de caráter estatal. Em 1953, com a unificação das CAPs e com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e das Empresas do Serviço Público (CAPFESP), houve uma reestruturação do Sistema Previdenciário, migrando este para o aparelho do Estado. Os IAPs foram estruturados como autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e constituintes do núcleo do Sistema Previdenciário estatal que passou a gerir e administrar os recursos da Previdência Social. Os benefícios assegurados por esses Institutos foram: aposentadoria por velhice e invalidez; pensão aos beneficiários dos associados ativos ou aposentados que falecerem; e auxílio-funeral. Na legislação também constava a garantia de outros benefícios, como: assistência médica, cirurgia hospitalar, auxílio-maternidade, auxílio-enfermidade e pecúlio, os quais podiam ou não estar sujeitos à contribuição complementar (OLIVEIRA, J; TEIXEIRA, S., 1986; CIPREV, 2017).

⁴⁷ “Em 1933 foi criado o primeiro Instituto no Brasil – o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos, por meio do Decreto nº 22,872, de 29 de junho; em 1934, foi criado o Instituto dos Comerciantes (IAPC); em 1934, foram criados o Instituto dos Industriários (IAPI) e o Instituto dos Servidores do Estado (IPASE); e em 1938 foi criado o Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPTEC), dentre outros Institutos com poderes acima dos Conselhos e cujo signatário era designado pelo Governo Federal. Instituiu-se assim a vinculação direta da Previdência às instâncias governamentais. Àqueles seguiram-se: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores (1939); o ISS - Instituto de Serviços Sociais do Brasil (1945); o IAPTEC – incorporação do Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas ao da Estiva que passou a se chamar Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas (1945); a CAPFESP - Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e de Empresa do Serviço Público (1953); o IAPFESP - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (1960, extinta a CAPFESP)” (CPIPREV, 2017, p.17).

Nessa reestruturação, ao Estado cabia uma gestão tripartite, sendo ele um dos financiadores da Previdência Social. Entretanto, estudos revelam que a sua contribuição financeira sempre foi residual, voltada, preponderantemente, para administração do Sistema, além de priorizar interesses governamentais nem sempre condizentes com as dos contribuintes. Essa conduta tornou-se uma das principais características da atuação do Estado no campo da Previdência Social e teve relevante papel na deterioração da saúde financeira do Sistema, haja vista que: de um lado, o Estado contribuiu residualmente com o seu financiamento e, de outro, utilizou o fundo previdenciário como receita própria para executar políticas e ações que pouco ou nada tinham a ver com a questão previdenciária. E esse cenário perdura até os dias atuais (CPIPREV, 2017, p.18).

Em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que unificou todos os Institutos de Previdência e procurou dar homogeneidade aos benefícios e serviços. Em 1963 houve, além da expansão da cobertura previdenciária urbana, a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural com o objetivo de inserir o trabalhador do campo na Previdência Social.

Em 1966 fundiram-se todos os Institutos de Previdência Social, exceto o IPASE, e criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ocorreu ainda a aprovação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e a extinção da estabilidade no emprego. Em 1967, o então INPS responsabilizou-se pelo seguro de acidentes do trabalho e, em 1970, foram instituídas outras medidas no campo trabalhista, como: o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Por fim, em 1971, foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), no qual estão delineadas as bases iniciais de financiamento da previdência rural.

De acordo com Boschetti (2006), o paradoxo existente entre o complexo previdenciário assistencial brasileiro - que transitou da lógica do seguro à lógica do direito social - é que ambos estiveram imbricados às peculiares relações do trabalho formal para dar cobertura aos riscos sociais e necessidades básicas da população. O modelo das Caixas de Aposentadorias e Pensões privadas, paulatinamente implementadas pelas empresas, constituíram o embrião da proteção previdenciária ditada pela lógica do desenvolvimento socioeconômico, gerando, assim, maior intervenção estatal, quer nas relações de trabalho, quer nas relações sociais. Com isso, ampliaram-se os Institutos de Aposentadorias e Caixas de Pensão, geridos pelo Estado, deixando claro o dilema entre o público e o privado que permanece até hoje com as recomendações dos organismos multilaterais - FMI e BM - e com a mercadorização dos direitos sociais via previdência privada face à ampliação dos fundos de

pensão. Dessa feita, as formas de financiamento dessa política pautaram-se pelas contribuições sociais, seguindo a tendência de capitalização, e a sua implementação foi dirigida para limitar os direitos do contribuinte, aproximando a previdência de um seguro social comprado no mercado.

Isso pode ser explicado por fatos históricos que indicam ser, a Lei Eloy Chaves, fruto da pressão do movimento operário brasileiro, associada à crise política vivenciada pelas oligarquias rurais da época, cuja essência persiste até os dias de hoje. Isto é, na base do processo permanece o velho conflito entre o seguro e o direito social (conferido aos trabalhadores formais, mas negado aos trabalhadores informais), como forma de garantir, ao mesmo tempo, proteção ao trabalhador e a produção e reprodução do capital. A proteção ao capital ocorre na medida em que essa política também propicia (des) regulação das relações efetivas no mundo do trabalho e acumulação por meio da financeirização mundializada do capital e da previdência privada fortalecida com o aumento da implementação dos fundos de pensão.

Este processo, segundo Boschetti (2006), é explicitado por Castel (1995) ao analisar as questões decorrentes do seguro como forma de proteção social, nos seguintes termos:

[...] essa mutação da segurança – propriedade à segurança-trabalho, realizada com base na técnica do seguro, se consolidou a partir do que Castel denominou de propriedade de transferência, e se materializou efetivamente em políticas previdenciárias, cujas características são universais: um certo montante é descontado automaticamente e obrigatoriamente; este montante não pode ser negociado no mercado pelo beneficiário; o usufruto do benefício (prestações) é subordinado a certas circunstâncias ou situações previstas: doença, aposentadoria...o pagamento da contribuição é inevitável, mas cria um direito inalienável. A propriedade do segurado não é um bem vendável, ela insere-se em um sistema de exigências jurídicas e as prestações são repassadas por uma instituição pública (p.76-77).

Segundo a autora, essa propriedade social tem caráter revolucionário, pois deu sustentação ao capitalismo para enfrentar à industrialização; está diretamente ligada ao trabalho, mas cria condições para, quando necessário, ela se libertar da hegemonia do trabalho sem ficar de fora da proteção social. Assim,

[...] o capitalismo realiza [...] uma estranha operação de alquimia. Os poderes de propriedade são mantidos. O direito é condicionado a uma contribuição, o que lhe atribui um caráter incondicional, à diferença do direito à assistência: porque ele contribuiu, o segurado é portador de direito no sentido absoluto, não importa o que aconteça - mesmo se ele não tiver necessidade desta prestação para sua sobrevivência, se ele for, por exemplo,

um rico proprietário ao mesmo tempo que, aposentado, ainda assim ele terá direito à previdência (CASTELL,1995, p. 315 apud BOSCHETTI, 2006, p. 78).

Portanto, o que dá segurança ao acesso do benefício é o fato de o indivíduo estar inscrito em uma ordem jurídica, de caráter universal, associada ao direito do trabalho; e, por meio do trabalho, se efetivar o assalariamento gerando a consolidação do seguro social. Logo, o trabalho assalariado gera preocupação e conflitos constantes, pois, conforme Castell, a consolidação da sociedade salarial permite a universalização da proteção social, mas, quando ocorre a precarização das relações de trabalho, instala-se a insegurança social.

No Brasil, essa lógica jurídica de matriz universal não existiu porque, na década de 1930, quando a sociedade brasileira era tipicamente rural, buscou-se a implementação de uma proteção social ligada ao emprego e, a partir da década de 1970, ocorreu a seguinte situação: a urbanização, a industrialização e a concentração de trabalhadores assalariados nos setores secundários e terciários da economia não geraram uma sociedade salarial, além de prevalecerem os trabalhos informais não alcançáveis pela proteção previdenciária (BOSCHETTI, 2006).

Com efeito, o processo de estruturação da previdência social brasileiro, a partir dos anos 1930, associado à industrialização e à urbanização, impulsionou o mercado de trabalho com remunerações mensais e também a regulamentação de várias profissões. Com a passagem do regime oligárquico rural para o urbano industrial, no governo Vargas, entre 1935-1945, implementou-se no Brasil novas relações de trabalho, organização do mercado laboral e de acumulação do capital. Fortaleceu-se, nesse período, a função da previdência social na gestão da força de trabalho, concomitantemente com o reforço da acumulação do capital, dado ao incentivo governamental ao desenvolvimento industrial. Análises evidenciam que os recursos da previdência social foram capitalizados e investidos na industrialização antes de se implantar o sistema de repartição; e que contribuições financeiras significativas dos trabalhadores e empregadores foram investidas na construção de estradas de ferro, rodovias, siderurgias centrais e hidrelétricas, mostrando que a previdência, ao mesmo tempo que resultava do processo de assalariamento industrial era a política que possibilitava ao governo auferir e utilizar um capital fixo para incentivar a indústria (BOSCHETTI, 2006).

Para Salvador (2014, p. 32),

O início do processo de assalariamento no Brasil permitiu o desenvolvimento do sistema previdenciário, responsável pela proteção parcial dos trabalhadores assalariados do mercado urbano formal, com o pagamento de benefício de

aposentadorias e com a prestação de serviços de assistência médica e assistência social, articulando para esse segmento da sociedade as políticas de previdência, saúde e assistência. O processo de financiamento era centrado nas folhas de salários via contribuição de empregados e empregadores. Contudo, até 1960, existiu a participação do Estado, por meio das cotas previdenciárias pagas pelos consumidores de bens e serviços de empresas vinculadas aos institutos de aposentadorias, nem sempre repassadas aos cofres do fundo previdenciário.

Assim, prossegue o autor,

[...] a construção do mercado de trabalho no Brasil, ao mesmo tempo que permitiu o recolhimento das contribuições previdenciárias, administradas sob o regime de capitalização, até à promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, também serviu de *funding* para o financiamento da indústria nascente. No aspecto político, a previdência contribuiu com a gestão e o controle da força de trabalho, reforçando a posição hegemônica do 'Estado Novo' [...]. Os governos recorrem às reservas acumuladas dos fundos públicos para investimento na economia [...]. O volume de recursos públicos arrecadados e o montante das reservas investidas transformaram o fundo público-previdenciário em um dos mais importantes 'sócios' da União e das empresas estatais criadas por Getúlio Vargas.

Cabe assinalar que, nos anos 1970, o Brasil iniciou uma transição da cidadania salarial para a cidadania social; isto é, dos direitos guiados pela lógica do seguro, garantido pelo trabalho formal via salário, para os direitos guiados pela lógica da assistência devida pelo Estado ao trabalhador não formal. Isso possibilitou, em 1971, a concessão de aposentadoria aos trabalhadores rurais, independentemente de sua contribuição à previdência social; e, em 1974, a garantia de acesso à saúde (em casos de urgência) sem necessidade de contribuição.

No Brasil, autores como Santos (1987) e Demo (1995), realizaram análises sobre a cidadania social, oriunda da base salarial, e consideraram que esta induziu a condições de desigualdade social e se tornou, conforme Santos, uma cidadania regulada, assim definida:

[...] por cidadania regulada entendo o conceito [...] cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro de comunidade (SANTOS, 1987, p.68).

Ou seja, para Santos, só seria cidadão, quem fosse trabalhador formal, com carteira assinada. Não à toa, até hoje, o principal documento a ser solicitado pela polícia brasileira a pessoas nas ruas, julgadas suspeitas, não é a carteira de identidade, mas a do trabalho. E não é à toa também que o principal argumento apresentado pelos sob suspeita, abordados pela polícia nas ruas, é o de são trabalhadores.

Frente a estas questões, Boschetti (2006, p. 92-93) afirma que coexistem duas lógicas que constituíram o sistema previdenciário brasileiro: uma baseada no princípio do seguro voltado aos trabalhadores assalariados e contribuintes urbanos, que assegurava proteção aos riscos de existência (acidente de trabalho, doença e idade); e outro desvinculado de contribuição direta, que garantia pouca proteção e era mínimo, a exemplo das prestações mínimas à população rural.

Em 1974 o governo criou o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), incluindo formalmente a assistência social na estrutura ministerial. Em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que, além do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), absorveu o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência (IAPAS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Central de Medicamentos (CEAME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV).

Todavia, o Sistema Previdenciário brasileiro passou por várias crises financeiras decorrentes, segundo estudos de Oliveira e Teixeira (1989), do elevado gasto com o setor saúde (compra de serviços privados que, em certo período de tempo, consumiu cerca de 90% dos valores arrecadados) somado a casos de corrupção, isenção fiscal e sonegação, além de lucros cobrados duplamente pelos bancos⁴⁸ ao operarem os repasses dos benefícios. Registra-se, ademais, a crise econômica recessiva, a partir de 1975, associada a políticas de ajustes igualmente recessivos do início dos anos 1980, gerando o aumento do desemprego e, conseqüentemente, das receitas previdenciárias. Ocorreu ainda, no mesmo período, a sonegação das empresas (inclusive públicas) e uma expressiva redução das transferências de recursos da União para um patamar de 3,4% do total da receita previdenciária, sendo que no período 1970/73 esse percentual era da ordem de 10%.

⁴⁸ “Os bancos utilizavam-se de um artifício contábil denominado ‘caixa dupla’ que consistia na existência de duas contas: uma de entrada, onde eram depositados os recursos arrecadados referentes às contribuições de patrões e empregados; outra conta de saída para pagamento dos benefícios. Os autores explicam o funcionamento da “caixa dupla”: “É facultado aos bancos reter os recursos arrecadados na primeira conta durante alguns dias, investindo-os antes de repassá-los à segunda conta, sem pagar correção ou juros por essa aplicação. Entretanto, como os bancos pagam as pensões e aposentadorias, mais os serviços comprados, mesmo quando a segunda conta não tem saldo para cobri-los, sacando no vermelho, registram neste caso os valores pagos como empréstimos à Previdência, sobre os quais são cobrados juros bancários. (...). Lucram assim os bancos duplamente com o mecanismo estabelecido. Por um lado, pela possibilidade de reter por alguns dias os recursos previdenciários em seu poder e investi-los como lhes for conveniente, Por outro lado, pela cobrança de juros sobre uma dívida que é como vimos, com frequência, mero resultado contábil” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p.179-180); (CPIPREV; 2017, p.21.).

Em vista disso, pode-se dizer que o histórico do sistema financeiro da previdência social, no Brasil, é caracterizado por desequilíbrios e omissões por parte do Estado, além de sonegações e artifícios contábeis, por parte das empresas, bancos e de ausência de uma concertação social sobre os rumos e objetivos do sistema (CPIPREV, 2017). Isto sem falar da implementação da previdência privada e da financeirização via fundos de pensão para privilegiar o processo de reprodução do capital, em expansão no âmbito mundial.

Salvador (2010) explica que, no início da década de 1970, o desenvolvimento fordista, as políticas keynesianas e o projeto de Estado Social, que vigorou nos países centrais, passaram a ser questionados, além dos direitos que eram assegurados via relação salarial. De acordo com as novas técnicas produtivas, elevou-se a extração da mais-valia relativa, ainda que o Estado Social tivesse produzido avanços aos trabalhadores, com a redução do desemprego e a garantia dos direitos sociais. Ocorreu a ofensiva do capital, gerando graves riscos à proteção social e às conquistas asseguradas no período de pós-guerra. O mesmo autor, referenciado em Chesnais (2005) e Aglieta (2004) enfatiza que a nova fase de acumulação capitalista foi capitaneada pela esfera financeira, na qual o velho liberalismo foi rebatizado de neoliberalismo. Esse quadro demonstra as limitações do keynesianismo face à internacionalização do capital, dando sinais de esgotamento para financiar as políticas sociais, e a reação da capital face à queda das taxas de lucro, na sua constante busca pela acumulação e lucro excessivo. Como consequência, o capital lutou para quebrar o pacto socialdemocrata, atuando contra os trabalhadores em busca de um novo padrão de acumulação para sair da crise, no qual ocorreu o redirecionamento de capitais para os setores improdutivos, como o setor militar e o financeiro especulativo, sendo este o papel relevante que os fundos de pensão (instituídos no âmbito da previdência social) assumem para o sucesso da financeirização da riqueza. O autor reporta-se novamente a Chesnais (2005) para salientar que a poupança previdenciária é a perspectiva de uma opção rentável e segura, mas, para tanto, é preciso privatizar os direitos sociais, de modo que sejam incorporáveis ao mercado financeiro (SALVADOR, 2011, p. 111).

No Brasil, a fase de conquistas de direitos sociais não coincide com o período dos países capitalistas centrais, embora estas conquistas tenham sofrido influência destes; um exemplo desse descompasso histórico foi a luta por direitos sociais no processo constituinte (fase da transição democrática, a partir de 1985, e instalação da chamada Nova República), quando o restante do mundo já dispunha desses direitos e os mesmos já vinham sendo alvos de ataques neoliberais.

O I Plano Nacional da Nova República (PND) assentou-se em um diagnóstico da Previdência Social que indicou questões referentes ao financiamento do Sistema, no tocante à despesa e à receita, sinalizando que essas questões estavam relacionadas à diminuição de empregos estáveis e à redução dos salários em épocas de recessão, além de eventos demográficos, como: aumento dos trabalhadores inativos (aposentados e pensionistas) em relação aos contribuintes ativos. Ressalte-se, ainda, que 90% das fontes de financiamento eram injustas, pois provinham da contribuição dos trabalhadores urbanos, onerando as pequenas empresas. Os trabalhadores rurais, por seu turno, tinham apenas seis benefícios, em flagrante defasagem com os trabalhadores urbanos que podiam receber até dezoito benefícios. Além disso, o I PND indicou procedimentos para a reforma da previdência social. Quanto ao financiamento, recomendou ampliar as fontes de receita e adotar aquelas mais progressivas, como impostos calculados sobre os lucros e ganhos de capital das empresas empregadoras em prol do rebaixamento das contribuições advindas das folhas de salário; e quanto à natureza dos tipos de benefícios, recomendou que estes fossem mais seletivos, priorizando os contribuintes de baixa renda, e reavaliassem os benefícios existentes (BOSCHETTI, 2006).

A Constituição de 1988 contemplou avanços previdenciários significativos. Elevou-os ao *status* de direito social; estendeu-os ao homem e à mulher do campo e a toda sua família; atrelou o valor e o ajuste dos benefícios previdenciários ao salário mínimo; assegurou o Benefício de Prestação Continuada às pessoas idosas e às portadoras de necessidades especiais; garantiu maior acesso e benefícios às mulheres; estabeleceu a isonomia entre os gêneros quanto ao acesso à pensão por morte.

Entretanto, em que pesem esses avanços, eles não minimizaram o acirramento dos conflitos entre o capital e o trabalho e nem diminuíram as diferenças protetivas agudizadas pela regulamentação, gestão e financiamento dos diferentes regimes previdenciários: Regime Geral de Previdência Social (RGPS); Regime Próprio de Previdência Social (RPPS); Regime de Previdência Complementar (RPC) via Previdência Privada por meio dos Fundos de Pensão.

Com efeito, os Sistemas de Regime por Repartição (RGPS e parte do RPPS) vêm sofrendo, junto com a Constituição, constantes violações mediadas por políticas macroeconômicas e por instrumentos contábeis gerenciais defensores da sustentabilidade financeira do Sistema e da ampliação dos Fundos de Pensão. Os argumentos sobre os quais se sustentam, respaldam-se na necessidade de reformas face à questão do envelhecimento e da dependência associada à solidariedade intergeracional, distanciando, com isso, o direito previdenciário da justiça fiscal preconizada na Carta Magna, ao tempo que aproximam a

previdência do seguro social (mercadorizado). E mais, defendem a transferência dos recursos para o capital portador de juros, enfraquecendo o Regime de Repartição e o pacto intergeracional com o consequente estímulo ao Regime de Previdência Privada.

Os arts. 201 e 195 da Constituição Federal de 1988 sinalizam que a Previdência Social se caracteriza por um contrato social que deve ser custeado por toda a sociedade, direta e indiretamente, mediante o regime de repartição simples, apoiado na solidariedade intergeracional entre membros da classe trabalhadora: a geração que trabalha sustenta a que está em gozo do benefício previdenciário. Estes dispositivos constitucionais, também preceituam que a Previdência Social possui como marco regulatório legal, a gestão pública quadripartite – governo, trabalhadores, empregados e aposentados/pensionistas – e que seu financiamento se dará em parte pelo regime de repartição e solidariedade inter e intrageracional. Assim, o artigo 201 da Constituição determina que:

[...] a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - Proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998);

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

IV - salário-família E auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

V - Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 1º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos beneficiários do regime geral de previdência social, ressalvados os casos de atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 1º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos beneficiários do regime geral de previdência social, ressalvados os casos de atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física e quando se tratar de segurados portadores de deficiência, nos termos definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005) (Regulamento) (Vigência)

§ 2º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 3º Todos os salários de contribuição considerados para o cálculo de benefício serão devidamente atualizados, na forma da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 4º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 5º É vedada a filiação ao regime geral de previdência social, na qualidade de segurado facultativo, de pessoa participante de regime próprio de previdência. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 6º A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - trinta e cinco Anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher; (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - sessenta e cinco Anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, reduzido em cinco anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal. (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998):

§ 8º Os requisitos a que se refere o inciso I do parágrafo anterior serão reduzidos em cinco anos, para o professor que comprove exclusivamente tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 9º Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os diversos regimes de previdência social se compensarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei. (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 10. Lei disciplinará a cobertura do risco de acidente do trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo regime geral de previdência social e pelo setor privado. (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 11. Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e consequente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei. (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 12. Lei disporá sobre sistema especial de inclusão previdenciária para trabalhadores de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário-mínimo, exceto aposentadoria por tempo de contribuição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 41, 19.12.2003)

§ 12. Lei disporá sobre sistema especial de inclusão previdenciária para atender a trabalhadores de baixa renda e àqueles sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário-mínimo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005)

§ 13. O sistema especial de inclusão previdenciária de que trata o § 12 deste artigo terá alíquotas e carências inferiores às vigentes para os demais segurados do regime geral de previdência social. (Incluído pela Emenda

Constitucional nº 47, de 2005) (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Quanto à Previdência Privada o art. 202 da Constituição preconiza, que:

[...] o regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar.

§ 1º A lei complementar de que trata este artigo assegurará ao participante de planos de benefícios de entidades de previdência privada o pleno acesso às informações relativas à gestão de seus respectivos planos.

§ 2º As contribuições do empregador, os benefícios e as condições contratuais previstas nos estatutos, regulamentos e planos de benefícios das entidades de previdência privada não integram o contrato de trabalho dos participantes, assim como, à exceção dos benefícios concedidos, não integram a remuneração dos participantes, nos termos da lei.

§ 3º É vedado o aporte de recursos à entidade de previdência privada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, suas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e outras entidades públicas, salvo na qualidade de patrocinador, situação na qual, em hipótese alguma, sua contribuição normal poderá exceder a do segurado.

§ 4º Lei complementar disciplinará a relação entre a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, inclusive suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas controladas direta ou indiretamente, enquanto patrocinadoras de entidades fechadas de previdência privada, e suas respectivas entidades fechadas de previdência privada.

§ 5º A lei complementar de que trata o parágrafo anterior aplicar-se-á, no que couber, às empresas privadas permissionárias ou concessionárias de prestação de serviços públicos, quando patrocinadoras de entidades fechadas de previdência privada.

§ 6º A lei complementar a que se refere o § 4º deste artigo estabelecerá os requisitos para a designação dos membros das diretorias das entidades fechadas de previdência privada e disciplinará a inserção dos participantes nos colegiados e instâncias de decisão em que seus interesses sejam objeto de discussão e deliberação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

E, em seu artigo 40, define as regras da aposentadoria do servidor público a seguir especificadas:

I - Por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrentes de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificadas em lei, e proporcionais nos demais casos;

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de serviço;

III - voluntariamente:

a) aos trinta e cinco anos de serviço, se homem, e aos trinta, se mulher, com proventos integrais;

b) aos trinta anos de efetivo exercício em funções de magistério, se professor, e vinte e cinco, se professora, com proventos integrais;

c) aos trinta anos de serviço, se homem, e aos vinte e cinco, se mulher, com proventos proporcionais a esse tempo;

d) aos sessenta e cinco anos de idade, se homem, e aos sessenta, se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de serviço.

§ 1º Lei complementar poderá estabelecer exceções ao disposto no inciso III, a e c, no caso de exercício de atividades consideradas penosas, insalubres ou perigosas.

§ 2º A lei disporá sobre a aposentadoria em cargos ou empregos temporários.

§ 3º O tempo de serviço público federal, estadual ou municipal será computado integralmente para os efeitos de aposentadoria e de disponibilidade.

§ 4º Os proventos da aposentadoria serão revistos, na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, sendo também estendidos aos inativos quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidas aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes da transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria, na forma da lei.

§ 5º O benefício da pensão por morte corresponderá à totalidade dos vencimentos ou proventos do servidor falecido, até o limite estabelecido em lei, observado o disposto no parágrafo anterior.

§ 6º As aposentadorias e pensões dos servidores públicos federais serão custeadas com recursos provenientes da União e das contribuições dos servidores, na forma da lei (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Ao exposto, acrescenta-se que a Carta Magna instituiu o Sistema Previdenciário de todos os trabalhadores da iniciativa privada, rural e urbana ancorado em duas Leis regulamentadoras: a de nº 8.212/91, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e nela explicita a Previdência Social e a quem deve ser destinado seus benefícios; e a de nº 8.213/91, que dispõe sobre o Custeio e dá outras providências. Além destas, outras normas legais regulam o Sistema Previdenciário, como: a Lei complementar nº 108, de 2001, que dispõe sobre a relação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e outras entidades públicas e suas respectivas entidades fechadas de previdência complementar; e a Lei complementar nº 109 de 2001, que trata do Regime Complementar de Previdência Social.

A previdência privada no Brasil remonta a década de 1970, nos marcos da ditadura civil-militar deflagrada em 1964. Foi regulamentada pela Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977 (CARAMURU, 2017). Com o respaldo de legislações complementares, e de contrarreformas implementadas por vários governos, após a Constituição de 1988, houve a expansão monetária voltada para os fundos de pensão, gerando: continuas mudanças contrarreformistas nas fontes de financiamento e nas condições de acesso à proteção previdenciária, que atingiu amplos segmentos da classe trabalhadora, incluindo trabalhadores rurais, do setor privado e servidores públicos civis.

Segundo Caramuru, referenciada em Chesnais (2005), uma das fases do processo da mundialização, a partir da década de 1980, foi a dos fundos de pensão, que se expandiu mundialmente; e a esfera principal de atuação desses fundos residiam nos sistemas de previdência por capitalização, visando atingir os regimes privados de empresas, como forma

de poupança que tinha como principal fonte as rendas salariais dos trabalhadores (CARAMURU, 2017, p.24).

No Brasil, no período de 1988-2018, ampliaram-se a legislação, a cobertura e a regulamentação do Sistema Previdenciário, ao tempo que também ocorreu várias alterações na Constituição, por meio de emendas constitucionais e de legislação infraconstitucional. Estas alterações desfiguraram a proposta original do financiamento do Sistema de Previdência Social e de Seguridade Social brasileiro, além de alterar os direitos dos trabalhadores, que foram mercantilizados. Ou melhor, foram transformados em mercadoria para serem comprados no mercado de previdência privada (fundos de pensão) e de saúde, (seguros de saúde), cujos recursos alimentam o capital portador de juros. Estas contrarreformas, em curso no Brasil, vêm gerando grande perda de direitos à classe trabalhadora ao tempo que amplia as condições de desigualdade social e favorece a concentração de riqueza.

Em vista dos efeitos deletérios dessa tendência, torna-se importante explicitar os Regimes que integram a Previdência Social no Brasil, uma vez que eles contemplam, de forma diferenciada, 82,1% da população idosa brasileira, isto é, por classe social, visto que a média dos benefícios está estimada em um salário mínimo para 62,1% deste segmento. Além disso, esta explicitação dará embasamento adicional à análise dos desafios do processo de envelhecimento na perspectiva do *envelhecimento ativo e saudável*, privilegiada nesta Dissertação.

5.5.1 Explicitando os Regimes da Previdência Social

Como já indicado, o Brasil possui três Regimes que integram o Sistema de Previdência Social: Regime Geral de Previdência Social (RGPS); Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e Regime de Previdência Complementar (RPC).

Para o Sistema de Previdência Social são considerados protegidos os trabalhadores ocupados que contribuem para o Sistema, os beneficiários dos contribuintes e os trabalhadores que se enquadram no conceito de “segurados especiais”, que possuem regras diferenciadas de contribuição e de elegibilidade para o recebimento de benefícios.

O quadro a seguir, de nº 01, sintetiza a estrutura de gestão dos referidos Regimes, associados, respectivamente, aos Conselhos instituídos com o papel de “controle democrático”. Os Conselhos e Comissões instituídos têm como objetivo aprovar a Política, gerir o Plano de Benefícios, o Plano de Custeio, o controle físico e financeiro de Receitas e

Despesas e aplicar a arrecadação de cada Regime. No Quadro 1 busca-se ainda dar visibilidade à tendência contemporânea de desmonte do sistema de repartição em prol da ampliação do sistema de capitalização.

Quadro 1 - Estrutura e Gestão dos Regime 1

Conselho Nacional de Previdência - CNP	Conselho Nacional de Dirigentes de Regimes Próprios - CONAPREV		Conselho Nacional de Previdência Complementar-CNPC
RGPS– Regime Geral de Previdência Social	RPPS – Regimes Próprios de Previdência dos Servidores		Previdência privada
Trabalhadores do setor privado e funcionários públicos celetistas	Funcionários públicos estatutários	Militares federais	Previdência complementar
Obrigatório, Nacional, Público, Subsídios Sociais, Benefício Definido – Teto. Admite Fundo de Previdência Complementar	Obrigatório, público, níveis federal, estadual e municipal. Benefício definido. Admite Fundo de Previdência Complementar	Obrigatório, público, nível federal, benefício definido = última remuneração	Optativa, administrada por fundos de pensão abertos ou fechados
Administrado pelo INSS	Administrado pelos respectivos governos	Administrado pelo Governo Federal	Fiscalizado pelo ex Ministério da Fazenda-MF atualmente Ministério da Economia (fundos fechados) e (fundos abertos)
Repartição simples	Repartição simples / capitalização- União, Estados e Municípios		Capitalização

Fonte: ENF, 2016; MPS, 2016; MF,2018 (Elaboração Adaptada)

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) foi instituído pela Lei nº 8.213, de 1991, para cobrir empregados, trabalhadores domésticos e avulsos, contribuintes individuais e agricultores que produzam em economia familiar e pescadores artesanais (segurados especiais). Os trabalhadores não vinculados a um regime próprio de previdência serão, obrigatoriamente, abrangidos e vinculados ao RGPS e obrigados à contribuição na forma que estabelece a Lei nº 8.212/1991. No caso dos segurados empregados, inclusive os domésticos, cabe ao empregador a obrigação de recolher a contribuição devida pelos segurados. O vínculo entre estes e o RGPS é de ordem legal e normativa, portanto, obrigatório e automático, e os dependentes do segurado também são beneficiários do RGPS.

O Regime Geral é destinado aos trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) aos de cargos de livre nomeação e é operacionalizado pelo Instituto

Nacional de Seguridade Social (INSS)⁴⁹. Tem como um de seus objetivos garantir a renda do segurado e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice, pois, ao emitir os benefícios previdenciários, substitui a renda do segurado por ocasião da aposentadoria, da perda de sua capacidade de trabalho, especialmente quando exposto a riscos, como: doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário; e ainda a maternidade e a reclusão.

Todavia, em dezembro de 1998 a Emenda Constitucional (EC) nº 20 introduziu alterações na Previdência Social, organizando-a sob a forma de Regime Geral de caráter contributivo e de filiação obrigatória. Em vista disso, determinou o valor máximo de R\$ 1.200,00 para os benefícios do Regime Geral, reajustável para fins de preservação do valor real. E introduziu, no texto constitucional, um fundo integrado por bens, direitos e ativos de qualquer natureza para, em adição à receita própria arrecadada, garantir recursos necessários ao pagamento dos benefícios do Regime Geral.

A EC nº 20 / 1988, realizou, ademais, alteração no art. 202 da Constituição que definia a média aritmética dos últimos 36 salários mensais de contribuição, indexados à inflação, para o cálculo do benefício da aposentadoria por tempo de serviço; e, dessa forma, os critérios de cálculos dos benefícios de aposentadoria foram retirados da Constituição e estabelecidos por lei complementar. Em virtude desse remanejamento, o cálculo dos benefícios da aposentadoria passou a ser regido pela Lei 9.876, de 29 de novembro de 1999, que definiu novas regras, criando o Fator Previdenciário, o qual determina que: o benefício de aposentadoria passaria a ser calculado de acordo com o montante de contribuições realizadas pelo segurado, capitalizadas a uma taxa com percentual variável conforme o tempo de contribuição, a idade e a expectativa de gozo do benefício, o qual induz um incentivo à permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho (SALVADOR, 2014).

A Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF) criou, em maio de 2000, por força de seu art. 68, o Fundo do Regime Geral de Previdência Social (FRGPS), destinando-lhe apenas as contribuições de patrões e de empregados calculadas sobre a folha de salários e outros rendimentos do trabalho. Esta Lei também estabeleceu normas de finanças públicas, voltadas para a responsabilidade fiscal,

⁴⁹ O Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), anteriormente ligado ao Ministério da Previdência Social (MP), transferido para o MDS, está atualmente no Ministério da Economia, após a extinção do MP pelo governo Temer, e a extinção do Ministério da Fazenda e do MDS pelo governo Bolsonaro. Este Instituto foi criado em 1988 para operar a Política de Previdência Social. Está presente em 1.695 Municípios brasileiros, com Agências de Previdência Social (APS); estima-se que, aproximadamente, existem em funcionamento 1.690 postos de atendimento. Dispõe de 1504 Agências Convencionais; 4 Prevbarcos; 7 agências que realizam acordos internacionais; três agências com teleatendimento; 86 agências de atendimento de demandas judiciais e dispõe de 90 Previdências por intermédio de Convênios com Prefeituras (SECPREV, MF, 2016).

constituindo-se em instrumento de apropriação financeira do fundo público, cujos objetivos consistem em limitar as despesas não financeiras do orçamento e priorizar o pagamento dos juros da dívida. Não à toa ela foi criada durante o ajuste fiscal do governo FHC, em cumprimento ao acordo firmado, em 1998, por esse governo com o FMI, o qual impôs ao País uma série de condicionantes à política macroeconômica, entre os quais a geração de superávit primário para honrar o pagamento dos juros da dívida (SALVADOR, 2010).

Como já referido, o RGPS dispõe do Conselho Nacional de Previdência Social, atualmente Conselho Nacional de Previdência (CNP), de caráter consultivo e composição quadripartite, constituído por representantes do governo, dos trabalhadores em atividade, dos empregadores e dos aposentados. Instituído pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, este Conselho tem como competência exercer, sem competência deliberativa, o controle democrático e descentralizado da Política de Previdência, em cumprimento ao artigo 194 da Constituição de 1988 e à EC nº 20/1988.

Em 2003, de acordo com o Decreto nº 4.874, foram criados os Conselhos de Previdência Social (CPS's) e unidades descentralizadas do Conselho Nacional de Previdência (CNP), vinculadas às Gerências-Executivas do INSS. Trata-se de instâncias colegiadas de caráter consultivo e de assessoramento, que podem encaminhar propostas para serem deliberadas no âmbito do CNP. Já os CPSs possibilitam ampliar o diálogo entre a Gerência-Executiva do INSS e a sociedade, permitindo o debate sobre as necessidades específicas do público de cada localidade à luz da legislação previdenciária.

O Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) é aplicável aos servidores civis, ou seja, servidores públicos efetivos previstos no art. 40 da Constituição Federal. Este regime está regulamentado pela Lei infraconstitucional nº 9.717, de 1998, que dispõe sobre regras gerais para a sua organização e o seu funcionamento junto aos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências.

Por conseguinte, o RPPS aplica-se apenas aos servidores do quadro efetivo da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e suas autarquias e fundações. Cabe a cada ente federado instituir e gerenciar o seu próprio “Regime” ou “Regimes” (que são, igualmente, separados, no caso da União e dos Estados, para servidores civis e militares), não havendo, portanto, qualquer vinculação contábil ou financeira entre o regime ou regimes de um ente e de outro, ou desses Regimes.

O Regime Próprio é voltado para os servidores efetivos civis e militares tanto no âmbito federal, quanto estadual e municipal, e pode ser administrado por um Instituto ou

Fundo de Previdência. Sua supervisão dar-se-á pela Secretaria de Previdência, anteriormente vinculada ao Ministério da Previdência Social, depois Fazenda (MF), e atualmente Ministério da Economia. E, assim como no RGPS, este regime tem caráter contributivo e solidário. Mantém-se mediante contribuições do respectivo ente público, dos servidores ativos, inativos e pensionistas e está sujeito aos critérios que garantam o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema.

Ele deve garantir, no mínimo, a proteção previdenciária relativa à aposentadoria e pensão, e não poderá oferecer benefícios diversos daqueles previstos pelo RGPS; e, enquanto o RGPS não prevê idade mínima para a aposentadoria, o Regime Próprio prevê, devendo o homem comprovar sessenta anos de idade e trinta e cinco de contribuição, e a mulher cinquenta e cinco anos de idade e trinta de contribuição, ressalvadas as regras de transição que somente são aplicáveis a servidores que preencherem requisitos específicos.

A Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, instituiu a Fundação de Previdência complementar do Servidor Público Federal (FUNPRESP) e, desta forma, condiciona a entrada dos novos servidores públicos às aposentadorias em consonância com o RGPS, definindo o mesmo teto de benefício dos trabalhadores do setor privado. Nos casos de o servidor almejar um benefício de aposentadoria acima desse valor, deverá realizar contribuição à FUNPRESP, ou seja, recorrer ao mercado privado.

O Regime Previdenciário dos Militares foi instituído pela EC nº18, de 1998. Ele abrange o regime de previdência militar da União, que contempla os servidores militares das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica). As regras para as polícias militares e corpo de bombeiros apresentam especificidades dependendo de cada unidade da federação, mas dispõem de prerrogativas diferenciadas daqueles referentes aos servidores civis e trabalhadores da iniciativa privada. Para as Forças Armadas, a diferença é que seus integrantes não contribuem para a Previdência, uma vez que toda a contribuição é feita pela União. Dessa forma, o benefício militar é considerado oneroso para os cofres públicos. Os descontos feitos nos proventos dos militares são destinados, exclusivamente, para custear, após a sua morte, pensões aos seus familiares. Registre-se, ainda, que os militares não se aposentam, eles entram para a reserva depois de trinta anos de trabalho, tanto para homens quanto para mulheres, podendo ser convocados a qualquer momento em caso de necessidade (CIPREV, 2017).

O RPPS dispõe do Conselho Nacional dos Dirigentes de Regimes Próprios de Previdência Social – CONAPREV, instituído em outubro de 2001, como uma entidade associativa civil, sem fins lucrativos, composta por representantes de órgãos ou entidades

responsáveis pela gestão dos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) da União, dos Estados e do Distrito Federal, além de representantes dos municípios. E compete-lhe funcionar como um instrumento de diálogo e espaço de articulação entre essas diferentes instâncias e contribuir para a superação dos problemas decorrentes da implementação dos RPPS (SECPREV, MF, 2016).

O Regime de Previdência Complementar (RPC), também denominado de previdência privada, foi instituído e regulamentado pela Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, e pela Lei 108 de 2001, e ainda pelas resoluções emanadas do Conselho Nacional de Previdência Complementar, como órgão regulador. Este Regime assegura ao trabalhador e ao servidor público o acesso a um recurso adicional, de caráter facultativo, que poderá ainda garantir cobertura em casos de morte ou invalidez.

O RPC é opcional, formado por Entidades Fechadas de Previdência Complementar, conhecidas como *fundos de pensão*, que, como o próprio nome indica, destina a complementar a previdência para além do teto que se aplica nos demais regimes.

A Previdência Complementar no Brasil é subdividida em duas categorias: Entidades fechadas de Previdência Complementar (EFPC) e Entidades Abertas (EAPC). As EFPCs, ou chamadas de fundos de pensão, são entidades sem fins lucrativos e se organizam sob a forma de fundação ou sociedade civil. São constituídas, exclusivamente, para empregados de uma empresa ou grupo de empresas, aos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como para associados ou membros de pessoas jurídicas, de caráter profissional, classista ou setorial, denominados instituidores. Trata-se de Entidades com fins lucrativos, constituídas unicamente sob a forma de sociedades anônimas e têm por objetivo instituir e operar planos de benefícios de caráter previdenciário, concedidos em forma de renda continuada ou pagamento único, acessíveis a quaisquer pessoas físicas interessadas.

O RPC conta com a Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc), autarquia responsável pela aprovação, acompanhamento, supervisão e fiscalização das atividades das EFPC. Dispõe do Conselho Nacional de Previdência Complementar (CNPC), órgão colegiado responsável pela regulação das atividades e operações das EFPC; e do Conselho de Recursos da Previdência Complementar (CRPC), órgão colegiado de última instância recursal do segmento para processos administrativos instaurados pela Previ (MF, 2018).

A Lei nº 12.618, de 2012 instituiu o Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos efetivos da União, estendendo-se aos três poderes da República:

executivo, legislativo e judiciário, lembrando aqui as diferenças de vantagens do Plano de Benefícios e Salários a servidores destes poderes, embora a Constituição Federal garanta isonomia (não respeitada) entre eles. Por força desta Lei foi criada a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal (Funpresp), a qual assegura três fundos de pensão: Funpresp-Exe, para os servidores do Poder Executivo; Funpresp-Leg, para o Poder Legislativo; Funpresp-Jud para servidores do Judiciário. A Fundação do Executivo foi regulamentada pelo Decreto nº 7.808, de 20 de setembro de 2012; a do Judiciário, pela Resolução nº 496, de 26 de outubro de 2012, do Supremo Tribunal Federal (STF). O poder Legislativo não criou um fundo de pensão próprio, mas instituiu um Plano de Benefícios específico no âmbito do Funpresp.

Contemporaneamente, a Previdência Complementar, via Fundos de Pensão, assume papel relevante no processo de acumulação e reprodução do capital, por meio da financeirização, alterando toda a lógica do sistema previdenciário de repartição.

Estudo realizado por Salvador (2011) revela que o Fundo de Pensão constitui um caminho incerto de aposentadoria para o servidor público federal, pois ficará restrito a uma conta individual, cujos recursos serão administrados pelo sistema financeiro, além de privilegiar esse sistema que passará a movimentar uma massa salarial significativa e segura que é a dos servidores públicos. Para o autor, esse caminho é a “pá de cal” no regime de solidariedade entre os servidores e no pacto de gerações que há décadas sustentam a previdência no Brasil. Constituí, ademais, a vitória do individualismo e a submissão ao mercado financeiro, transformando o direito social em serviço comercializável, sem falar que, com ele, haverá quatro tipos de servidores: os já aposentados, com benefício integral de aposentadoria; os que entraram após 2004, que não terão direito nem à integralidade nem à paridade; os atuais servidores em atividade, que receberão incentivos para fazer a opção pelo regime de previdência complementar; e os futuros servidores, que terão a sua aposentadoria limitada ao teto do regime geral da previdência social (SALVADOR, 2011, p. 122).

Neste estudo fica, ainda, evidente a grande diferença de classe que permeia o sistema previdenciário e o mercado de trabalho brasileiros, com respaldo em legislação especial, demonstrando que: os direitos sociais, via trabalho e previdência, colocam em insegurança o processo de aposentadoria e, conseqüentemente, o de envelhecimento seguro e saudável, posto que condicionados à onda gananciosa do sistema financeiro.

É como diz o autor:

Com a introdução da aposentadoria complementar de caráter privado, coloca-se na mão do novo fundo de pensão de direito privado a parte mais atraente da massa salarial: o estável recolhimento dos salários dos servidores. Na prática, a lei aprovada vai onerar substancialmente os cofres públicos. Por um lado, é a contribuição previdenciária paga pelo servidor, hoje destinada aos cofres públicos, que passa a ser transferida para o fundo de pensão. Por outro lado, os cofres públicos terão também de repassar a contribuição patronal ao Fundo, além de pagar o chamado benefício especial (SALVADOR, 2011, p. 122).

No Brasil, a Política de Previdência Social, a despeito das suas controvérsias, é considerada uma das maiores políticas de redistribuição de renda, em especial no caso do Regime Geral de Previdência Social (urbano e rural), por dispor de: um vasto arcabouço legal, operacional e de grande capilaridade, atingindo todas as instâncias da federação brasileira, embora o valor real da média de cobertura de benefícios concedidos pelo RGPS (62.1%) esteja em torno de um salário mínimo. Entretanto, esta política atinge a média de 33,2 milhões de beneficiários diretos e cerca de 83 milhões de beneficiários indiretos⁵⁰, abarcando, no total, cerca de 100 milhões de beneficiários.

Para o seu funcionamento a Previdência Social no Brasil⁵¹ conta com dois instrumentos gerenciais: a cobertura previdenciária e os informes com resultados.

A metodologia da cobertura previdenciária, aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) / MPS, por meio da Resolução de nº 1241, é calculada para dois grupos etários. O primeiro é de pessoas de 16 a 59 ocupadas. O segundo é de pessoas de 60 anos ou mais. No primeiro grupo a base de cálculo é expressa pela quantidade de pessoas de 16 a 59 anos que contribuem para previdência social, acrescida da quantidade de pessoas de 16 a 59 anos que recebem benefício da previdência social / quantidade de pessoas de 16 a 59 anos ocupadas. Mas também expressa o número de desprotegidos nessa faixa etária.

No segundo grupo a base de cálculo expressa a quantidade de pessoas de 60 anos ou mais que contribuem para a previdência social, acrescida da quantidade de pessoas de 60 anos ou mais que recebem benefício da previdência social/ quantidade de pessoas de 60 anos ou mais. E ainda indica o número dos socialmente desprotegidos nesta faixa etária.

O Resultado da Previdência Social, constitui também um instrumento gerencial que expressa, em seu Informe, com Resultados Mensal e Anual, o número de benefícios emitidos no RGPS e no RPPS, além da receita referente à arrecadação de pessoas e empresas e às

⁵⁰ Segundo estudos, cada benefício direto atinge cerca de 2,5 beneficiários indiretos.

⁵¹ Consultar Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) e Documentos referentes aos Resultados da Previdência Social no Brasil (SECPREV, 2018), atualizados no site <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social/>

despesas referentes ao pagamento dos benefícios previdenciários - além de valores específicos referentes às desvinculações de receitas e às isenções fiscais, de acordo com a legislação (LRF) em vigor.

Tabela 2 - Benefícios emitidos entre 2014-2018 (em milhões).

Benefícios		Ano				
		dez/14	dez/15	dez/16	dez/17	set/18 ¹
Previdenciários e acidentários		27,82	28,28	29,18	29,80	30,13
Previdenciários		26,96	27,43	28,34	28,99	29,32
	Aposentadorias	17,94	18,40	19,06	19,81	20,23
	Idade	9,51	9,76	10,10	10,47	10,72
	Invalidez	3,18	3,21	3,24	3,29	3,30
	Tempo de Contribuição	5,25	5,43	5,73	6,04	6,22
	Pensão por Morte	7,32	7,41	7,56	7,68	7,71
	Auxílio-Doença	1,52	1,45	1,54	1,29	1,17
	Salário-Maternidade	0,09	0,06	0,06	0,08	0,07
	Outros	0,10	0,11	0,12	0,13	0,14
Acidentários		0,86	0,85	0,84	0,82	0,80
	Aposentadorias	0,20	0,20	0,21	0,21	0,21
	Pensão por Morte	0,12	0,12	0,11	0,11	0,11
	Auxílio-Doença	0,18	0,16	0,15	0,12	0,11
	Auxílio-Acidente	0,31	0,32	0,32	0,33	0,33
	Auxílio-Suplementar	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04
Assistenciais e EPU		4,33	4,43	4,57	4,26	4,76
Assistenciais		4,31	4,40	4,55	4,67	4,74
	Amparos Assistenciais – LOAS	4,13	4,24	4,41	0,46	4,63
	Idoso	1,88	1,92	1,97	2,02	2,04
	Portador de Deficiência	2,25	2,32	2,44	2,53	2,58
	Rendas Mensais Vitalícias	0,18	0,16	0,14	0,12	0,11
	Idade	0,03	0,03	0,02	0,02	0,01
	Invalidez	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10
Encargos previdenciários da união (EPU)		0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Total		32,15	32,70	33,76	34,50	34,88*

Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS.

Nota: Dados disponíveis até set/18.

De acordo com a Tabela 2 tem-se, em média, 33,2 milhões de benefícios emitidos entre 2014 e 2017, para o mês de dezembro/17, com um crescimento médio de 2,4% ao ano.

A categoria de previdenciários representa mais de 80% em todos os anos observados e essa categoria acompanha o crescimento com uma média de 2,45% em relação ao ano anterior. Quanto aos números de set/2018* observa-se um crescimento de 1,10% em relação aos números de dezembro do ano anterior.

Mediante a análise de Resultados, pode-se afirmar que a Previdência Social se faz presente na maioria dos riscos previstos ao trabalhador e em seu processo de aposentadoria, desde que haja vínculo formal de trabalho. Entretanto, no caso do Regime Geral de Previdência Social (rural e urbano), a média de seus benefícios está em torno de um salário mínimo. Este regime vem sofrendo constantes reformas e/ou adequações paramétricas e atuariais para se ajustar ao atual mundo do trabalho e às consequências advindas das relações estabelecidas no âmbito da sociabilidade capitalista, dos processos de ajustes fiscais, de opções macroeconômicas, políticas, ideológicas de feição neoliberal/ neoconservadora.

Reafirma-se que a Previdência Social vem apresentando ampla cobertura⁵², principalmente no caso do Regime Geral (urbano e rural), além de constituir um instrumento de redução da pobreza. Esta afirmação endossa os dados contidos na figura e tabelas a seguir.

⁵² A metodologia de cobertura previdenciária utilizada pela GEPR/SRGPS/SPREV/MF, competência anterior do MP (extinto), foi aprovada pela Resolução de nº 1241, de 30/06/2004, pelo então Conselho Nacional de Previdência Social, em 2004. A Secretaria de Previdência utilizou a última cobertura oficial que é a da PNAD 2015. A PNAD foi descontinuada em 2015, e substituída por outra nova pesquisa, realizada pelo IBGE, a partir de 2012: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). A PNAD Contínua é uma pesquisa trimestral realizada desde 2012 até a atualidade; contudo, as variáveis de interesse da Previdência só começaram a compor o questionário de coleta de dados a partir de 2016. Não obstante isso, a estimativa da cobertura previdenciária de competência da CGEPR ainda não foi oficialmente aprovada pelo atual Conselho Nacional de Previdência (CNP) – antigo CNPS. Portanto, neste estudo optou-se por registrar a cobertura referente aos dados da PNAD 2015. Esta observação vale para todas as tabelas desta Dissertação que contemplem esta classificação.

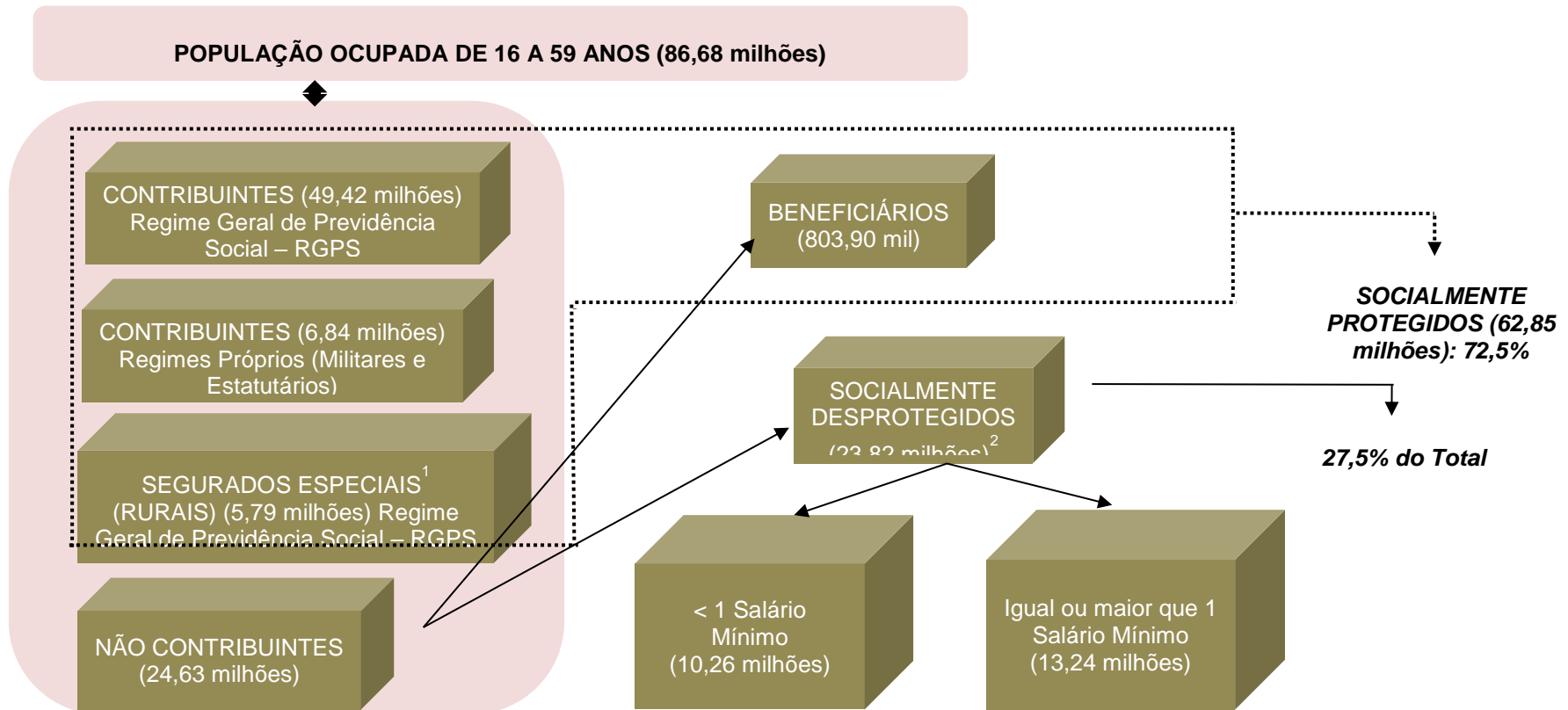


Figura 9 - Panorama da Proteção Social da População Ocupada (entre 16 e 59 anos) – 2015- (Inclusive a Área Rural da Região Norte).

Fonte: Microdados PNAD 2015.

Elaboração: CGEPR/SRGPS/SPREV/MF.

Nota: ¹Na PNAD essas pessoas se autodeclararam não contribuintes.

²Inclui 323.731 de desprotegidos com rendimento ignorado.

Tabela 3 - Condição de Atividade da população de 16 a 59 anos- Brasil- 2015.

Categorias		Homens						Mulheres						Total
		Urbana			Rural			Urbana			Rural			
		Branca	Negra	Outras	Branca	Negra	Outras	Branca	Negra	Outras	Branca	Negra	Outras	
Economicamente Ativa	Ocupada	18,79	21,96	0,33	2,75	5,18	0,09	16,29	16,36	0,28	1,70	2,89	0,06	86,68
	Desocupada	1,59	2,48	0,02	0,09	0,21	0,01	1,95	2,92	0,04	0,10	0,20	0,00	9,60
	Total	20,38	24,44	0,35	2,85	5,39	0,10	18,23	19,28	0,32	1,80	3,09	0,06	96,28
Não Economicamente Ativa		3,44	4,26	0,06	0,40	0,90	0,02	8,86	10,65	0,15	1,21	2,53	0,04	32,51
Total		23,82	28,70	0,40	3,25	6,29	0,12	27,09	29,93	0,46	3,01	5,62	0,10	128,79

Fonte: PNAD/IBGE (2015).

Nota: Na PNAD, foram considerados cinco categorias referentes à cor ou à raça: branca, preta, amarela (pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça, ou pessoa que se declarou indígena ou índia). Para melhor apresentação das estatísticas, nesta Tabela as pessoas que se declararam pretas e pardas foram reunidas na categoria “Negra”. E as amarelas, indígenas e sem declaração foram reunidas na categoria “Outras”.

No tocante à população ocupada, percebe-se uma ampla cobertura previdenciária: em torno de 72,5%; entretanto, 27,5% estão socialmente desprotegidos, ou seja, não dispõem de cobertura previdenciária. Destes, 10,26 milhões percebem menos que um salário mínimo e 13,24 milhões percebem um salário mínimo ou mais, e são alvos de programas de inclusão previdenciária.

Do total da população economicamente ativa (de 16 e 59 anos), 86,7 milhões estão ocupados, sendo 45,6% brancos e 53,5 % negros. Do total de ocupados na zona urbana (74,0 milhões), 55,5 % são homens e 44,5 % são mulheres. A população rural economicamente ativa tem, aproximadamente, 12,7 milhões de ocupados, sendo 21,7 % homens brancos, 40,9 % homens negros, 13,4 % mulheres brancas e 22,8% mulheres negras. Do total de ocupados na zona urbana, 25,4 % são homens brancos, 29,7 % homens negros, 22,0 % mulheres brancas e 22,1 % mulheres negras.

Os desocupados (procurando emprego) perfazem um total de 9,6 milhões, sendo 38,9 % brancos e 60,5% negros. Entre os desocupados na zona urbana, 45,5% são homens e 54,5% são mulheres. A população rural economicamente ativa conta com, aproximadamente, 607 mil desocupados, sendo 15,5% homens brancos, 34,0% homens negros. 16,2% mulheres brancas e 32,8 % mulheres negras.

Em 2015, a população não economicamente ativa (mas em idade ativa) era de 32,5 milhões. Destes, a grande maioria (84,3%) estava na zona urbana (23,8% homens e 60,5% mulheres). Observa-se que, entre os homens não economicamente ativos da zona urbana, 44,3% são brancos e 54,9 % são negros. Entre as mulheres não economicamente ativa na zona urbana, 45,1 % são brancas e 54,2 % são negras.

Salienta-se que um grande desafio na contemporaneidade refere-se às pessoas não economicamente ativas, estimadas em 32,5 milhões, mas em idade para o trabalho; estas somadas as desocupadas, que estão estimadas em 9.6 milhões de pessoas, somando assim 42,1 milhões fora do mercado formal do trabalho. Em vista disso, indaga-se: como ficará a sobrevivência e a qualidade de vida dessas pessoas? Como será o seu processo de envelhecimento?

A Tabela 4 a seguir dá uma amostra da situação previdenciária das pessoas idosas no Brasil em 2015.

Tabela 4 - Cobertura previdenciária entre os idosos (60 anos ou mais) – Brasil – 2015 (em milhões).

Categorias	Gênero	Urbana			Rural			Total
		Branca	Negra	Outras	Branca	Negra	Outras	
Aposentados	Homens	4,06	3,31	0,09	0,79	1,09	0,01	17,35
	Mulheres	3,61	2,82	0,08	0,60	0,87	0,01	
Pensionistas	Homens	0,07	0,07	0,00	0,01	0,01	0,00	2,66
	Mulheres	1,33	1,02	0,02	0,05	0,07	0,00	
Aposentados e pensionistas	Homens	0,13	0,11	0,00	0,05	0,06	0,00	2,18
	Mulheres	0,89	0,57	0,01	0,17	0,19	0,00	
Contribuintes não beneficiários	Homens	0,64	0,51	0,02	0,04	0,05	0,00	1,82
	Mulheres	0,30	0,23	0,01	0,01	0,01	0,00	
Desprotegidos	Homens	0,64	0,85	0,02	0,09	0,20	0,00	5,36
	Mulheres	1,78	1,51	0,04	0,09	0,14	0,00	
Total	Homens	5,54	4,86	0,14	0,09	1,41	0,02	29,37
	Mulheres	7,90	6,15	0,17	0,92	1,27	0,01	

Fonte: PNAD/IBGE (2015)

Nota: A cobertura previdenciária dos/as idosos/as (60 anos ou mais) compreende pessoas que sejam somente aposentadas ou somente pensionistas e ainda as duplamente beneficiárias (com aposentadoria e pensão). Além destas, são consideradas cobertas pela previdência social pessoas que permanecem trabalhando e contribuindo para a previdência e que não estejam recebendo nem aposentadoria e nem pensão (contribuintes não beneficiários). São considerados desprotegidos aqueles que não estão recebendo nenhum benefício previdenciário e que não contribuem para a previdência social.

Por se tratar de uma pesquisa autodeclaratória, é possível que, por desconhecimento, beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que pertence à política de Assistência Social, tenham declarado receber aposentadoria e não um benefício assistencial.

De acordo com PNAD/2015, a população idosa, com 60 anos ou mais de idade, residente no país, era de, aproximadamente, 29,4 milhões (atualmente, pela revisão populacional do IBGE-2018 estimada em, aproximadamente, 32.1 milhões de pessoas idosas) dos 29,4 milhões, aproximadamente, 9,4 milhões (31,9%) eram homens aposentados e 8 milhões (27,2%) mulheres aposentadas. 79,7% dos aposentados do sexo masculino e 81,6% das aposentadas residiam na zona urbana. Do total de homens aposentados na zona urbana 54,4% eram brancos e 44,4% negros. Do total de mulheres aposentadas 81,6% residiam na zona urbana e 18,4% na rural. Do total de mulheres aposentadas da zona rural 40,7% eram brancas e 58,9% negras.

Segundo a mesma PNAD havia, aproximadamente, 2,7 milhões de pensionistas no país, sendo 2,5 milhões mulheres e 169 mil homens. 86,6% dos homens residiam na zona urbana e 13,4% na zona rural; do total de homens da zona urbana 48,7% eram brancos e

50,3% negros; do total de mulheres 95,1% residiam na zona urbana e 4,9% na rural. Do total de mulheres da zona rural 44,1% eram brancas e 54,8% negras.

O montante de contemplados com os dois benefícios - aposentaria e pensão - era de 2,2 milhões. Destes, 345 mil eram homens e 1,8 milhão mulheres. 69,2% dos homens residiam na zona urbana e 30,8% na zona rural; do total de homens da zona urbana 55,1% eram brancos e 43,9% negros. Do total de mulheres 80,2% residiam na zona urbana e 19,8% na rural. Das mulheres da zona rural 47% eram brancas e 52,9% negras. Do total de mulheres que residiam na zona urbana 60,4 % eram brancas e 38,6 % negras.

Dos contribuintes não beneficiários, 1,3 milhão eram homens e 554 mil mulheres. 92,3% dos homens residiam na zona urbana e 7,7% na zona rural. Do total de homens da zona urbana 54,6% eram brancos e 43,7% negros; do total de mulheres 97,6% residiam na zona urbana e 2,4% na rural. Do total de mulheres da zona rural 51,7% eram brancas e 48,3% negras. E do total de mulheres que residiam na zona urbana 56,6% eram brancas e 43,4 % negras.

Quanto aos socialmente desprotegidos 33,6% eram homens e 66,4% mulheres. 83,9% dos homens residiam na zona urbana e 16,1% na zona rural. Do total de homens da zona urbana 42,3% eram brancos e 56,5% negros. Do total de mulheres 93,3% residiam na zona urbana e 6,7% na rural. Do total de mulheres da zona rural 39,5% eram brancas e 59,2% negras. E do total de mulheres que residiam na zona urbana, 53,5% eram brancas e 45,4% negras.

Esses dados expressam, no contexto da cobertura previdenciária, a desigualdade social no Brasil; a desigual inserção no mercado de trabalho por motivo de cor e gênero; as relações de dependência e as tendências para o processo de envelhecimento e suas implicações para as gerações futuras (vide dados da população economicamente ativa e das pessoas idosas); e, ainda: as contradições de classe; os movimentos das pessoas idosas como sujeitos históricos e coletivos (a partir do Movimento Coletivo de Melhores Condições de Vida e Luta pela recuperação dos seus salários) e a legislação existente no país. Por isso, pode-se afirmar que as pessoas idosas empreenderam grandes lutas por conquistas de direitos, mas as peculiaridades da questão de gênero e raça ficaram imbricadas com a questão de classe e de acesso ao mercado de trabalho e as oportunidades de acesso a maiores salários.

Da análise desses dados pode-se também inferir que, aliadas à contribuição previdenciária vinculada ao salário ao trabalho e à propriedade, as mulheres e os negros apresentam grande desvantagem. Por outro lado, sabe-se que a previdência mantém grande

cobertura às pessoas idosas; entretanto, dos 82.1% que têm acesso à previdência social, aproximadamente 56,5% recebem um salário mínimo e, majoritariamente, não possuem convênios de saúde (75%), dependem do SUS, apresentam baixos índices de escolaridade e muitos retornam ao mercado de trabalho precário.

Vale ainda mencionar a disparidade de acesso e a desigualdade de renda da classe trabalhadora brasileira, expressa no “valor médio” dos benefícios concedidos aos segurados dos diferentes Regimes de Previdência Social, a despeito de a isonomia entre os poderes da República ser garantida na Constituição Federal vigente. De acordo com os dados do Boletim Estatístico da Previdência Social de 2017 e do Boletim Estatístico do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão - MPDG, de 2017, o valor dos Benefícios Médios de Aposentados, Reservas e Reformas estava estimado em R\$ 1.241,00 para a maioria dos segurados do RGPS e RPPS; R\$ 7.716,00 para o executivo; R\$ 19.128,00, para o Ministério Público da União; R\$ 9.693,00 para os Militares; R\$ 28.882,00 para o poder legislativo; e R\$ 22.336,00 para o poder judiciário (MF, 2017).

Portanto, mais uma vez os dados previdenciários conduzem à percepção da impossibilidade de existência do envelhecimento ativo e saudável no Brasil. Tal percepção é reforçada pelas questões a seguir levantadas sobre a relação entre previdência e saúde do trabalhador.

5.6 Política de Previdência e Saúde Ocupacional

A decisão por esta abordagem reside no fato de ser importante tratar de forma sucinta algumas, mesmo sucintamente, questões relativas à segurança e à saúde ocupacional do trabalhador, conforme à luz da Organização Mundial de Saúde (OMS). Considera-se, essas questões, de grande influência e determinação na construção do processo de envelhecimento ativo, pois de acordo com os princípios colocados pela OMS em relação ao Envelhecimento Ativo, a segurança (entende-se trabalho e previdência social), além da saúde, são fatores determinantes e condicionantes para a construção do processo de envelhecimento ativo. Fundamentais porque: Nestes termos, afirma-se que dependendo da trajetória profissional, construída na vida laboral, das ações ocupacionais e das relações estabelecidas no mundo do trabalho, no que diz respeito à saúde ocupacional, o processo de envelhecimento poderá ser bem-sucedido ou agravado por fatores decorrentes de episódios que podem gerar

afastamento temporário da atividade laboral; redução da capacidade para o trabalho; invalidez permanente; e até mesmo o óbito.

No Brasil a questão da saúde e da segurança do trabalho está prevista na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 01 de maio de 1943, que foi construída com o objetivo de assegurar proteção ao trabalhador, regular as ações de trabalho, coibir relações abusivas do empregador em relação ao empregador. Mas, recentemente, esta legislação foi alterada (para pior) recentemente em cem artigos pela por força da Reforma Trabalhista do governo tampão de Michel Temer, mediante a aprovação da Lei nº 13.467, de 13/ 07/ 2017, que passou a vigorar em 11/11/2017⁵³. Trata-se, esta reforma, de um ato demolidor de segurança no trabalho.

Registra-se que no trabalho aliado, à saúde ocupacional, que passou a constar da agenda do governo e da classe trabalhadora há 75 anos. A despeito de estar asseguradas na Constituição e dispor de regulamentação técnica e jurídica, além de marco legal específico referentes às políticas trabalhista, sanitária e previdenciária, as doenças ocupacionais e aquelas decorrentes de acidentes de trabalho, eram subnotificadas embora houvesse esforço do Estado, da classe trabalhadora e de especialistas, em estruturar um banco de dados e sistemas de informação sobre o tema. Conforme estudo da OMS, publicizado em 1999, estimava-se que, na América Latina, somente entre 1% e 4% das consideradas doenças ocupacionais eram notificadas⁵⁴(MPS, 2014).

De acordo com o Ministério da Previdência Social, até a década de 1990 a notificação dos acidentes do trabalho no Brasil estava registrada somente pela emissão do formulário denominado “Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT”, um instrumento de responsabilidade do empregador. Eram notificados, praticamente, apenas os acidentes decorrentes de traumas mecânicos, tais como fraturas, cortes, entre outros. Posteriormente, com a Lei 8.123, de 1991, art. 20, as doenças profissionais e as doenças do trabalho, equiparadas aos acidentes do trabalho, puderam ser notificadas pelo INSS mesmo sem a emissão do formulário da CAT.

Mediante análise das relações entre o capital e o trabalho, além da experiência empírica e científica da subnotificação de acidentes e doenças do trabalho, tanto o governo,

⁵³ A Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017 foi aprovada no bojo da Reforma Trabalhista, sem consenso com a classe trabalhadora. Ela altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974; 8.036, de 11 de maio de 1990 e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Essa Lei muda 100 artigos da CLT, além de criar duas modalidades de contratação: trabalho intermitente (por jornada de trabalho com hora de serviços) e a do teletrabalho, chamado home office (trabalho à distância).

⁵⁴Organização Mundial da Saúde - OMS. *Fact Sheet* nº 84, sobre Saúde Ocupacional, revisado em junho de 1999).

como empregadores e trabalhadores, além de técnicos de diversas áreas do conhecimento, realizou estudos e pesquisas para aprimorar e dar cientificidade a esses registros.

Em 2005, durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST, convocada pelos Ministérios da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); e Ministério da Previdência Social (MPS), aprovou-se a deliberação de incluir critérios epidemiológicos para a presunção de agravos à saúde, relacionados ao trabalho, afetos à concessão de benefícios assegurados pela Previdência Social, configurando o que veio a ser chamado de Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP (Resolução nº 46 do Relatório Final da 3ª CNST (MPS, 2014).

O NTEP propiciou modificações significativas nos procedimentos de concessão de benefícios, face a possibilidade de se estabelecer a presunção para a perícia médica do INSS, se há condição incapacitante estabelecida ou não em relação com o trabalho a partir de associações entre patologias e exposições constantes das listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048, de 1999; e a disposição de um instrumento técnico e científico para que a perícia médica do INSS pudesse aprimorar a qualificação dos acidentes do trabalho, principalmente, as doenças do trabalho, sem depender da emissão do formulário da CAT. A adoção desse novo Instrumento favoreceu os trabalhadores, no sentido de assegurar os seus direitos relacionados à saúde ocupacional, induzindo o Estado a adotar e implementar políticas articuladas de prevenção e promoção a saúde, além de regular as ações junto aos empregadores (MPS, 2014).

Com essas mudanças, a perícia passou a dispor de um marco legal que qualifica a incapacidade por equiparação com acidentes e (principalmente) doenças do trabalho, por meio de associações entre patologias e exposições constantes das listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048, de 1999; além da equiparação legal prevista no art. 21 da Lei 8.213 e, ainda, com situações excepcionais, não previstas em lei, em que se constata a relação com o trabalho⁵⁵ (MPS, 2014).

Dessa forma, depreende-se que a Política de Previdência Social dispõe de uma ampla legislação e instrumentos de regulação relacionados à saúde ocupacional, construídos a partir de recomendações e instruções de Organismos Internacionais (OIT, OMS) e nacionais, no caso o Ministério do Trabalho, da Saúde, Empresas, Receita Federal, Universidades, empregadores e trabalhadores. Esta legislação visa assegurar e estruturar a gestão direcionada

⁵⁵ Art 20 § 2º: “Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho”.

à concessão de benefícios relativos à saúde do trabalhador e, em especial, a concessão de benefícios de acidente de trabalho, (considerados os benefícios acidentários) e, os benefícios previdenciários (considerados os benefícios por doenças). Observa-se, também, que a Previdência (MF) e o INSS (MDS), atualmente no Ministério da Economia, dispõem de regulamentação específica para concessão de benefícios (em decorrência de danos à saúde ocupacional), e ainda outras regulamentações referentes às empresas públicas e privadas, com a receita federal, com o INSS, no que se refere tocante ao controle, arrecadação e fiscalização dos processos de trabalho.

No entanto, essa articulação se dá somente no âmbito do controle do exercício do trabalho formal. O mesmo pode ser dito quanto à vasta legislação⁵⁶ e instrumentos gerenciais para o controle e explicitação de acidentes de trabalho no âmbito da Previdência Social, que asseguram direitos ao trabalhador no campo da prevenção de acidentes e fazem exigências ao mercado empregador, ao tempo em que instrumentalizam o poder público e a sociedade com dados estatísticos além de exigir das empresas e demais órgãos sistemas de prevenção de acidente de trabalho. Cabe destaque ao Decreto 6042, de 12/02/07 que exige e assegura a relação estatística epidemiológica entre o código de doença CID - Classificação Internacional de Doença - e o setor de atividade CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas - com base na série histórica dos benefícios concedidos pelo INSS. Este instrumento possibilita o registro efetivo entre o perfil epidemiológico do quadro acidentário no mercado de trabalho e a tomada de decisão por parte dos órgãos competentes, além de tornar público como se comporta a estrutura da segurança do mercado de trabalho e as possíveis formas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

Segundo a legislação, elucida que acidente de trabalho

[...] é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial, no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho (DECRETO LEI Nº 2171, 1997, art.13).

Logo, entende-se como acidente de trabalho a doença (profissional) produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e que a doença do trabalho - adquirida ou a desencadeada - se dá em função de condições especiais em que o

⁵⁶Para aprofundar esta questão verificar art. 20 da Lei nº 8.213/1991; anexo II do Decreto nº 3.048/1999; art. 319 da Instrução Normativa INSS nº 77/2015.

trabalho é realizado e a forma como se relaciona com ele diretamente, nos termos do Anexo II do Decreto nº 3048 de 1999.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, pelo IBGE, revela que os acidentes de trabalho, no Brasil, estão relacionados e expressam diferenças de gênero, faixa etária, cor e estão afetos à condição socioeconômica (diferença de renda e escolaridade).

O Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho- AEAT (MPS, 2015), registra a Intensidade de ocorrência dos acidentes de trabalho e a razão de ocorrências mais severas, como: taxa de incidência; taxa de mortalidade; taxa de letalidade; e taxa de acidentalidade proporcional à faixa etária de 16 - 34 anos. Estas taxas de incidência são calculadas para as doenças do trabalho; acidentes típicos; e incapacidade temporária.

A Tabela 5, indica os acidentes de trabalho ocorridos no Brasil, no período de 2006 a 2017. Apresenta um decréscimo no período de 2015 a 2017, que poderá estar relacionado à diminuição do trabalho formal, bem como a questões de ordem operacional, em decorrência de não realização de perícias médicas face à greve do quadro de pessoal administrativo e peritos médicos do INSS, além da revisão de benefícios. Revela, ainda os tipos de acidentes de trabalho no período de 2006 a 2017, com CAT e sem CAT⁵⁷, exemplificando que a maior incidência ocorre em acidentes típicos, e a menor incidência em casos de trajeto e doença. Segundo dados, as CATs por doença sofreram redução em 2017 (30,35%), quando comparadas com o ano de 2016.

⁵⁷ A notificação do acidente de trabalho pode ocorrer com o registro da CAT no INSS, ou sem o devido registro do acidente de trabalho, o qual é identificado por meio de perícia médica com base em três estimados nexos: nexos técnico profissional/trabalho; nexos técnico epidemiológico previdenciário (ntep); nexos técnico por doença equiparada a acidente de trabalho (MPS, 2015).

Tabela 5 - Distribuição da comunicação de acidente de trabalho por ano (2006 a 2017).

Ano	Tipo de acidente de trabalho					Total
	Com CAT				Sem CAT	
	Típico	Trajetos	Doença de trabalho	Total		
2006	407.426	74.636	30.170	512.232	0	512.232
2007	417.036	79.005	22.374	518.415	141.108	659.523
2008	441.925	88.742	20.356	551.023	204.957	755.980
2009	424.498	90.180	19.570	534.248	199.117	733.365
2010	417.295	95.321	17.177	529.793	179.681	709.474
2011	426.153	100.897	16.839	543.889	176.740	720.629
2012	426.284	103.040	16.898	546.222	167.762	713.984
2013	434.339	112.183	17.182	563.704	161.960	725.664
2014	430.454	116.230	17.599	564.283	148.019	712.302
2015	383.663	106.039	13.240	502.942	109.690	612.632
2016	355.560	108.552	13.927	478.039	107.587	585.626
2017	340.229	100.685	9.700	450.614	98.791	549.405

Fonte: AEAT – Infologo.

Nos dados acima chama a atenção os numeros elevados de acidentes típicos⁵⁸ de trabalho. E, na tabela abaixo, referente ao período de 2012-2017, os acidentes de trabalho, revelam a questão de gênero e apresentam maior incidência no sexo masculino; atingem prioritariamente a população em idade ativa – PIA e se concentram na faixa etária de 18 a 39 anos, sem desconsiderar as faixas etárias entre 40 e 59 anos. Atingem também a população de sessenta anos e mais com um número bastante significativo.

Veja-se a seguir dados da Tabela 6 e da Figura 10, publicizados pelo Observatório Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador⁵⁹.

⁵⁸ Lembrando que acidentes típicos são aqueles caracterizados por doença profissional desenvolvida pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e face à constatação parcial acima referida (parcial porque só se refere ao trabalho formal); infere-se que o mercado de trabalho no Brasil, para o segmento que está no mercado formal de trabalho (informal também) é adoecedor e pode levar à incapacidade permanente e/ ou temporária e até mesmo a óbito.

⁵⁹ O Ministério Público do Trabalho (MPT) mantém um Observatório Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalhador, em parceria com a OIT (no âmbito do fórum Smartlab de Trabalho Decente), com parâmetros científicos baseado na Pesquisa "Acidente de Trabalho: da Análise Sócio-técnica à Construção Social de Mudanças", da Faculdade de Saúde Pública da USP. Além dessa parceria dispõe do apoio da equipe da Coordenação Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade - CGMBI, da Subsecretaria do Regime Geral de Previdência Social - SRGPS, da Secretaria da Previdência - SPREV, anteriormente do Ministério da Previdência Social -MPS, hoje vinculado ao Ministério da Economia, passando pelo Ministério da Fazenda. Para acessar os dados do Observatório Nacional, consultar: <https://observatoriosst.mpt.mp.br/>.

Tabela 6 - Registros de Acidentes de Trabalho por Idade e Sexo (2012-2017).

Idade	Masculino	%	Feminino	%
< 18	11.329	72,27	4.346	27,73
18-24	479.695	75,33	157.130	24,67
25-29	445.784	69,82	192.657	30,18
30-34	437.861	67,49	210.956	32,51
35-39	370.389	66,08	190.117	33,92
40-44	291.652	65,30	154.951	34,70
45-49	244.416	64,85	132.472	35,15
50-54	189.340	64,77	102.997	35,23
55-59	118.791	67,79	56.440	32,21
> 60	66.143	75,33	21.656	24,67

Fonte: Observatório Nacional do MPT -2018.

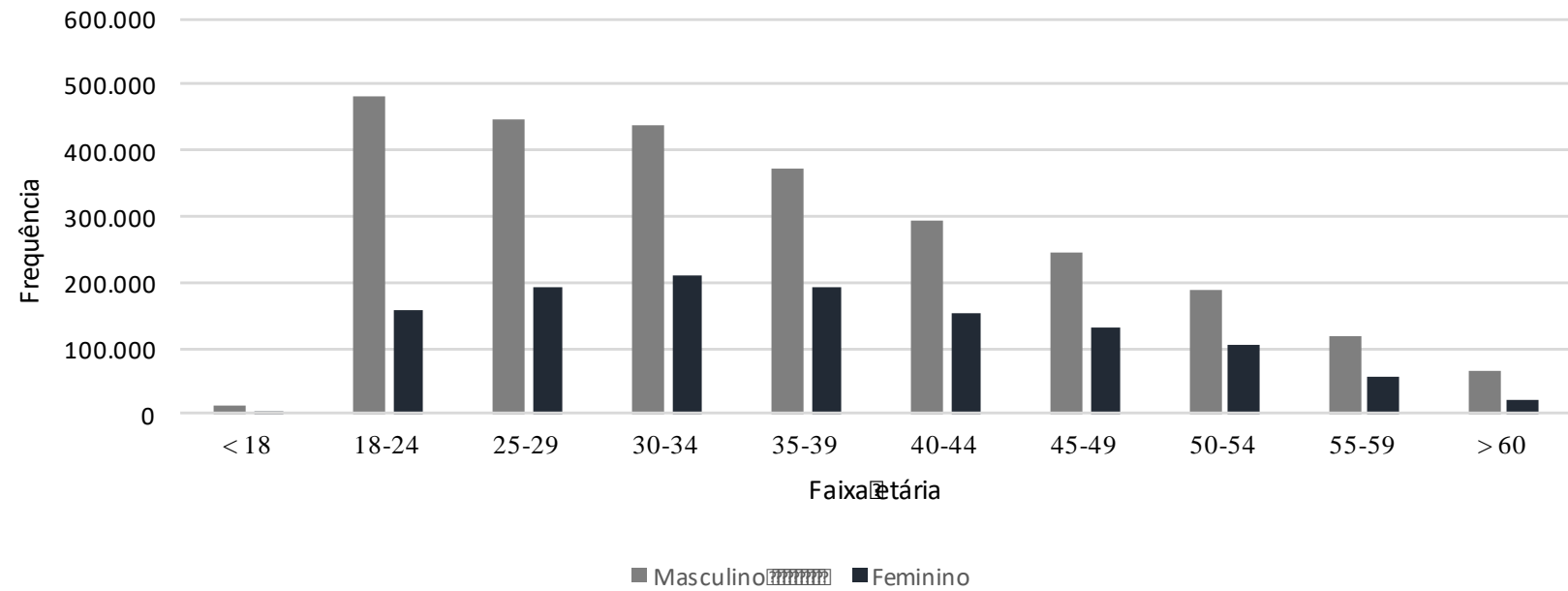


Figura 10 - Distribuição da comunicação de acidente de trabalho por ano (2012 a 2017).

Fonte: Observatório Nacional do MPT.

O MPT desenvolveu, neste Observatório, uma ferramenta denominada *acidentômetros*, que revela os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, ao tempo em que expressa elevado número de acidentes acumulados no período analisado, os gastos com a previdência social, além dos dias perdidos de trabalho, com impactos negativos sobre: o desenvolvimento humano, o orçamento público e a atividade produtiva, uma vez que esta muitas vezes gera, no trabalhador, incapacidade para atividades básicas da vida diária, comprometendo toda sua vida futura, sobrecarregando a família, além de dependência na velhice

Estimam-se em 4.469.423 notificações de acidentes previdenciários acidentários de trabalho, no período de 2012 a 2018, e em 3.879.755 acidentes registrados, com CATs e sem CATs, no período de 2012-2017. Os gastos da Previdência Social com Benefícios Previdenciários Acidentários, de 2012 a 2017, estimados até novembro de 2018, foram de R\$76.646.504.163,00. E, no período de 2012 a 2017, foram gastos com benefícios acidentários ativos (anteriormente concedidos) R\$ 66.534.254.002,00. Somente considerando as novas concessões no período, o valor foi de R\$26.235.501.489,00. Quanto aos dias perdidos no trabalho, o sistema indica, com base nos afastamentos iniciados desde 2012, 305.299.902, além de notificar 14.412 mortes acidentárias no período de 2012 a 2018.⁶⁰

O banco de dados deste Observatório (em achados) registra que, contemporaneamente, os trabalhadores estão expostos a maior riscos e agravos de acidentes de trabalho em atividades econômicas relacionadas a: bancos múltiplos; transporte rodoviário de carga; tráfego nas ruas; administração pública em geral; serviços hospitalares; construção de edifícios; atividades agrícolas; comércio varejista; restaurantes e correios. As ocupações mais afetadas referem-se a linhas de produção voltadas para alimentos; servente de obras; transporte de rua; faxineiros; vendedor de comércio varejista; auxiliar de serviços; trabalhador agropecuário; ajudante de motorista, dentre outros. Os afastamentos graves por doença devem-se a doenças osteomuscular, do tecido conjuntivo, mentais e comportamentais, nervosas e do aparelho digestivo e circulatório.⁶¹

Estudos da (OIT) classificam o Brasil como o quarto país na escala de acidentes ocupacionais e estimam que o custo total das doenças do trabalho corresponde a 4% do Produto Interno Bruto- (PIB). E as doenças do trabalho pressionam demandas por serviços de saúde, quer de urgência, quer de internações, procedimentos de reabilitação, medicamentos,

⁶⁰ “Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho (MPT-OIT): 2017. Dados acessados em 29.11.2018. Disponível online no seguinte endereço <http://observatoriosst.mpt.mp.br>”

⁶¹ “Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho (MPT-OIT): 2017. Dados acessados em 30.11.2018. Disponível online no seguinte endereço <http://observatoriosst.mpt.mp.br>”

cuidados hospitalares e familiar, além de demandarem, do sistema previdenciário, afastamentos do trabalho, perícias médicas e liberação de benefícios pelo INSS quando do trabalho formalizado. Registre-se ainda as diferentes consequências para o trabalhador inserido no mercado formal e no informal (em idade economicamente ativa ou envelhecido) e seus familiares - que precisam se adaptar às novas exigências geradas pelo grau de adoecimento e as perspectivas futuras de reabilitação e/ou de dependência funcional, que agravará, sensivelmente, o processo de envelhecimento.

5.7 Controle democrático da Seguridade Social: o papel dos Conselhos

Os Conselhos de controle democrático no Brasil, foram previstos na Constituição de 1988 como instrumentos de monitoramento da gestão pública estatal e garantia da participação social, no contexto da democracia direta ou participativa.

A democracia participativa tem a ver com o reconhecimento do povo brasileiro não só como eleitor, mas cidadão participante, fiscalizador e controlador da atividade estatal, em diferentes âmbitos da gestão pública, quer na concepção, deliberação e aprovação das políticas sociais, quer na aplicação e controle do orçamento e financiamento público.

As Políticas que integram a Seguridade Social dispõem de Conselhos de Controle Democrático e de Defesa de Direitos⁶², de composição paritária e competência deliberativa. Eles atuam como instrumentos de atos normativos, solicitação de audiências públicas, câmaras técnicas, realização de conferências, controle e gestão de fundos, aprovação de Resoluções que, na maioria das vezes, não são acatadas pelos órgãos estatais e enfrentam dificuldades de implementação.

Em que pesem suas limitações como canais institucionais de controle democrático, salienta-se a importância de sua atuação, em especial a que tem interface com a Seguridade Social e com o processo de envelhecimento.

⁶² Antes da Constituição Federal de 1988, a então chamada Seguridade Social brasileira já possuía Conselhos que se extinguíram com a promulgação da Carta Magna vigente. O antigo Conselho Nacional de Seguridade Social foi instituído pela Lei nº 8.212, em 24 de janeiro de 1991, cujos artigos 6º e 7º definiam suas respectivas composição e competências. E o antigo Conselho Nacional de Saúde foi criado pela Lei 378, em 1937, com a função de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde. Sob a regência das Constituições de 1988, um novo Conselho de Saúde foi instituído pelo Decreto 99.438, de 1990, para atuar de acordo com as normas do SUS. O Conselho Nacional de Assistência Social foi instituído pela Lei 8442, de 1993, ajustado às determinações da LOAS, embora, desde 1938 já tivesse um antecedente denominado Conselho Nacional de Serviço Social. E o Conselho Nacional de Previdência Social, instituído pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, surgiu ligado ao Ministério da Previdência Social, mas, atualmente (desde 2016), denomina-se Conselho Nacional de Previdência, vinculado ao Ministério da Fazenda. A partir de 2019, porém, deverá ser alocado no Ministério da Economia.

Todos os Conselhos pautam-se pelo princípio da descentralização político-administrativa, no contexto da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal, tendo como membros representantes do governo, da sociedade, de instituições dos usuários, da classe trabalhadora, de instituições de pesquisa e de atenção aos usuários dos serviços. Para ilustrar, em linhas gerais, o papel dos Conselhos de controle democrático, tome-se como exemplo o Conselho Nacional do Idoso (CNDI).

Por força do Decreto 5.109 de 17, de junho de 2004, o CNDI passou a ter caráter deliberativo e participação paritária entre governo e sociedade. Esteve vinculado ao MDH até 2018. Em 2019 deverá estar alocado no Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Tem, por competências: participar da formulação, supervisão, fiscalização e avaliação e aprovação das normativas, serviços e programas que integram a Política das pessoas idosas no Brasil; elaborar estudos, pesquisas, recomendações, objetivando aperfeiçoar as normativas existentes e adequá-las ao contexto atual do processo de envelhecimento e das necessidades da população; realizar encontros e seminários técnicos para aperfeiçoamento de recursos humanos, além de assessorar a criação de Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso; realizar as Conferências de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas, fiscalizar e assegurar os direitos das pessoas idosas explicitados nos marcos legais internacionais e nacionais.

Registram-se abaixo algumas das principais ações do CNDI, no período de 2002, até 2018:

- Realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, no período de 23 a 26 de maio de 2006, tendo como tema “Construindo a Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI”, que resultou no Plano Nacional Integrado de Deliberações da Conferência, com indicadores de monitoramento e avaliação subsidiados pela representação do IPEA no CNDI. Além disso, esta Conferência procurou definir estratégias de implementação da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI), que teve como referências o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento proposto pela Organização das Nações Unidas, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso;
- Realização da II Conferência realizada em março de 2009, com o tema: “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”;

- Realização da III Conferência Nacional com o tema: “Avanços e desafios da Política Nacional da Pessoa Idosa na perspectiva de sua efetivação sob a ótica da universalização dos Direitos Humanos”. Registre-se que uma característica desta Conferência foi estabelecer maior percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos entre os delegados representantes da sociedade civil; e
- Realização da IV Conferência, realizada em abril de 2016, com o tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de Todas as Idades”.

Assinale-se que estas Conferências têm contribuído, substancialmente, para a reflexão do tema do Envelhecimento em toda a federação brasileira, dado o número de delegados que delas participam, além das mobilizações e fóruns realizados no âmbito dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Assinale-se, outrossim, a realização de Seminários para discutir a questão dos Cuidados das Pessoas Idosas; a regulamentação do art. 35 do Estatuto do Idoso, que trata das ILPs; o ajustamento de termo de conduta em parceria com o CNAS; a aprovação do Manual de Cuidadores de Pessoas Idosas; a realização de Pesquisa das Instituições de Longa Permanência –ILPs, em todo o Brasil, em parceria com o IPEA; a realização de Pesquisa dos Centros de Convivência (CCI) para pessoas Idosas no Brasil; a aprovação e elaboração da Cartilha sobre o Controle Democrático e de Orientação aos Estados e Municípios para a implementação de Conselhos e Fundos; a elaboração e aprovação com ressalvas do Plano Integrado e Intersetorial de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa, referente as deliberações da Conferência; a participação efetiva em Comissões, Palestras e Audiências Públicas de Defesa de Direitos no âmbito do Poder Legislativo, além da aprovação do Plano Nacional de Combate à Violência e Maus tratos as Pessoas Idosas no Brasil, com liberação de recursos para implementação dos Centros de Combate à Violência, que permanece com grandes resultados no Maranhão; a regulamentação do Fundo do Idoso, para captação de recursos; a realização de Cursos de Capacitação para Conselheiros com a ENAP; a participação ainda não oficial do Comitê Gestor para aprovação e a implementação da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa.

Assinale-se, ainda como crucial o Protagonismo do CNDI, na articulação e elaboração da primeira minuta da Convenção Iberoamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, elaborada pela Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID).

CAPÍTULO VI – SOBRE O (DES)FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E SEUS IMPACTOS REGRESSIVOS

Os resultados do estudo realizado em função desta Dissertação e expostos até aqui, permitem a análise⁶³ e a constatação de que as políticas que integram a sistema de Seguridade Social, em especial as voltadas às pessoas idosas, estão muito avançadas quanto à legislação e à explicitação de indicadores socioeconômicos e demográficos e à visibilidade das necessidades das pessoas em todos os ciclos de sua vida. No entanto, o mesmo não pode ser dito quanto ao financiamento dessas políticas, particularmente no que tange às implicações sociais do processo de envelhecimento no Brasil.

Este capítulo atém-se a esta limitação política brasileira, dentro do escopo do objeto da pesquisa e da hipótese de trabalho enunciados na Introdução deste texto, por considerá-la um dos determinantes-chave da precariedade prática da Seguridade Social prevista na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

Mas, para tanto, torna-se fundamental considerar as especificidades históricas do modo de produção capitalista, aliadas à forma como se dá a arrecadação de recursos, a composição das receitas públicas e a aplicabilidade destas por meio da composição e distribuição do Fundo Público, porque esta medida revela como cada país faz a sua opção de desenvolvimento; e mais indica quais estratégias e políticas macroeconômica e social são adotadas para enfrentar as crises do capital e a sua relação com o Estado Social e com as pressões e recomendações em âmbito nacional e internacional.

Efetivamente, o trato do fundo público requer observar “a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, [seja] pelo orçamento público” (SALVADOR, 2012, p.07). Afinal, como salienta Salvador,

[...] o capitalismo seria impensável sem a utilização dos recursos públicos, que muitas vezes funciona, como uma acumulação primitiva na acepção marxiana. Ou melhor, o capitalismo, na visão de Marx, pressupõe a dissociação entre trabalhadores e proprietários dos meios pelos quais [aqueles] realizam o trabalho. O processo que cria o sistema capitalista implica a retirada do trabalhador da propriedade de seus meios de trabalho e transforma em capital os meios sociais de subsistência e de produção,

⁶³ “A análise e avaliação de políticas sociais ultrapassa a mera disposição e utilização primorosa de métodos e técnicas racionais e operativos, preocupados com a relação custo-benefício ou com eficiência e eficácia. A avaliação de políticas sociais deve se situar na compreensão do significado do papel do estado e das classes sociais na construção dos direitos e da democracia” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011.).

convertendo os assalariados em produtores diretos (SALVADOR, 2010, p. 79).

E é nesse processo capitalista que se desenvolvem as relações entre o capital e o trabalho e a retirada de recursos para integralizar as funções e a estrutura do fundo público.

Eis porque, levantar questões referentes à composição e aplicação dos recursos do Fundo Público (embora este não ocupe o cerne desta Dissertação) permite desvendar como se dá o financiamento das Políticas Sociais, quem financia o Estado Social, qual a opção de classe desse financiamento e qual o padrão civilizatório que, com ele, se quer alcançar. Além disso, e para efeitos deste estudo, o manejo do Fundo Público possibilita verificar se existe ou não prioridade para o processo de envelhecimento ativo no âmbito governamental (via planejamento estratégico e via execução orçamentária) e quais os desafios para o atendimento das demandas da Seguridade como um direito das pessoas idosas no Brasil contemporâneo.

“Uma das principais formas de realização do fundo é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais valia socialmente produzida” (SALVADOR e TEIXEIRA, 2014, p.16). Isto é, o Estado em si e por si mesmo não produz recursos financeiros para bancar as suas políticas de regulação social. Ele os capta da sociedade que, por sua vez, os obtém, em última instância, por meio do processo de extração compulsória da parte do trabalho não pago realizado pelo trabalhador; ou seja, da exploração do trabalho em favor da acumulação do lucro privado, ou, conforme Behring (2012; 2016): os recursos do fundo público⁶⁴ constituem parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda da terra, sendo apropriados pelo Estado para desempenho de múltiplas funções e de trabalho necessário.

Logo, esses recursos constituem um pressuposto do financiamento da acumulação do capital ao permitir a socialização dos custos com a reprodução da força de trabalho, ao mesmo tempo em que garantem à classe trabalhadora acesso a serviços sociais (OLIVEIRA, 1998).

⁶⁴ “O fundo público é formado com recursos tanto do trabalho excedente, isto é, da mais-valia extraída da exploração do trabalho alheio, quanto do trabalho necessário, por meio de tributação **que no contexto** brasileiro apresenta caráter regressivo e onera substancialmente a classe trabalhadora. Os mecanismos de extração desses recursos ocorre pela forma fetichizada do capital, pelo desmonte dos direitos sociais e pela financeirização da Seguridade Social, a qual dispõe, no âmbito orçamentário um dos seus principais instrumentos para operar as contrarreformas. Dessa forma, retira-se do fundo público, grande parte dos recursos oriundos da classe trabalhadora, valores vultuosos para a remuneração do capital portador de juros. Isso se dá por meio do capital fictício, que traduz como ocorre o fetiche do capital portador de juros e que tem na dívida pública sua principal forma de atuação. Isto demonstra o processo de endividamento público, que tem se tornado um mecanismo e um instrumento de manipulação e controle do Estado utilizado pela oligarquia burguesa, em meio à correlação de forças presente no cenário contemporâneo a qual se apresenta mais favorável à atenção dos interesses do grande capital” (SILVA, 2011, p. 2).

Estudos de Oliveira (1998) e Salvador (2010; 2017) demonstram que o Fundo Público desempenha vários papéis⁶⁵ no modo de produção capitalista, guardadas as especificidades, contextos históricos dos países centrais e periféricos. Ele tem sido essencial para viabilizar a acumulação produtiva e a manutenção do capitalismo na esfera econômica, como: garantir políticas sociais para ampliar o mercado de consumo; viabilizar o pleno emprego masculino (1945-1970) nos países centrais; e, a partir da década de 1980, vem atuando mais para atender a financeirização do capital, ao priorizar o ressarcimento dos prejuízos empresariais, repassando os custos ao trabalhador e restringindo seus direitos assegurados em leis; e ao cumprir o pagamento dos juros da dívida, em detrimento da implementação de políticas sociais.

Segundo Salvador (2010, p.81), o fundo público

[...] desempenhou uma função relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social. Entre as principais motivações que orientaram o Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos encontra-se a [sua] natureza socialdemocrata” que, de acordo com Pochmann (2004), privilegiou “a redistribuição da renda gerada por meio dos fundos públicos, com tributação sobre os mais ricos e transferências dos recursos dos fundos para os mais pobres.

Assim, a lógica socialdemocrata adotada pelos Países capitalistas desenvolvidos, para compor e aplicar o Fundo Público não foi a mesma praticada pelos países em desenvolvimento, em especial no Brasil.

O Fundo Público no Brasil, ganhou contornos restritivos, seja pela ótica do financiamento, seja pela ótica dos gastos sociais, muito aquém das já limitadas conquistas da socialdemocracia obtidas nos países desenvolvidos. Até mesmo as reformas empreendidas por dentro do capitalismo central não lograram o mesmo êxito em nosso país, uma vez que a estruturação das Políticas Sociais foi marcada por componentes conservadores que obstaculizam avanços mais expressivos nos direitos de cidadania. O Estado capitalista no Brasil, ao longo de sua história, tem se caracterizado por uma forte mistura de interesses entre o público e o privado, dominado pelo patrimonialismo, com o Fundo Público canalizando recursos, no passado, para a acumulação do capital industrial, e, no presente, com o predomínio dos interesses do capital financeiro. As Políticas Sociais até hoje são

⁶⁵ “O fundo público exerce pelos menos quatro funções na economia capitalista: a) o financiamento do investimento capitalista, por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária das empresas e de seus sócios; b) a garantia de um conjunto de políticas sociais que asseguram direitos e permitem também a inserção das pessoas no mercado de consumo, independentemente da inserção no mercado de trabalho; c) assegura vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura e nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas; d) assegura no âmbito do orçamento público a transferência na forma de juros e amortização da dívida pública para os detentores do Capital Portador de Juros (CPJ)” (SALVADOR, 2017, p. 428-429).

caracterizadas por um longo caminho entre as conquistas inscritas na Constituição e na legislação infraconstitucional, e sua efetiva e restrita implementação (SALVADOR, 2010, p.388).

Este longo caminho apontado pelo autor, verifica-se quer na não universalização dos direitos, quer na frágil atenção a estruturação e no sub financiamento de uma rede de serviços sociais de ação continuada, com qualidade para atender as necessidades da população em todos os ciclos de vida, em especial na velhice; onde o Estado é negligente, e é o maior violador de direitos, pois promove a desigualdade na composição e aplicação do Fundo Público, ao tempo que, transfere para as organizações da sociedade civil e para as famílias, em especial as mulheres, a responsabilidade maior de atender as necessidades da população sem o devido valor financeiro de custeio e capital.

Tais argumentos podem ser atestados com a constatação de que o Fundo Público da Seguridade Social, não vem seguindo as diretrizes constitucionais que determinava a criação de um orçamento integrado da Seguridade Social, conforme artigos (165, §5º, inc. III) e (195, §2º), já especificados. Em realidade, ele retrata em sua aparência um documento técnico e oficial de gestão macroeconômica e social, mas na sua essência possui cunho político e ideológico, no qual dominam, forças sociais da classe dominante nacional, que influenciam a linha do governo a ser adotada, bem como frações de classe a serviço do capital internacional.

A Constituição Federal de 1988, ainda vigente, define no seu artigo 165, para os três níveis de governo, que a Lei Orçamentária Anual (LOA) será composta pelo Orçamento Fiscal, Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais e Orçamento da Seguridade Social.

Cabe novamente destacar que para garantir e financiar a Seguridade Social foi assegurado, na referida Constituição, o marco legal que instituiu o Orçamento da Seguridade Social (OSS), integralizado por fontes contributivas (INSS Urbano e Seguro-Desemprego) e por impostos gerais, não contributivos (INSS Rural, Assistência Social e Sistema Único de Saúde – SUS) (art. 195), com destaque para: os recursos dos orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal; as contribuições sobre a folha de salários (previdência urbana); a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS-PASEP): 60% da arrecadação (fonte do seguro-desemprego) (art. 239); e, a Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Desta forma, como já mencionado o Constituinte visou garantir uma justiça fiscal no âmbito do financiamento das Políticas Sociais, que não vem ocorrendo e não são tão fáceis de se detectar.

No Brasil existe um amplo sistema de dados, no âmbito da União, para subsidiar o acesso as informações e indicadores que retratam a estruturação do Fundo Público, a composição das receitas e aplicação dessas receitas para os gastos públicos com as Políticas Sociais. Entretanto, além de serem extremamente difíceis de serem interpretados, coexistem metodologias diferenciadas no âmbito da gestão pública (governo), dos grupos de pesquisadores, das instituições que atuam nesta área, partindo da interpretação constitucional e das legislações infraconstitucional que regulamentam a composição e aplicação do Fundo Público.

No entendimento de Gentil (2007), esta interpretação diversificada decorre de uma metodologia imprópria, que ocorreu nos anos 1990, e conseguiu respaldo legal em 2000, com a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), cujo artigo 68 cria o Fundo do Regime Geral de Previdência Social. Assim,

[...] da forma como foi criado, o Fundo do Regime Geral de Previdência Social traz um duplo equívoco ou um duplo desarranjo nos preceitos constitucionais. Primeiro, porque ao criar um fundo exclusivo para a previdência, a LRF desconstitui o conceito de seguridade, tal como formulado na Constituição. Esse foi o passo necessário para o segundo equívoco: considerar os recursos da COFINS, CSLL e CPMF como externos ao orçamento da previdência e, portanto, passíveis de serem rotulados como transferências da União. Pelo artigo 195 da Constituição Federal essas receitas pertencem, expressamente, ao financiamento da seguridade social, logo, não são recursos transferidos, mas recursos próprios. Mais do que isso, abriu-se espaço para a afirmação de que tais recursos, transferidos da União, são valores destinados a cobrir um suposto déficit no orçamento da previdência com verbas subtraídas do orçamento fiscal. Essa interpretação distorce a verdadeira natureza da questão e dá margem a uma análise defeituosa que coloca a previdência social como alvo de reformas urgentes por ameaçar o equilíbrio fiscal do governo geral (GENTIL, 2007, p. 12-13).

Portanto, segundo Gentil, a legislação infraconstitucional foi desconstruindo os esquemas de gestão administrativa e financeira da seguridade social concebidos em 1988, gerando dúbios entendimentos. Entretanto, as receitas da Seguridade Social permanecem vinculadas a esse Sistema, conforme artigo 195 da Constituição; e devem ser aplicadas em saúde, assistência social e previdência, mesmo que sejam arrecadadas e destinadas pela Receita Federal. O problema é que quando elas retornam para cobrir o gasto social da Previdência Social, elas são consideradas déficit em referência a metodologia adotada pelo

governo. Por isso, toda vez que a receita do RGPS apresenta diferença na arrecadação e a Receita precisa cobrir com os recursos previstos em Lei para a Seguridade Social, esta conta é considerada déficit.

Além dessa questão existe interpretação divergente no que se refere à inclusão do Regime de Previdência Social de Servidores e Militares e suas implicações no orçamento da Previdência Social, e consequentemente da Seguridade Social.

Destaca-se ainda que, com o propósito de organizar e disciplinar as fianças públicas, foram instituídas, na Constituição de 1988, etapas do ciclo orçamentário. Esta medida tinha como objetivo garantir em leis as atividades do planejamento e orçamento, visando assegurar a execução das políticas governamentais, em âmbito nacional, em conformidade com as especificidades dos Estados e dos Municípios. Integram as fases do orçamento o Plano Plurianual - PPA; a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA (SALVADOR, 2010, p.175).

De acordo com Salvador (2012b), a análise do financiamento das políticas sociais⁶⁶ na dimensão tributária, revela que o Brasil apresenta uma tendência regressiva em relação à incidência do tributo e da participação dos contribuintes, uma vez que a carga tributária onera mais os pobres do que os ricos. Sendo assim, prevalece a incidência dos tributos sobre o consumo (de bens e serviços) realizada de forma indireta, e não sobre a renda e a propriedade das classes abastadas. Logo, essa tributação que passa a ser embutida no preço das mercadorias, não só é regressiva, como é injusta por onerar igualmente ricos e pobres e tirar de quem não tem para dar a quem tem (SALVADOR, 2010; OLIVEIRA, 2006; FAGNANI, 2018).

Desde 1990 o Brasil está submetido a uma forte carga tributária, similarmente à dos países que aderiram ao Consenso de Washington, o qual tinha como princípio retirar o Estado da Economia. Este princípio foi, de certa forma, cumprido no Brasil, por meio do qual, além de o Estado não inserir os pobres na economia, funcionou como instrumento de valorização do capital financeiro, garantindo a esta destinação de parcela substancial da riqueza produzida (SALVADOR, 2010)

⁶⁶ “Uma análise ampliada na perspectiva da totalidade da compreensão do financiamento das políticas sociais (SALVADOR, 2012b) pode englobar três dimensões: a) a tributária, que permite verificar o caráter progressivo ou regressivo das fontes de financiamento da política social, ponto fundamental para averiguar se os tributos (impostos, taxas e contribuições) indicam de fato uma redistribuição de renda e uma maior justiça fiscal; b) a financeira, cuja análise da gestão financeira dos recursos permite o estudo das decisões no campo político-administrativo da política, da descentralização e das relações federativas no financiamento dos gastos sociais, assim como o controle democrático do orçamento; e c) a do financiamento indireto da política social, que por meio da análise das renúncias tributárias, pode identificar a transferência indireta e extra-orçamentária de recursos para o setor privado da economia” (TEIXEIRA; SALVADOR, 2014, p. 22).

Salvador (2010) explica que, a partir de 1995, o Brasil sofreu grandes modificações na legislação tributária, que pode ser considerada como uma contrarreforma tributária, uma vez que garantiu privilégios à renda do capital, onerando os trabalhadores e os consumidores. As legislações mais afetadas por essas mudanças foram aqueles referentes à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição para o Programa de Integração Nacional (PIS). Com efeito,

[...] as fontes tributárias que financiam as políticas sociais que integram a seguridade social brasileira (previdência, assistência social e saúde) são em grande parte regressivas. Os tributos indiretos, foram responsáveis em média, por mais de 60% do financiamento das políticas da seguridade social e as contribuições sociais incidentes diretamente sobre a renda dos trabalhadores responderam por 14,54% do montante do financiamento tributário da seguridade social no período de 2001 a 2011; no mesmo período, a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), a única fonte incidente sobre a renda do capital (lucro) que financia a seguridade social, teve uma participação média de apenas 7,97% (SALVADOR; TEIXEIRA, 2011, p. 22).

Em outro estudo Fagnani (2018) indica que:

[...] o caráter regressivo da tributação brasileira também é demonstrado pela reduzida participação relativa do imposto sobre a renda na arrecadação total (18,3), em relação à média dos países da OCDE (34,1%); e pela menor participação relativa da tributação do patrimônio: 5,5% (média da OCDE) e 4,4% no Brasil. A participação dos impostos que incidem sobre o consumo também é bem maior no Brasil (49,7%) do que na OCDE (32,4%, em média). No que diz respeito ao Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), além da baixa ou nula tributação das rendas do capital, a alíquota máxima praticada (27,5%) no Brasil é bem inferior da média da OCDE (43,5%) e sua arrecadação total é de 3,5 vezes menor (2,4% do PIB no Brasil) e 8,5% na OCDE (OLIVEIRA, 2018, p. 18).

Frente a estes dados pode-se afirmar que a Constituição de 1988 sinalizava para uma tributação progressiva no contexto de um Estado de Social que favoreceria a distribuição de renda e a redução da desigualdade social, mediante receitas e gastos sociais referenciados no princípio da equidade. Todavia isso não vem ocorrendo no processo de regulamentação, implementação e financiamento das Políticas Sociais, que integram a Seguridade Social, devido: a violações constitucionais, ao excesso de medidas infraconstitucionais seguido de medidas macroeconômicas adotadas, em estreita consonância, com as determinações do Consenso de Washington e ao compromisso institucionalizado, assumido pelos poderes

públicos, com o capital financeiro, portador de juros, acarretando o (des) financiamento da Seguridade Social.

Fagnani (2018) salienta que a tributação progressiva praticada por vários países, para financiar o Estado de Bem-estar Social, está referendada no modelo clássico tripartite baseado na contribuição dos empregadores, dos empregados e do governo por meio de tributos gerais pagos pela sociedade. Para confirmar essa tendência, cita que, em 2012, em 15 países da OCDE, a participação média da “contribuição do governo” no financiamento da proteção social foi de (45%) do total, seguida pela contribuição dos empregadores (34,6%) e dos trabalhadores (18%).

No Brasil essa fórmula está prevista no artigo 195 da Constituição Federal de 1988. No entanto, assinala Fagnani, em 2015, no total das Receitas do Orçamento da Seguridade Social (694 bilhões), a participação relativa da “contribuição do governo” foi de 49% e dos empregados e empregadores foi de 51% constituindo a seguinte questão paradoxal da democracia brasileira: a de que “o Orçamento da Seguridade Social nunca foi respeitado pelo poder executivo”; e, “ao arrepio da Constituição da República”, sempre que a “contribuição do governo” se faz necessária, ela é classificada como déficit” (FAGNANI, 2018, p. 20).

Nos casos de tributação regressiva, complementa Castro (2018), os gastos sociais perdem o seu efeito uma vez que essa forma de tributação anula ou reduz os efeitos redistributivos. Este autor afirma que, no Brasil, metade dos gastos sociais é pago pelos seus próprios beneficiados; pois (56%) do valor dos gastos sociais voltam para o tesouro na forma de tributos e contribuições sociais.

Para ilustrar a dimensão financeira das Políticas que integram o Sistema de Seguridade Social brasileiro, destaca-se, em largos traços, questões afetas ao planejamento, composição das receitas e gastos sociais relacionados ao envelhecimento ativo e ao seu *status* no âmbito do orçamento da Seguridade.

Para tanto, faz-se, inicialmente, observações gerais sobre ao Plano Plurianual de União (PPA) para o período de 2016-2019.

O PPA 2016-2019, da União, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 165 da Constituição Federal, foi instituído pela Lei nº13.249, de 13 de janeiro de 2016, e se constitui em instrumento estratégico de planejamento governamental que define: diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada, com o propósito de viabilizar a implementação e a gestão das políticas públicas. No seu artigo 3º destaca, como prioridades

da administração pública federal para o período de 2016 a 2019: as metas previstas no Plano Nacional de Educação; o Programa de Aceleração do Crescimento-PAC, identificado nas leis orçamentárias anuais por meio de atributo específico; o Plano Brasil sem Miséria – PBSM; a inclusão social; a melhoria contínua da qualidade dos serviços públicos; a garantia dos direitos humanos com redução das desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais, geracionais e de gênero; o estímulo e a valorização da educação, ciência, tecnologia e inovação e competitividade; a participação social como direito do cidadão; a valorização e o respeito à diversidade cultural; o aperfeiçoamento da gestão pública com foco no cidadão, na eficiência do gasto público, na transparência, e no enfrentamento à corrupção; e a garantia do equilíbrio das contas públicas (BRASIL, 2016).

O seu conteúdo contempla as políticas públicas e orienta a atuação governamental por meio de Programas Temáticos e de Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado, assim definidos: i) Programa Temático: organizado por recortes selecionados de políticas públicas, expressa e orienta a ação governamental para a entrega de bens e serviços à sociedade; e ii) Programa de Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado: expressa e orienta as ações destinadas ao apoio, à gestão e à manutenção da atuação governamental.

Para a sua elaboração, o governo ouviu os Conselhos de Defesa de Direitos, por intermédio do Fórum Interconselhos - Dialoga Brasil, realizado na Presidência da República, sob a Coordenação do Ministério do Planejamento, que contou com a participação de representantes da sociedade civil, em reunião de trabalho durante dois dias. Esta estratégia buscou construir agendas transversais e constituiu-se em uma via de gestão participativa, na qual os representantes discutiram em oficinas temáticas e expuseram as suas prioridades. Alguns pesquisadores avaliaram esta estratégia como relevante, a despeito de argumentarem, a exemplo do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc), que, na conclusão do PPA, não constarem a maioria das deliberações das Conferências Nacionais.

Sobre o esforço governamental para ouvir as demandas e necessidades da população, destaca-se, no que se refere à pessoa idosa, a sua inclusão em temas transversais, a partir dos resultados elaborados pelo Ministério do Planejamento, oriundos de ações institucionais que incluíram o Fórum Inter Conselhos. Todavia, esta parcela da população não aparece como prioridade, ou seja, não é alvo de nenhum programa ou iniciativa de maior relevância, com metas, alcance social e estimativa de orçamento e financiamento de impacto definidos, para viabilizar o processo de Envelhecimento Ativo no Brasil. Estima-se, apenas, que a pessoa idosa poderá ser atendida em 15 programas eleitos; com 28 objetivos, 24 metas e 43 iniciativas.

Os/as idosos/as brasileiros/as ganham maior destaque nas ações da Previdência e da Saúde, isto é: nos programas e objetivos que contemplam o fortalecimento do SUS, como o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde; e na política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Nesta área, a pessoa idosa poderá ainda ser contemplada no Programa Estratégia Saúde da Família e na atenção domiciliar; no acesso ao acompanhamento de saúde via monitoramento de consultas e acesso a cadernetas de saúde (liberação de 6 milhões de cadernetas de saúde); na ampliação de liberação de remédios por ampliação das farmácias populares; na previsão de liberação de recursos para 3.500 pontos de academias de saúde e no programa nacional de imunização. Foi previsto, ainda, a prevenção e riscos à saúde da população, por meio de ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas doenças não transmissíveis, acidentes e violências e na promoção do envelhecimento saudável, além da formulação da componente saúde para a construção de uma política intersetorial de cuidados à pessoa idosa.

No âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), tem-se, como destaque, a qualificação da gestão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), por intermédio da inclusão dos beneficiários nos serviços sócioassistenciais, previstos na proteção básica e especial, e a ampliação da cobertura desses serviços para os municípios ainda não cobertos, além da integração desses beneficiários nas políticas setoriais.

No âmbito da Previdência Social, não há destaque específico no referido PPA. Somente a melhoria dos serviços previdenciários está em pauta, visando aprimorar os trabalhos do INSS e a redução do tempo médio para decisão de requerimento inicial de benefícios para 45 dias, além da continuidade da cobertura previdenciária dos regimes previstos em leis.

Na Promoção e Defesa dos Direitos Humanos há a sinalização para: a integração das políticas setoriais, sem quantificar ações e metas de ação integrada; o fortalecimento dos Conselhos nas três esferas de governo; a instituição dos Fundos Municipais e Estaduais e o incentivo à adesão dos Estados e Municípios com 400 mil habitantes ou mais ao Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, sem previsão de recursos para esta iniciativa. Trata-se, portanto, este compromisso de uma espécie de acordo de cavalheiros, que não tem metas e recursos especificados; realização de estudos e pesquisas e a ampliação e fortalecimento do Disque Direitos Humanos. Outras ações no campo dos direitos humanos

que, indiretamente, contemplam idoso/as, são as situadas no âmbito do turismo, da educação de adultos e da Secretaria da Mulher onde mulheres idosas têm guarida.

No PPA 2016-2019, da União, os números estimados para a Seguridade Social estão alocados na rubrica dos recursos orçamentários da área social, com destaque para: Previdência Social; Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS); Petróleo e Gás; Promoção do Trabalho Decente e Economia Solidária; Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); Educação de Qualidade para Todos e Inclusão Social, por meio do programa Bolsa Família, do Cadastro Único e da Articulação de Políticas Sociais. Chama atenção a previsão, ou a estimativa, do gasto tributário no âmbito do PPA, uma vez que a Receita Federal do Brasil considera o gasto tributário como desoneração tributária (SIOP, MPOG, 2016).

Dada à dificuldade da tarefa de se analisar, com mais profundidade, a execução orçamentária e financeira no limite de tempo regulamentar desta pesquisa acadêmica, optou-se em especificar as tendências que orientam as políticas integrantes da Seguridade Social, com o objetivo de dar visibilidade, em termos percentuais, aos recursos que dão suporte aos direitos das pessoas idosas, demarcando: as ações prioritárias e o lócus dos gastos sociais efetuados, relacionados ao percentual do Produto Interno Bruto (PIB) e do pagamento dos juros da dívida pública. Além disso, far-se-á menção aos recursos retirados da Seguridade Social por meio das Desvinculações das Receitas da União (DRU) e de despesas estranhas ao conceito de Seguridade Social, alocadas nas despesas desta rubrica, e de outras despesas interpretadas como tal por diferentes metodologias extraoficiais.

No período de 2005 a 2017 foram retirados das receitas da Seguridade Social, desconsiderando-se a metodologia oficial, valores correntes referentes à DRU, e despesas dos Regimes de Previdência de servidores e militares, e outras, no montante estimado de R\$ 159 bilhões (ANÁLISE da SEGURIDADE SOCIAL, em 2017; ANFIP, 2018, p. 96-98)⁶⁷ (Tabela 8, Anexo 1).

A Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil-ANFIP, de acordo com metodologia de análise subsidiada por especialistas, e com prioridade para os marcos constitucionais, considera que no período de 2005 a 2017 o “governo valeu-se da subtração desse conjunto de receitas, que equivale a R\$ 159

⁶⁷ A ANFIP tem uma metodologia diferenciada, que não considera nem as despesas, nem as receitas dos regimes previdenciários de servidores e de militares: Sobre os regimes previdenciários dos militares ver Lei nº 6.880 de 1980, Estatuto dos Militares-(EM); Art.42§8 (CF; 1988); Art.40,§20(CF, 1988) art.142 (CF, 1988).

bilhões, para apresentar as contas de uma Seguridade Social deficitária” (ANFIP, 2017, p. 96). Sobre isto, confira-se:

O governo federal inclui no OSS [Orçamento da Seguridade Social] tanto na Lei Orçamentária Anual (LOA), como nos resultados divulgados pela STN, todas as despesas previdenciárias tanto do RGPS, como as do Regime Próprio de Previdência (RPP) do setor público, além de despesas com benefícios dos servidores públicos federais e os gastos com saúde dos militares. Esses gastos (acertadamente) não são considerados nos resultados apurados pela ANFIP. A instituição também inclui no montante das receitas os valores desviados pela DRU, o que resultaria em um OSS superavitário bem diferente das contas oficiais. Assim, o chamado OSS, na contabilidade oficial, está inflado por despesas que deveriam ser do orçamento fiscal e está subestimado nas receitas, pois não considera os valores desviados pela DRU e pelas renúncias tributárias (SALVADOR, 2017, p. 432).

Registra-se conforme Tabela 8 (Anexo 1) desta pesquisa que a mesma retrata o resultado apresentado para a Seguridade Social, após redução das receitas e acréscimos de programações estranhas ao conceito constitucional de seguridade incluídas pelo governo no orçamento da seguridade social (valores correntes R\$, em bilhões), para o período de 2005 a 2017, conforme dados do Sistema Siga Brasil; e extraída do Relatório de Análise da Seguridade Social em 2017, elaborado pela ANFIP.

Em estudos realizados por Salvador (2017), mediante metodologia própria, apontam que o (des) financiamento do OSS com a retirada de recursos por meio da DRU e das renúncias tributárias, no período de 2010 a 2016 alcançou o montante de R\$ 269,50 bilhões em 2016 (SALVADOR, 2017, p. 432).

O autor alerta que, no período de 2008 a 2016, ocorreu execução não apenas de funções típicas vinculadas à Seguridade Social (Assistência Social, Previdência, Saúde e Trabalho (Seguro desemprego), mas em todos os anos foram pagos com recursos exclusivos da Seguridade Social outras despesas estranhas a esse orçamento (SALVADOR, 2017, p. 436), o que continuou ocorrendo no período de 2016 a 2018.

Cabe dar destaque ao fato de que, em vários estudos realizados por especialistas da área, pela ANFIP e pela própria CPI da Previdência, fica claro que o Orçamento da Seguridade Social não seria deficitário e poderia se ampliar as Políticas Sociais, desde que fossem respeitados a integralização dos recursos da DRU e das renúncias tributárias e

respeitados os preceitos constitucionais, além de ser considerada a sonegação fiscal e a possibilidade de se adotar mecanismos mais ágeis para cobranças das dívidas com a previdência social.

Na análise da execução orçamentária das Políticas que integram a Seguridade Social (Saúde, Previdência, Assistência Social e Trabalho/seguro-desemprego), para o período de 2016 a dezembro de 2018, com estimativa para 2019 conforme dados fornecidos pela STN, fonte do Sistema SIAFI - confirma-se parte das ações previstas no PPA para o período 2016-2019. Entretanto, chamam a atenção os recursos em restos a pagar - que são vultuosos, principalmente na saúde - além de questões relativas à prioridade de se pagar as emendas parlamentares em detrimento das ações que integram o SUS; da redução de receitas e acréscimo de programações estranhas ao conceito constitucional de seguridade social, que foram incluídas pelo governo para os anos de 2016 e 2017; e da observância de déficit em 2016 e 2017 face às medidas macroeconômicas adotadas no Brasil, que geraram o baixo crescimento, o aumento do desemprego, a recessão e a queda na arrecadação.

Com base nos dados fornecidos pela STN⁶⁸, a partir das demandas deste estudo, foi possível verificar a execução orçamentária da Seguridade Social (Saúde, Previdência, Assistência Social e Trabalho/seguro-desemprego) para os anos 2016 a 2018 (realizado até 10 de dezembro) além da estimativa para o ano de 2019. Além dessas variáveis, incluiu-se as despesas com Juros e Encargos da Dívida Pública no intuito de evidenciar a magnitude desta com as cifras da Seguridade Social. Os valores obtidos mostram a evolução dos gastos em termos nominais (R\$) além de estimar suas respectivas proporções (peso relativo) em função do total das despesas do Orçamento da União⁶⁹ e do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Os números encontram-se na tabela nº 08, presente no anexo desse estudo.

Por meio da referida tabela, tornou-se possível a estimativa da média (2016 a 2019) da proporção dos gastos com cada rubrica, conforme demonstrado abaixo. Ao se

⁶⁸Dados fornecidos pela Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda (STN-MF), a partir do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI); Painel de Orçamento Federal e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

⁶⁹: Existe distintas categorias ao analisar o histórico das despesas do Orçamento da União. Apenas para citar algumas, a despesa total considerada pode ser a **Empenhada** (autorização orçamentária para realizar a despesa); a **Liquidada** (produto oriundo da despesa foi entregue, mas ainda não paga pelo setor público); **total Pago** – ou seja, dinheiro saiu do caixa (sem considerar as despesas efetivas de restos a pagar de exercícios anteriores) e **Efetivamente Paga** (com restos a pagar). No presente estudo, no intuito de melhor captar o montante total de despesa da União nos respectivos seguimentos, optou-se pela despesa efetivamente paga (com restos a pagar incluídos).

calcular a média para o período citado, pode-se fazer uma comparação mais correta ao corrigir eventuais oscilações ano a ano e, portanto, melhor contrapor as cifras encontradas para cada variável.

Tabela 7 - Despesas com Seguridade Social e Juros e Encargos da Dívida Pública – Média da Proporção do Orçamento e do PIB para o período de 2016 a 2019.

Políticas de Seguridade Social e Juros e Encargos da Dívida	2016 a 2019	
	% Orçamento	% PIB
Assistência Social (total pago)	3,08%	1,28%
Saúde	4,02%	1,67%
Seguro-Desemprego	1,37%	0,57%
Assistência Social + Saúde + Seguro-desemprego	8,47%	3,52%
Previdência	23,67%	9,87%
Seguridade Social [Assistência Social + Saúde + Seguro-Desemprego + Previdência]	32,14%	13,39%
Juros e Encargos da Dívida	9,38%	3,94%

Fonte: Elaboração própria. Com base nos dados brutos do SIAFI-POF-IBGE.

Nota 1: Dados de referência Tabela em Anexo

Em primeiro lugar, ao analisar os números tendo como base o Orçamento, temos que para o período de 2016 a 2019, a média dos recursos efetivamente gastos para Previdência Social foram de 23,67%; 4,02% para a Saúde, 3,08% para a Assistência Social; 1,37 % para o Trabalho /seguro desemprego; e 9,38% para juros e encargos da dívida.

A média para Seguridade Social como um todo, em relação ao Orçamento efetivado para o período de 2016 a 2018, e estimado, para 2019, está em 32.14%. Se tirarmos da despesa o valor da Previdência, e somarmos as demais despesas (Assistência Social, Saúde e Seguro-Desemprego) temos que em média 8,47% do orçamento foi dedicado a essas rubricas; enquanto que apenas os Juros e Encargos da Dívida Pública representaram 9,38%. De certa forma, essa análise demonstra, portanto, os enormes recursos que são destinados a juros da dívida que já somam mais do que as despesas da Assistência Social, Saúde e Seguro-Desemprego juntas.

Outra maneira de se analisar os números é por meio do PIB. Percebe-se, pela Tabela 7, temos a relação de 1.28% para a Assistência Social, 1.67% para a Saúde, 0.57% para o Trabalho/seguro desemprego, 9,87% para a Previdência Social. Ao todo, a

Seguridade Social representa 13,39%, enquanto os juros e encargos da dívida representam 3,94% (STN, ME, 2019).

Verifica-se, nessa distribuição, que os juros e encargos da dívida 9,38% são superiores a soma das despesas com as políticas de saúde, assistência social e de trabalho/seguro desemprego 8,47% em relação ao orçamento efetivamente gasto; e o mesmo ocorre em relação ao PIB, pois se verifica a relação de gastos destas políticas 3,52% e com os juros e encargos da dívida 3,94%.

Com esses achados, aliados as desvinculações das Receitas da União e das Renúncias Tributárias anteriormente mencionadas, fica confirmada a tendência, prevista neste estudo do (des) financiamento da Seguridade Social, em detrimento da prioridade da garantia dos direitos sociais, especialmente na velhice, e ainda da maioria dos ciclos de vida da população brasileira, corroborando o entendimento, também previsto no presente estudo, da impossibilidade de se instituir uma política de envelhecimento ativo, para todas as classes sociais, no Brasil. E ainda, se desmistifica que o processo de envelhecimento não cabe no orçamento.

Outros sim, confirma-se à luz dos dados apresentados, uma brasileira transmutação perversa do Fundo Público, quer na composição das receitas, quer na execução do orçamento (fragmentado da Seguridade Social), em relação aos preceitos constitucionais; pois é evidente constante violação desses preceitos, confirmado na desvinculação das receitas; nas renúncias tributárias e na alocação das despesas com ações estranhas à Seguridade Social, com o fito de favorecer o capital portador de juros à custa da demolição dos direitos conquistados pelos movimentos sociais e democráticos.

Na execução orçamentária, os gastos sociais e /ou as despesas realizadas, indicam, segundo os dados obtidos nas fontes compulsados por esta pesquisadora, a tendência de constante retirada de recursos e de (des) financiamento da Seguridade Social, além de prevalecer a perspectiva, prioritária para a população idosa de maiores recursos em benefícios de aposentadorias (caráter contributivo) e benefícios de assistência social- BPC em detrimento e concomitante a uma Rede Nacional de Proteção e Defesa de Direitos com serviços de ação continuada estruturados .

Verifica-se que, para o período de 2016 - 2019 os recursos alocados para a implementação da Assistência Social, no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), representa um valor bem inferior, uma vez que a maioria dos recursos desta política, não são geridos pelo Fundo, mas por outras Secretarias para as quais os recursos da Assistência são

direcionados. No percentual alocado no FNAS, a média de 95% são destinados para os benefícios de prestação continuada (BPC) e 4% para as despesas discricionárias, as quais incluem as ações referentes à Proteção Básica e Especial (MDS, 2019).

A Secretaria Nacional de Assistência Social- SNAS, anteriormente vinculada ao MDS, hoje ao Ministério da Cidadania, realiza um grande esforço para implementação do SUAS, e garantir recursos para assegurar os serviços de ação continuada, para o fortalecimento da Rede Nacional de Proteção de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas.

Em 2017 ocorreu o lançamento e implementação da Estratégia⁷⁰ Brasil Amigo da Pessoa Idosa, que conta em 2018, com adesão de 370 Municípios, mas não dispõe de recursos para seu financiamento e tem foco em pessoas idosas de 60 a 64 anos que foram identificadas em famílias beneficiárias do bolsa família e estão inseridas no Cadastro Único, mas com a possibilidade de se estender para as demais faixas etárias de pessoas idosas.

Na Saúde, apesar dos avanços conceituais e do marco regulatório para a Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Brasil, a alocação de recursos permanece ínfima face às necessidades da população, em especial das pessoas idosas. A prioridade na alocação de recursos disponibilizados recai na assistência hospitalar e ambulatorial, seguida da atenção básica, suporte profilático e terapêutico, vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição. Verifica-se que grandes avanços foram alcançados na atenção básica, com a implementação do Programa Estratégia Saúde da Família; com a distribuição das carteiras de saúde da pessoa idosa e a sinalização para a necessidade de cuidar da saúde integral e estruturar uma política de cuidados. Entretanto não há dotação orçamentária clara e específica (de grande vulto) para os serviços de cuidados das pessoas idosas em estado de dependência, que exigem assistência domiciliar, e nem para a atenção básica da população idosa, já que 75% desta população depende do SUS. Além disso, o Programa Estratégia Saúde da Família está majoritariamente centrado no Agente Comunitário de Saúde, que se defronta com uma Rede de Atenção Integrada frágil e subfinanciada, para onde deve encaminhar as pessoas idosas e com dificuldades no próprio SUS para realização de exames de média e alta complexidades.

Nestas políticas setoriais não se evidenciou, em nenhum instrumento que contemple documentos de gestão orçamentária e financeira, recursos alocados para o processo de envelhecimento ativo como prioridade; e nem tampouco foi constatada alguma abordagem

⁷⁰ Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, foi instituído pelo Decreto nº 9328 de 03 de 04 de 2018. Está alocada no Departamento de Atenção ao Idoso, da Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano do Ministério do Desenvolvimento Social- MDS até 2018. A partir de 2019 deverá ser alocada no Ministério da Cidadania.

que enfrentasse o desafio do bônus demográfico, que teve início em 2017 e abre uma janela de oportunidades até 2040, para investimento nesse processo. Pelo contrário, os desafios do processo de envelhecimento, nas justificativas das peças orçamentárias, são utilizados como indicadores e instrumentos contábeis e financeiros para subsidiar a realização das contrarreformas da Previdência.

Retirando o destaque da Previdência Social para as pessoas acima de sessenta anos e mais e, na Assistência Social, dos Benefícios de Prestação Continuada, nessas políticas o envelhecimento está inserido no conjunto dos serviços a serem ofertados nas proteções básica e especial, com dificuldades de mensuração e com baixa alocação de recursos; sua maior cobertura reside em Centros de Convivência e Instituições de Longa Permanência, ficando os serviços de atenção às pessoas idosas em estado de dependência com baixa cobertura. Por isso, estes serviços ficam, geralmente, a cargo de entidades não governamentais e/ou das famílias e, como já mencionado, das mulheres como tendência histórica (evada de precariedades) no Brasil.

Há que se destacar, porém, os relevantes serviços prestados às pessoas idosas pelas Organizações Não Governamentais, quer nas áreas de prestação de serviços (cerca de 6.000), quer nas esferas científicas e acadêmicas, de estudos, pesquisa, produção de artigos científicos, capacitação de recursos humanos. Destacam-se, neste particular, as instituições que integram o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas (CNDI); as Universidades que atuam na área do envelhecimento e as Instituições de âmbito internacional que têm subsidiado o Brasil na área de intercâmbio para capacitação técnica, a exemplo da Organização Ibero-americana de Seguridade Social (OISS), dos Centros de Estudos para a América Latina e Caribe- (CELADE), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), dentre outras.

Sob o signo do governo instituído pelo golpe parlamentar, jurídico e midiático, em 2016, do Brasil é determinado o acirramento de um pacote de contrarreformas. Dentre estas, ressalta-se um Novo Regime Fiscal, com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n. 241, de junho de 2016, transformada na EC n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Esta proposta atinge a todos os poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social. Sua vigência terá duração de 20 anos, contados a partir de 2017, e nela está fixado, para cada ano, um limite individualizado

para a despesa primária⁷¹ total dos executivo, legislativo e judiciário, ainda que esses Poderes tenham garantia constitucional de autonomia administrativa e financeira. Esta medida congela as despesas primárias e deixa livre os investimentos financeiros, sinalizando, dessa forma, para a restrição das políticas sociais.

Ressalta-se também, a instituição da Lei n. 13.457/2017, por meio da qual foi determinada a avaliação dos benefícios de auxílio doença e benefícios por invalidez, com o objetivo de implementar medidas satisfatórias de boa governança (leia-se, maior controle autoritário), além da MP n. 767, de 2017, que criou um bônus para peritos médicos do INSS que realizarem a devida avaliação, alijando a intervenção dos profissionais de área de Serviço Social neste trabalho.

A PEC n. 287, de 09 de maio de 2017, que trata da reforma da Previdência Social, em andamento na Câmara dos Deputados, foi outra medida contrarreformista, do golpe de Estado, que altera os arts. 37, 40, 42, 149, 167, 195, 201 e 203 da CF de 1988, para rever o disposto sobre a Seguridade Social e estabelecer regras de transição. E a mesma PEC propõe alterar ainda o art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Estas intervenções têm como propósito dismantelar os avanços sociais previstos na Constituição Cidadã, que serviam de amortecedores contra as ameaças à qualidade de vida e de cidadania da população causadas pelas mudanças no mundo do trabalho, pelo acelerado processo de envelhecimento, dentre outras adversidades e contingências. Dessa feita, a sustentabilidade da Previdência Social se viu afetada com a redefinição de 40 anos de contribuição; com a não consideração das diferenças de gênero; e com a reestipulação de uma idade mínima de aposentadoria (65 anos), que penaliza todos os trabalhadores – principalmente, os mais pobres, com maior carga para os trabalhadores rurais – e não considera as questões afetas ao mercado de trabalho e a precarização do trabalho formal e informal em curso no Brasil.

A perspectiva dessa reestruturação previdenciária é de transformar parte do benefício rural em assistencial, induzir e favorecer a adoção da previdência privada, estimulando um grande nicho de mercado e desresponsabilizando o Estado da provisão de uma política pública de Previdência Social de caráter contributivo e redistributivo.

Em Nota Técnica de 24 de abril, de 2017, sobre a reforma da Previdência, no Brasil, o Banco Mundial aponta que as mudanças sugeridas pelo governo federal são “necessárias e urgentes” para conter a dívida da Seguridade Social (ONU, 2017). Segundo aquela instituição,

⁷¹ Despesa primária também conhecida como despesa não- financeira, corresponde ao conjunto de gastos que possibilita a oferta de serviços públicos à sociedade, deduzidas às despesas financeiras. São exemplos os gastos com pessoal, custeio e investimento. Pode ser de natureza obrigatória ou discricionária.

atualmente os sistemas de pensões - para funcionários do Estado e do setor privado - respondem por cerca de um terço do gasto público. Sem alterações, o déficit do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), destinado ao segundo grupo, chegará a 16% do Produto Interno Bruto (PIB) até 2066 (ONU, 2017).

A reforma trabalhista – Projeto de Lei da Câmara (PLC) n. 38/2017 – aprovada pela Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017 (que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943), em cem artigos, foi apresentada como Lei de modernização trabalhista, que visa ampliar o acesso dos trabalhadores ao mercado de trabalho com base em três pressupostos, a saber: 1) flexibilização das normas para aumento da formalização e alargamento da base previdenciária; 2) prevalência da negociação coletiva sobre o direito legislado; e 3) diminuição da insegurança jurídica nas relações de trabalho. De acordo com o Poder Executivo e as lideranças parlamentares que patrocinam a contrarreforma em questão, as alterações na CLT não eliminariam ou prejudicariam direitos dos trabalhadores, pois o seu escopo seria o de modernizar a relação capital-trabalho. Entretanto, na perspectiva dos trabalhadores, haverá, com esta Lei, o maior retrocesso no mundo do trabalho, provocando a fuga da carteira assinada (diminuindo a base das contribuições sociais), o enfraquecimento da negociação coletiva e o poder de negociação dos sindicatos, além de aumentar, consideravelmente, a insegurança jurídica nas relações laborais e a perda de direitos trabalhistas, configurando claro retrocesso social.

Corroborando esta percepção, vale lembrar que, há um ano e meio da vigência perversa dessa ofensiva demolidora das conquistas sociais alcançadas mediante o processo de redemocratização do país, iniciado em 1985, o Brasil conforme IBGE, voltou ao Mapa da Fome, ostentando o maior índice de desemprego de sua história e, logicamente, de desigualdade social.

Por seu turno, a política de Assistência Social – deveria assegurar uma Rede de Serviços, Programas, Projetos e Benefícios Assistenciais, por meio do SUAS – privilegiou como determinante político a oferta de Programas de Transferência de Renda: Bolsa Família, com condicionalidades e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este privilegiamento atrofiou as potencialidades desta política de colocar em prática sua impar vocação intersetorial, assim como outras ações, de natureza pública, e, portanto, não focalizadas na pobreza extrema, além da possibilidade de contribuir para a concretização de direitos sociais declarados em diversas Leis. Priorizados, os Programas de Transferência de Renda citados beneficiaram, respectivamente, no exercício 2018, 13.569.5769 famílias com aporte de R\$28.506.185.141; e 2.019.290 pessoas idosas, com aporte de R\$ 23.956.195.278,00 e

2.524.958 pessoas com deficiência, com aporte de R\$ 31.245.955.744,00. Contudo, estes Programas e seus benefícios vêm passando por um processo de avaliação que impõe critérios de cortes e suspensão. Em 2017 houve um corte no PBF, que redundou na diminuição do montante de beneficiários para 12,7 milhões de famílias.

Sobre esta tendência, destaca-se que o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), por meio da Resolução 12/2017, solicitou, para 2018, a inclusão na Lei Orçamentária Anual (LOA), de 2018, do valor de R\$ 2.7 bilhões para ampliar Serviços e Programas assistenciais; mas o fato de ter sido disponibilizado para esta Política apenas R\$78 milhões, o ensejou à Secretária Nacional de Assistência Social solicitar à Comissão intergestora tripartite providências de arrecadação de recursos para área.

Diante das previsões supramencionadas e com o desmonte da Seguridade Social, associado às medidas macroeconômicas que dilapidam a perspectiva mínima de emancipação política do trabalhador, indaga-se: como pensar em responder às questões do processo de envelhecimento quando grande parte da População Econômica em Idade Ativa (PIA) está fora do mercado de trabalho e parte da População Economicamente Ativa (PEA) se encontra em trabalhos precarizados e informais? Isso sem falar que grande parte da população idosa sobrevive com o mínimo, enquanto uma minoria privilegiada possui elevadas aposentadorias, excelentes convênios de saúde e possibilidade de acesso a um padrão elevado de qualidade de vida digna.

Em contraposição a essa onda destrutiva das relativas conquistas da classe trabalhadora, incluindo as pessoas idosas, estão movimentos sociais; a Frente Parlamentar em Defesa da Previdência Social (com a participação de mais de 75 organismos de representação de classes e universidades) e a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)⁷² da Previdência Social no Congresso Nacional (instalada, por solicitação da Confederação Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Pessoas Idosas (COBAPI), que problematizam o discurso do déficit da Previdência Social, da aplicação do Fundo Público e da dívida pública. Tais movimentos têm organizado manifestações, assembleias e seminários em todos os estados do Brasil.

O compromisso e a responsabilidade dessa Comissão, segundo seus partícipes, é evitar que trabalhadores, aposentados e pensionistas do Brasil sejam prejudicados pela adoção de

⁷² Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal destinada a investigar a contabilidade da previdência social, esclarecendo, com precisão, as receitas e despesas do sistema, bem como todos os desvios de recursos. Ela foi instituída pelo Requerimento n. 161, de 2017, aprovado pelo Plenário do Senado Federal e instalada em 26 de abril de 2017.

medidas restritivas de direitos, derivada da aprovação da PEC n. 287/2016, que trata da Reforma da Previdência Social.

Em novembro de 2017, esta CPI apresentou um Relatório⁷³, com análises de gestores, especialistas, professores universitários e sindicalistas das mais diversas correntes, que questionaram a metodologia e os dados referentes ao “déficit da previdência social” e da “seguridade social” no Brasil, apresentados pelos órgãos oficiais do governo. E, ao mesmo tempo apontaram medidas de gestão e Projetos de Lei que poderiam corrigir questões relacionadas a fraudes, sonegação, renúncia fiscal e dívidas com a Previdência, que interferem nas Receitas e na Gestão das políticas e do Sistema de Seguridade Social e inviabilizam o acesso aos direitos da classe trabalhadora.

Em vista disso, alguns mecanismos, fruto da mobilização e pressão da classe trabalhadora, estão sendo colocados na agenda pública para barrar as ofensivas do capital, que retiram direitos e ameaçam a emancipação política de toda a classe trabalhadora, sobretudo dos/as idosos/as.

Um produto da atuação da CPI da Previdência Social foi o movimento pela Reforma Tributária Necessária, coordenado, inicialmente, pela Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital (FENAFISCO) com a participação e cooperação técnica da Plataforma de Política Social (UNICAMP) e pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP). Desse movimento resultou um Documento - síntese, intitulado “A Reforma Tributária Necessária: Justiça Fiscal é possível: subsídios para o debate democrático sobre o novo desenho da tributação brasileira”, que contém: o diagnóstico aprimorado do Sistema Tributário Brasileiro e as suas relações com a formação do Fundo Público; proposta de um novo Sistema Tributário, sem sacrificar o Estado Social; denúncia do caráter regressivo da distribuição de renda no Brasil, ao tempo que propõe uma reforma tributária tendente ao cumprimento da justiça fiscal expressa na Constituição de 1988, com vista a reduzir a desigualdade de renda e ampliar a eficiência econômica (ANFIP, FENAFISCO, PLATAFORMA POLITICA SOCIAL, 2018).

Acrescente-se que este movimento tem realizado audiências públicas no âmbito do Poder Legislativo, em especial na Comissão de Seguridade Social e Família, em parceria com os outros movimentos sociais, sindicatos e especialistas das áreas de finanças públicas e políticas sociais, além de Seminários em todos os Estados da Federação, com o objetivo de obter adesão e contradizer a Reforma Tributária em curso no Congresso Nacional, a qual não

⁷³ Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social.

contribui para minimizar ou diminuir a desigualdade social no Brasil. Registre-se, ademais, que este movimento fez articulações com a equipe de transição do governo federal, que assumiu o poder em 01 de janeiro de 2019, para colocá-la a par do estudo e de suas propostas.

A Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Esse instrumento de gestão sinaliza para a ocorrência de uma nova reforma de Estado e de Seguridade Social, gestada na gestão anterior, considerando que, na atual estrutura de governo tem-se 22 Ministérios, com extinção de seis (6), sendo que as competências dos extintos foram transferidas para outras Pastas.

Nesse remanejamento, chama a atenção a extinção do Ministério do Trabalho e o não retorno do Ministério da Previdência Social, cujas competências foram inseridas no recém-criado Ministério da Economia. Este Ministério também passou a assumir o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), sinalizando para a redução da Previdência à lógica do seguro, da privatização, e da prevalência do regime de capitalização.

Esta é uma tendência que não se reveste de mínimo acanhamento. Pelo contrário, ela vem sendo alardeada pelos componentes do primeiro escalão do governo recém-empossado. O atual Ministro de Estado da Casa Civil, Onyx Lorenzoni, não se omite de afirmar a filiação liberal (leia-se neoliberal/neoconservadora = neodireitista) do governo do qual faz parte. Em umas das suas primeiras entrevistas à imprensa, para explicar as linhas de atuação dos atuais gestores governamentais, explicitou, em cadeia nacional, que todos “são contra tudo pós 30 anos atrás”.

Em que pese a falta de especificidade da mensagem, tudo leva a crer que, sob o discurso superficial da mudança de cor da carteira de trabalho para verde e amarelo, repousa a identificação do atual governo com a Reforma Trabalhista já aprovada, e sem possibilidade de revogação, e com o inteiro teor da EC 95, do governo anterior instituído pelo golpe de Estado de 2016.

Não à toa, em mensagens divulgadas pela imprensa, em 08/01/2019, e em entrevista coletiva, os Ministros Paulo Guedes, da Economia, e Onyx Lorenzoni, da Casa Civil, informaram que o governo Bolsonaro incluirá na proposta da Reforma da Previdência a ser enviada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019, a previsão de um Regime de Capitalização, já que, segundo Guedes: “a capitalização é uma espécie de poupança que o próprio trabalhador faz para assegurar a aposentadoria no futuro”; assim, “um sistema de capitalização, como estamos desenhando, é algo bastante mais robusto, é mais difícil, o custo de transição é alto. Mas estamos trabalhando para as futuras gerações”; e considera que a reforma formulada pelo governo Bolsonaro é “profunda” e servirá para “democratizar” o

sistema previdenciário, "acelerar" o ritmo de crescimento e "estimular" o aumento de produtividade (G1, BRASIL, 2019).

Todavia, não custa lembrar que esse modelo já foi implantado no Chile e, que, atualmente, as pessoas idosas chilenas estão se suicidando, justamente os que assumiram esse regime de capitalização no passado, quando trabalhadores ativos, e estão recebendo apenas ½ do salário mínimo vigente naquele país.

Na fala de Paulo Guedes, o atual sistema está "condenado", já que ele se referêcia na previsão do governo de que as contas da Previdência registrem déficit de 300 bilhões este ano. "Então, nós estamos tentando justamente salvar as futuras gerações. 'Salvar' é um movimento duplo. Primeiro, você tem que salvar essa Previdência que está aí, mas, ao mesmo tempo, para as futuras gerações, você quer criar um novo regime trabalhista e previdenciário" (PAULO GUEDES, G1,08.01. 2019). Ou seja, esta é a tendência que paira, como uma "Espada de Dâmocles" sobre o destino dos trabalhadores brasileiros.

REFLEXÕES CONCLUSIVAS

Neste estudo procurou-se demonstrar que o cerne do processo de Envelhecimento, da velhice e do fato de ser velho, no atual estágio de desenvolvimento capitalista, caracterizado por uma crise sistêmica e estrutural, não poderia ser focado apenas pelo prisma biológico; isto é, alheio ao contexto econômico, político e social e, portanto, desarticulado do mundo do trabalho e das condições materiais de produção, bem como do acesso ou de retirada de direitos de cidadania. Mas, para tanto ele precisaria de um arsenal metodológico que possibilitasse a captação da realidade a ser estudada em suas dinamicidade histórico-dialética, totalidade contraditória e determinações múltiplas.

A partir desse entendimento a pesquisa empreendida possibilitou a afirmação de que o envelhecimento é um processo que deve ser analisado a partir da historicidade de sua inserção num dado modo de produção - no caso o capitalismo - e das correlações de forças entre capital e trabalho. Logo, ele assumirá formas diferenciadas em países desenvolvidos e periféricos; em classes sociais dominantes e dominadas; e será heterogêneo, em conformidade, com o que se viveu durante os vários ciclos de vida, com o acesso ou não de políticas de educação, saúde, trabalho, previdência social, lazer, esporte, cultura dentre outras, e com as condições materiais de trabalho e de cidadania.

Portanto, neste estudo tematiza-se o processo de Envelhecimento e o paradigma do Envelhecimento Ativo, nos marcos do modo de produção capitalista e das características históricas, estruturais e organizacionais do Sistema de Seguridade Social brasileiro *vis-à-vis* aos dos países centrais, imperialistas, explicitando a dependência externa do Brasil, especialmente das contrarreformas ditadas pelos Organismos multilaterais. Assim, concordando com Haddad (2010, p. 24), reitera-se que

[...] a velhice deve ser analisada no interior do sistema capitalista e da estrutura de classes. Compreendo que a ideologia da velhice é fundamental à reprodução das relações capitalistas na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de ideias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana e organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção. As sociedades capitalistas transformando as pessoas em mercadorias, condenam o trabalhador à degradação durante toda a trajetória de sua vida; paradoxalmente são crescentes as propostas de reparos para a trajetória dos velhos, que vem na realidade, escamotear a problemática da exploração da mão de obra. A ideologia da velhice é, pois, entendida como parte essencial do funcionamento das sociedades.

Os achados desta pesquisa desmistificam o duplo e controvertido sentido de *longevidade*, contido nas recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, quando estes Organismos consideram a velhice como uma *conquista* da humanidade, mas ao mesmo tempo uma *ameaça* para o desenvolvimento capitalista; ou melhor, a longevidade, fruto do avanço científico e do processo civilizatório, constituiria uma ameaça por “não caber no orçamento”; representar um “ônus para as famílias e para as sociedades”; e estimular o “choque de gerações”, em termos de transição demográfica, devido à crescente dependência dos mais velhos do sustento material e financeiro das gerações economicamente ativas.

A essência desta questão, que constitui um paradoxo a ser enfrentado, tanto teórica quanto politicamente, foi constatada neste estudo voltado para o Brasil, a partir da dependência dos países periféricos em relação aos centrais, e de seus endividamentos incentivados por medidas macroeconômicas e de seguridade social, ditadas pelo Banco Mundial, as quais podem ser detectadas em documentos como “O Informe Envejecimiento Sin Crisis e as reformas da Seguridade Social”. Neste Informe o Banco Mundial recomenda que os países deveriam se preparar, com urgência, a partir de 1994, para resolverem a seguinte equação: “seguridade econômica aos velhos \times gasto \times consumo \times crescimento \times mercado \times trabalho informal e o custo do trabalho formal”, oferecendo como resposta ajustes fiscais e adoção do sistema de três Pilares para a Previdência Social : i) o *público* de caráter obrigatório, administrado pelo governo e financiado por impostos; ii) o *seguro privado* - capitalização, também obrigatório, pode basear-se em contas pessoais, ou planos ocupacionais; e iii) a *poupança pessoal*, de caráter voluntário.

Em 2005, o Banco Mundial, no documento intitulado “Soporte del Ingreso Económico en la vejez en el siglo veintiuno: una perspectiva internacional de los Sistemas de pensiones y de reformas”, recomienda o Sistema de Múltiplos Pilares. Nele, propõe a flexibilização dos modelos de Seguridade Social, com vista a garantir direitos universais, ao mesmo tempo em que recomenda programas de combate à pobreza com adoção de três modalidades de sistemas de previdência social: repartição, capitalização (ambos obrigatórios) e voluntário. Neste documento o Banco Mundial (2006, p. 18) defende “la reducción de la pobreza y la suavización del consumo y la importancia de enfrentar más efetivamente los riesgos de tipo econômico, político y demográfico que afronta todo sistema de pensiones”, recomendando programas de transferência de renda, no âmbito das políticas de assistência social, com foco na extrema pobreza, em detrimento da oferta concomitante de uma Rede de Serviços de Defesa de Direitos e Proteção as Pessoas Idosas.

Como contraponto a essas recomendações, tem-se várias determinações, procedentes de: duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento, da OMS, da OPAS e da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, para implementar políticas para este segmento da população na ótica do Envelhecimento Ativo; isto é, por meio de uma abordagem da velhice que não mais esteja centrada na doença e sim em um processo de manutenção da capacidade funcional e autonomia, otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança (trabalho e cidadania).

Estas questões, somadas aos contraditos existentes relativos aos índices de transição demográfica, que acusam o acelerado processo de envelhecimento no mundo e, em especial, na América Latina, incluindo o Brasil, chamam a atenção para a Revolução do Envelhecimento (bônus demográfico) e, paradoxalmente, para o ônus desse envelhecimento, agravados pela pobreza estrutural dos países periféricos. Um ônus que, ao ver deste estudo, poderia ser evitado, caso o bônus demográfico fosse trabalhado na perspectiva do envelhecimento ativo para todas as gerações e classes sociais.

Esta pesquisa também constatou que o bônus demográfico no Brasil teve início em 2017, com a janela de oportunidades até próximo de 2040. Mas a pergunta que esta iniciativa incita refere-se ao tipo de projeto político que está sendo construído para a geração de futuros velhos já que, no presente, medidas macroeconômicas empregadas dilapidam as riquezas nacionais, agudizam o desemprego e desconstroem os direitos de Seguridade Social.

Acredita-se que o bônus demográfico mencionado é interpretado à margem de um referencial teórico crítico que trate a dependência intergeracional relacionada ao desenvolvimento sustentável dos países. Afinal, qual é o projeto civilizatório dos países periféricos? É tão somente cortar gastos e direitos sem atenção às necessidades humanas?

Gerenciar a pobreza estrutural, para garantir a continuidade do pagamento dos juros da dívida aos países imperialistas? É (des) estruturar seus incipientes aparatos de bem-estar social, de seguridade Social, para privilegiar a valorização do capital e a transferência do valor do trabalho excedente da população ao capital portador de juros?

Os achados da pesquisa corroboram o entendimento de que, no Brasil, a transição demográfica, associada aos desafios do processo de Envelhecimento, aos Benefícios e Serviços assegurados pela Seguridade Social e à adoção de metodologias diversificadas de composição das Receitas e a Aplicação das Despesas do Fundo Público, vem gerando, desde 1988: criação de emendas constitucionais e legislação infraconstitucional que provocam a demolição de direitos e a impossibilidade de se caminhar para o processo de envelhecimento

ativo, uma vez que significativa parcela dos recursos públicos é destinada para valorização do capital, particularmente do portador de juros.

No que diz respeito à América Latina e, particularmente ao Brasil, o que mudou na correlação de forças presente nas várias fases do capitalismo dependente, foi o modo pelo qual o Estado atuou e vem atuando, tanto na garantia das condições gerais da acumulação capitalista quanto no combate e enfrentamento às várias formas de manifestação popular, na estruturação e no financiamento das políticas sociais e na apropriação do fundo público, a fim de priorizar os juros da dívida pública. Aqui se tem a dimensão de como um Estado intervencionista combinou ações coercitivas com algum consenso para favorecer a burguesia e o grande capital nacional e internacional.

A pesquisa também desvendou, a partir do exame da documentação especializada, que a percepção do envelhecimento como ameaça, pelos Organismos Internacionais, a exemplo do FMI e Banco Mundial, constitui uma estratégia para impor aos países periféricos contrarreformas que retiram direitos das pessoas idosas e contribuem para o aumento da desigualdade social, em favor do pagamento dos juros da dívida externa, em detrimento da implantação do envelhecimento ativo para a presente e futura gerações.

Acrescente-se ainda, como um achado significativo, que o envelhecimento, verificado à luz do processo histórico de cada país capitalista, apresenta heterogeneidades e particularidades que não devem ser negligenciadas.

Dessa forma, ser velho e trabalhador em países onde o Sistema de Bem-Estar Social foi consolidado é bem diferente do que ser velho e trabalhador em países - inclusive do chamado Primeiro Mundo - onde impera o baixo acesso a serviços públicos de qualidade e ao trabalho não precarizado. Por isso, um envelhecimento saudável não constitui prerrogativa dos países capitalistas centrais, economicamente desenvolvidos, mas daqueles que, tanto no centro como na periferia do capitalismo, dispõem de uma rede de proteção social comprometida com as necessidades humanas e não apenas com as necessidades de lucro do capital. Mas, para tanto, é preciso que haja, Sistemas de Seguridade Social estruturados em políticas fiscais progressivas e de provisão social, geridas por regras democráticas a serem respeitadas e preservadas por todos, mediante mecanismos de participação coletiva e controle público. Em países, como o Brasil, onde o Sistema Tributário é regressivo, além de problemático em matéria de arrecadação, composição de receitas, corrupção generalizada - incluindo o mercado - sonegação e generosas renúncias fiscais, o paradigma do envelhecimento ativo e saudável permanece impraticável.

Esta constatação comprova a hipótese de trabalho da pesquisa realizada porque, não obstante a vasta legislação no campo da Seguridade Social brasileira e das políticas sociais que a integram, bem como do esforço contínuo dos profissionais da área, das reivindicações dos movimentos sociais e ONGs e da contribuição de especialistas, o alcance social desse sistema revela-se muito aquém das necessidades da população. Esse déficit social resulta de opções políticas que não têm em mira o combate à pobreza, mas a sua regulação. Isso explica o predomínio de políticas sociais focalizadas, a priorização dos programas de transferências de renda, e a não estruturação concomitante de uma Rede Nacional de Defesa de Direitos e de Proteção Social às pessoas idosas, transferindo-se responsabilidades estatais para organizações não governamentais, famílias e, dentro destas, às mulheres. Esse procedimento tem estreita consonância com o uso indevido das receitas do Orçamento da Seguridade Social posto que, via de regra na história política do país, elas têm coberto gastos governamentais que favorecem o capital e não o trabalho. Um exemplo clássico dessa prática foi o uso do fundo público da Seguridade Social na sustentação do processo de industrialização nacional; e, atualmente, este favorecimento vem sendo acrescido de outras táticas protecionistas do grande capital, como: renúncias tributárias, quer sob a forma de desvinculação de receitas da União, de isenção de impostos, quer por meio do pagamento de juros, amortização e encargos da dívida pública.

Destaca-se ainda que a maioria das contrarreformas brasileiras, desde fins dos anos 1980, vem se dando com o avanço do ideário neoliberal que impôs ao país uma agenda de cortes de gastos e de direitos, por meio de emendas constitucionais e legislação infraconstitucional, tendo como maior vítima a Seguridade Social e seu financiamento. Entretanto, os efeitos desse ataque só penalizaram os pobres e parte da classe média, visto que as contrarreformas impostas não alcançaram o grande capital, o sistema dos militares e dos poderes legislativo e judiciário.

E como não poderia deixar de ser, tal ausência de isonomia, no campo da proteção social tem contribuído para aprofundar a grande desigualdade social brasileira, identificada quer na diferença dos salários, nos valores de aposentadoria e de benefícios pagos para aposentados e pensionistas, quer na mecanização da previdência social por meio da exploração, altamente lucrativa, dos fundos de pensão pelo grande capital.

As políticas que integram a Seguridade Social brasileira - Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Trabalho (seguro desemprego) - dispõem de amplo aparato de proteção à velhice, também previsto na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso em consonância com as recomendações das Assembleias Mundiais do Envelhecimento e com o

recomendado pela Convenção Iberoamericana dos Direitos das Pessoas Idosas, ainda no Congresso Nacional para ser encaminhado para sanção presidencial. Entretanto, mais uma vez observa-se que existe uma longa distância entre o marco legal formal (democracia procedimental) e a garantia real dos direitos sociais de cidadania à população, em especial a de baixa renda.

Quanto à Previdência, a PNAD contínua, de 2017, informava que a população idosa, no Brasil, estava estimada em 30.2 milhões de pessoas. Destas, a maioria, isto é, 62% dentre os 82,1% de aposentados e pensionistas recebiam benefícios correspondentes ao salário mínimo que, bem ou mal, lhes garantia uma renda regular e segura. Entretanto, esse sistema, de repartição, vem sofrendo alterações. Registra-se a tendência de prevalecimento da previdência social complementar e/ou privada, que se pauta pelo regime de capitalização. As razões para essa mudança têm levantado controvérsias porque se baseiam no argumento de que o sistema de repartição é deficitário, quando de fato não é. Esse argumento se baseia na desvinculação de receitas da União e em renúncias tributárias que, ao retornarem à Previdência Social, são consideradas pelos órgãos oficiais como déficit, o que é enganoso. Além disso, já ocorreu uma alteração na composição de receitas nos anos de 2016 e 2017 em relação às medidas macroeconômicas que geraram desemprego e baixa na arrecadação, acarretadas também pela recessão.

Em relação à Saúde, uma consulta à PNS desvela que, do total da população adulta brasileira, 40% apresenta uma doença crônica; e que, dentre as pessoas idosas, 69% padecem desse mal, das quais apenas 7% eram dependentes e 23% com alguma limitação funcional (PNS, IBGE, 2013). Isso demonstra que política de Saúde tem avançado tanto nos marcos legais que asseguram a saúde integral às pessoas idosas, quanto nas orientações técnicas para o cuidado às pessoas idosas, em situação de dependência, embora a cobertura necessite de ampliação.

Todavia, essa tendência tende a se deteriorar face ao acirramento da agenda liberal imposta ao país, em 2016, que resultou na desestruturação do Sistema de Seguridade Social, expressa na extinção do Ministério da Previdência Social e transferência de suas competências para o Ministério da Fazenda, e do Instituto Nacional de Seguro Social para o MDS (atualmente para o Ministério da Economia) à revelia dos Movimentos de Aposentados e Pensionistas e dos trabalhadores da área e demais aliados. A Reforma Trabalhista, que alterou cem artigos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) fragilizou, por sua vez, as relações de trabalho enquanto a aprovação da EC 95, conhecida como a EC da Morte, congelou por 20 anos os gastos primários (políticas sociais, em especial saúde e educação).

A partir de 01 de janeiro de 2019, com a posse de um representante da chamada Nova Direita ao posto de presidente da República, agravaram-se as medidas anteriores e ampliou-se o escopo do ideário neoliberal/neoconservador sinalizando para outras medidas mais graves no âmbito das Reformas de Estado, já iniciadas pela Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, que estabelece: a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, a qual, além de não propiciar o retorno do Ministério da Previdência Social, extingue o Ministério do Trabalho e transfere o Instituto Nacional de Seguro Social para o Ministério da Economia, sinalizando para a guinada antissocial da previdência. Com a Medida Provisória 871, de 18 de janeiro de 2019, instituiu-se o Programa Especial de Análise de Benefícios por incapacidade, o Bônus desempenho institucional por análise de benefícios com indícios de irregularidades do Monitoramento Operacional de Benefícios, e o Bônus de Desempenho Institucional por perícia médica em benefícios por incapacidade; criou-se, ademais, a carreira de Medicina Perícia Médica Federal, ligada ao Ministério da Economia, estendendo-se, assim, as ações do INSS a outros benefícios de natureza assistencial e trabalhista. Ou seja, as ações e competências da Seguridade Social foram transferidas para a área econômica do governo, num claro sinal de que o que está em pauta são os cortes de gastos e de direitos para, em nome da “Sustentabilidade das Contas Públicas” manter os compromissos com os juros da dívida, e com o capital portador de juros.

Frente a este cenário, confirma-se que os recursos aplicados nas Políticas de Seguridade Social são ínfimos para atender as demandas do envelhecimento ativo, desta e das demais gerações, além de se constatar o desmantelamento da Seguridade Social no país.

Com isso, presencia-se o fim do Pacto Político e do Contrato Social estabelecido na Constituição de 1988, para dar espaço à privatização do Estado Democrático de Direito. Fim este que compromete o processo civilizatório do envelhecimento da classe trabalhadora, desta e das demais gerações, porque, como já referido, a alta burguesia está protegida; isto é, a burguesia nada de braçada em privilégios a exemplo do agronegócio, do parcelamento das Dívidas-REFIS, das desvinculações das receitas da União, das renúncias tributárias, e do tratamento privilegiado aos militares e aos poderes legislativo e judiciário na contrarreforma da previdência que se avizinha.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. “O Bônus Demográfico: população total e população em idade ativa”. In: **Eco Debate**, 2018.

_____. “O Fim do Bônus demográfico e o processo de envelhecimento no Brasil”. São Paulo. **Revista Portal de Divulgação**, n.45, Ano V Jun/Jul/ago, pp:6-17,2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (ANFIP). **Análise da Seguridade Social em 2017**. Brasília, out. 2018. Disponível em www.anfip.org.br. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

BANCO MUNDIAL. **Envejecimientos in crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento**. Washington: Banco Mundial, 1994. Disponível em: <<http://www.bancomundial.org.br>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2018.

_____. **Suporte del Ingreso Económico em la Vejez em el Siglo Veintiuno**: uma perspectiva internacional de los Sistemas de Pensions y de reformas: Washington: Banco Mundial, 2005.

_____. **Reducción de la pobreza: círculos virtuosos y círculos viciosos**. Washington: Oxford University Press, 2006.

BARREIRA FILHO, R. P.; BARREIRA, I. V. B. P. (Org.). **Manual de cuidados com o idoso**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1990.

_____. **A velhice**: realidade incômoda. 2. Ed. DIFEL: São Paulo, 1976.

BEHRING, E. R. “A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil”. **SER Social**, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan./jun. 2016. Disponível em:<http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/20140/14303>. Acesso em: 03 mar. 2017.

_____. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. “Crise do capital, Fundo Público e valor”. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; SANTOS, S. M. M. MIOTO, R. C. T. (Orgs.). **Capitalismo em crise, Política Social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Rotação do capital e crise**: Fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, Evilasio *et al.* (org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

Boletim Estatístico da Previdência Social, de 2017. MF, 2017.

Boletim Estatístico do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2017. MPOG, 2017.

BOITO JR., A. “As bases políticas do neodesenvolvimentismo”. In: **Fórum Econômico da FGV**, São Paulo, 2012.

_____. “A burguesia no Governo Lula”. In: BASUALDO, E.; ARCEO, E. (Orgs.). **Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y experiencias nacionales**. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho: Paradoxos na Construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil**. Brasília, DF: UNB, 2006.

_____. “Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação”. In Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília: **CFESS/ABPPS**, 2009.

_____. “Avaliação de políticas, programas e projetos sociais”. In: **CFESS, ABEPPS, Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**: CEFESS, ABEPPS, 2011, p. 573-593.

_____. “A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus”. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.

_____. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BOITO JR., A. “As bases políticas do neodesenvolvimentismo”. In: **Fórum Econômico da FGV**, São Paulo, 2012.

BOSI, E. **Memórias e sociedade: lembranças de velhos**. Trad. Queiroz, São Paulo, 1983.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. **Relatório Nacional Brasileiro**. II Assembleia Mundial do Envelhecimento, Ministério das Relações Exteriores, MRE. 2002.

_____. **Informe Brasil. Conferência Regional Intergovernamental sobre o envelhecimento na América Latina e Caribe II**. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília, 2007.

_____. **Plano Nacional de Implementação das Deliberações da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Brasília: Presidência da República, 2007.

_____. **Estratégia Brasil Amigo das Pessoas Idosas**. Caminho para o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável. Documento Técnico. MDS, 2018.

_____. **Fórum Dialoga Brasil Interconselhos. PPA 2016-2019: Monitoramento Participativo.** Agendas Transversais. Pessoa Idosa. Março de 2016. MPDG, 2016.

_____. **Guia de Políticas, Programas e Projetos, a população Idosa, Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo,** SDHPR, Brasil, 2015.

_____. **Orientações Técnicas para implementação da Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.** Outubro de 2018. MS, 2018.

_____. **Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social.** CIPREV- Senado Federal, nov.2017.

_____. Relatório de Programas e Ações do MDS e SUIBE/INSS. 2017.

_____. **Anuário Estatístico da Previdência Social. (AEBS) e Informes dos Resultados da Previdência Social no Brasil.** SECPREV, MF, 2018.

_____. Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho (AEAT). Brasília, SECPREV, MPS, 2015; 2018, MF; 2019, ME.

BRESSER-PEREIRA, L.C. “Structuralist macroeconomics and the new developmentalism”. **Revista de Economia Política**, v. 32, n. 3, p. 347-66, 2012.

CAMARANO, A. A; et al. “Como vive o idoso brasileiro?” In: **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** (Org.) Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 858).

CAMARANO, A; KANSO, S; MELLO, J.L. “Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros?” In: Camarano AA (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea; 2004. 77-105.

CAMARANO, A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina.** Texto para Discussão IPEA, n. 1292, 2007.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. “O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas”. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CASTEL, Robert. **Les metamorfoses de la question sociale: Une chronique du salariat,** Paris: Fayard,1995.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CASTELO, R. “O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro”. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 613-36, out./dez. 2012.

_____. **O social-liberalismo: o auge e a crise da supremacia burguesa na era neoliberal**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CHAIMOWICZ, F. “A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas”. **Revista de Saúde Pública**, 1987, pp.184-200.

CHESNAIS, F. **As dívidas ilegítimas: quando os bancos fazem mão baixa nas Políticas Públicas**. Portugal: Círculo de Leitores, 2012.

_____. “O Capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos”. In: CHESNAIS, François (Org.). **A Finança mundializada**. São Paulo: Bointempo, 2005.p.35-68.

CONWAY, T; NORTON, A. “Nets, Ropes, Ladders and Trampolines: the place of social protection within current debate on poverty reduction”. In **Development Policy Review**, v.20, n.5, p.533-540, 2002. Disponível em: http://africacsp.org/wahenga/site/s/default/files/library/conway02_dpr_v20n5.pdf. Acesso em outubro de 2018.

CEPAL - COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE. **Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**. Santiago, 2004.

_____. **Declaración Brasilia: Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos**. LC/G 2359, 2008b.

_____. **Resolución n. 644**. Santiago, 2008.

_____. **Carta de San Jose sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe**. Santiago do Chile, 2012.

_____. **Declaração de Brasília**. CEPAL, Santiago do Chile, 2007.

_____. **Declaração de Ypacarai**. Paraguai, 26 de junho de 2017, O-Eclético-075-Março-Julho (2017, p.03).

_____. **Derechos de Las personas mayores. Retos para la interdependência y autonomia**. Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores em América Latina y el Caribe. Asunción, junho de 2017.

CARAMURU, T. **Contrarreforma da Previdência Social sob a égide do capital portador de juros: uma ofensiva a serviço da “previdência privada”**. Dissertação de Mestrado. UNB, 2017.

CARNEIRO, C.B. L. **Concepções sobre pobreza e alguns desafios para intervenção social**. Serviço Social e Sociedade, nº 84, ano 26, p.66-90. Nov/2005.

CASTRO, J.A. **Política Social no Brasil: distribuição de renda e crescimento econômico.** In: **A Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas/** Eduardo Fagnani (organizador). Brasília: ANFIP: FENAFISCO: São Paulo: Plataforma Política Social, 2018. 804p. ISBN: 978-85-62102-27-1/C336.22. <http://plataformapoliticasocial.com.br/a-reforma-tributaria-necessaria/>.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS (COBAP). Disponível em: <www.cobap.org.br>. Acesso em: 03 de junho de 2018.

COSTA, M.F. **Estudo sobre o Perfil da População Idosa no Brasil.** FIOCRUZ, MG. MS, 2018.

COELHO, Jaime Cesar. *et al.* “As Transformações no Sistema Financeiro Internacional”. In: **Capítulo 16.** p. 211-249.. Brasília: Ipea, 2012.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e Cidadania Assistida.** Campinas: Autores Associados, 1995.

DONZELOT, J. “As transformações da intervenção social face à exclusão”. **Ser Social**, n. 3, p. 177-92, jul./dez. 1998.

ERANSUS, Begoña Pérez. **Políticas de activación y rentas mínimas.** Madrid: Cáritas, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. “O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. Lua Nova”, In **Revista de Cultura e Política**, n. 35, 1995.

_____. “As três economias políticas do Welfare State”. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n.24, p.85-116, 1991.

EUROPEAN COMMISSION. ***Towards social investment for growth and cohesion: including implementing the European social fund 2014-2020.*** Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions. Bruxelas, 20 fev. 2013. Disponível em: <http://aei.pitt.edu/45911/1/com2013_0083.pdf>. Acesso em: 22. Nov.2018.

EUROPEAN COUNCIL. **Presidency conclusions, 23-24 march, 2000.** Disponível em: <http://aei.pitt.edu/43340/1/Lisbon_1999.pdf>. Acesso em: 22.nov. 2018.

FAGNANI, E. **Ameaça à Seguridade Social.** Le Monde, Diplomatie Brasil, s. d. Disponível em: <<http://diplomatie.org.br/ameaca-a-seguridade-social/>>. Acesso em: 03 jun.2017.

_____. HENRIQUE, W.; LÚCIO, C. G. (Org.). **Previdência social:** como incluir os excluídos? Uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda. São Paulo: LTr, 2008.

FAGNANI, E; *et al.* “Justiça Fiscal é possível: subsídios técnicos para o debate democrático”. In: FAGNANI, E (Org.). **Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas**. Brasília: ANFIP: FENAFISCO: SP, Plataforma Política Social. 2018. <http://plataformapoliticasocial.com.br/a-reforma-tributaria-necessaria/>.

FALEIROS, V. P. **Cidadania e direitos da pessoa idosa**. *Ser Social*, Brasília, nº. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.

FAJARDO, G. “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del ‘crecimiento’ de Banco Mundial”. **Salud Pública de Cuernavaca, México**, vol. 38, núm. 6, noviembre-diciembre, 1996, pp. 547-548 I. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638617>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 4. ed. São Paulo: Global, 2009.

GENTIL, D. **A Falsa Crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil**: uma análise financeira do período 1990 – 2005. Artigo apresentado ao Congresso Trabalhista Brasileiro realizado entre 7 e 11 de fevereiro de 2007, em Brasília.

GIDDENS, A. **The third way: the renewal of social democracy**. Cambridge: Polity Press, 1998.

GOUGH, I. **Economía política del Estado del Bienestar**. Madrid: H. Blume Ediciones, 1982.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Volume.3.

GRANEMANN, S. “Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho”. **Revista em Pauta**, nº 20. Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

HADDAD, E. **A ideologia da velhice**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010

HERNANDES, E. **Idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo**: estudo longitudinal, 2000 – 2006. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. USP, 2010.

HEMERIJCK, A. “Revolução Silenciosa do Paradigma de Investimento Social”. In: RODRIGUES, P; SANTOS, I. (Org.) **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa**: convergências e divergências. 2. Ed., Rev. Ampl. – Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

HEMERIJCK, A. **Fte Quiet Paradigm Revolution of Social Investment**, *Soc Polit*, Londres, 2015, v. 2, n. 22, p. 242-256.

HEMERIJCK, A. “Revolução Silenciosa do Paradigma de Investimento Social”. In: RODRIGUES, P; SANTOS, I. (Org.) **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa**:

convergências e divergências. 2. ed., Rev. Ampl. – Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

HENRIQUE, W; L, C. G. (Org.). **Previdência social: como incluir os excluídos? Uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda.** São Paulo: LTr, 2008.

HOFFMAN, C. **Panorama da Saúde da Pessoa Idosa no Brasil.** Apresentação em Seminário de Capacitação. COSAPI, MS, 2017.

HOFFMAN, C. **Envelhecimento e Qualidade de Vida dos Idosos.** Apresentação em Seminário de Capacitação. COSAPI, MS, 2017.

HUENCHUAN, S. **Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013.

IANNI, Octávio. **Capitalismo, violência e terrorismo.** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2004

TITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 16 jul.2017.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde. PNS.** 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios. PNAD,** 2015.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua – PNADc.** Características de Domicílios e Moradores, 2017.

_____. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.** IBGE, 2017.

_____. **Projeções da População.** Revisão, 2018.

KALACHE, A. **Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova.** Cad. Saúde Pública, vol.3 n. Rio de Janeiro July/Sept. Editorial. 1987.

_____. KELLER, I. (2000). “The greying world: a challenge for the 21st century”. **Science Progress** 83 (I), 33-54.

_____. KICKBUSCH, I. (1997) “A global strategy for healthy ageing”. **World Health.** (4) Julho-Agosto, 4-5.

_____. THINKER, Adeleide. **The Longevity Revolution: Creating a society for all ages. in Residence 2012-2013.** Sydney: Government of South Australia, 2013.

_____. ILC - BR. Centro Internacional de Longevidade – Brasil. **Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à Revolução da Longevidade.** Rio de Janeiro, 2015.

_____. “Direitos adquiridos, envelhecimento ativo e resiliência ao longo da vida”. In **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2017; 20(2): 159-160.

KATZ, C. **Neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, socialismo**. 1º. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2016.

KINSELLA K.; PHILLIPS, D. R. Global Aging: “The Challenge of Success”. In **Population Bulletin**, v. 60, n.1, 2005.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

LASLETT, P. **What is old age? Variation over time and between cultures. International studies in demography: health and mortality among the elderly, issues for assessment**. New York: Oxford University Press, 1996.

LLOYD-SHERLOCK, P. **Ageing, development and social protection: a research agenda**. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

LÖWY, M. “O capitalismo como religião”. In: **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 de setembro de 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs1809200508.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

LUCE, M. S. **Brasil: nova classe média ou novas formas de superexploração da classe trabalhadora?** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-190, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n1/a10v11n1.pdf>>. Acesso em: 03 mar.

MAGIONI, Mirella, J. **A influência do Banco Mundial nas reformas da previdência social no Brasil: causas e consequências**. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2013.

MAGIONI, M. J. **O Banco Mundial e as reformas da Previdência Social na América Latina**. Argumentum. Vitória (ES), v.6, n.2, p 103-118, jul/dez.2014.

MANDEL, E. **Tratado de economia marxista**. V. 2. México: Ediciones ERA, 1975.

_____. **A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista**. São Paulo: Ensaio, 1990.

MARINI, R. M. **A dialética da dependência**. 10 ed. México: Era, 1990.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTINEZ, M.V. **La Legislación em favor de las personas mayores in América Latina y Caribe**. Santiago del Chile: CEPAL, 2006.

MARX, K. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política**. Boitempo editorial, 2011.

_____. **O Capital: crítica da economia política: Livro Terceiro. Volume III. O processo global da produção capitalista. Tomo I. (parte primeira)**. 2 eds. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

_____. “Assim chamada acumulação primitiva”. In: **O capital**. São Paulo: Victor Civita, 1984, v. 1, Livro Primeiro, tomo 2, capítulo XXIV. (Coleção Os Economistas)

MENDONÇA, J. **Políticas públicas para idosos no Brasil: análise à luz da influência das Normativas Internacionais**. Tese de Doutorado. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.

MENDONÇA, J. M. B; PEREIRA, P. A. “Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente”. In **Textos & Contextos**, v. 12, n. 1, p. 142 - 151, jan./jun., 2013.

MÉSZÁROS, I. **A montanha que devemos conquistar: reflexões acerca do Estado**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MÉSZÁROS, I. **Crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. Mais 60: estudos sobre envelhecimento / Edição do Serviço Social do Comércio. – São Paulo: Sesc São Paulo, v. 25, n. 60, jul. 2014.

MINISTÉRIO DIREITOS HUMANOS – MDH. **Disque Direitos Humanos 100: Relatório Anual da Ouvidoria – Ano 2017**. MDH, out.2018. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br>.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. **Boletim Estatístico da Previdência Social (vários anos)**. Disponível em <http://www.fazenda.gov.br>. Acesso em 12 de novembro de 2018.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (MRE). Relatório Nacional Brasileiro sobre o Envelhecimento da População Brasileira. 2002. Disponível em < www2.mre.gov.br/relatório_envelhecimento. Acesso em: 24 de novembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNASUS. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE DO IDOSO. **Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**, nº. 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

MOREL, N. PALIER, B.; PALME, J. Towards. **Social Investment Welfare State: Ideas, Policies and Challenges**. Bristol: Policy Press, 2012.

NERI, L. A. **Conceitos e teorias sobre o Envelhecimento**. In MALFOY, Diniz, FUENTES E COEMSA (org.). **Neuropsicologia do envelhecimento**, 2009. **REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ**, v. 10 n. 20 jan/jul. 2011, p. 507-514. Disponível em: https://larpsi.com.br/médio/mconnect_uploadfiles/c/acap_016. Acesso em julho de 2018.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2009.

NETTO, Matheus Papaléo. “Processo de envelhecimento e longevidade”. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, J. TEIXEIRA, S. (Im) **Previdência Social**. Petrópolis: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OPAS. **Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde**, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU – **Resolução 45/106 de 14, de 12 de 1990**. Define o dia 01 de Outubro como o dia Internacional das Pessoas Idosas.

_____. **Resolução 46/91**. Dispõe sobre os Princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas. 1991.

_____. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento**. Trad. de Arlene Santos. Rev. de Alkmin Cunha. Rev. tec. de Jurilza M. B. de Mendonça e Vitória Góis. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

_____. Banco Mundial defende reforma da Previdência e alerta para déficits nos próximos 50 anos. 24 de abril de 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/banco-mundial-defende-reforma-da-previdencia-e-alerta-para-deficits-nos-proximos-50-anos/>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

OEA - ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**. Washington, 2015. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Textos/Conven%C3%A7%C3%A3o%20Interamericana.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

_____. “Summits of the Americas”. In **Declaração de Compromisso de Port of Spain**. Porto of Spain, 17 a 19 de abril de 2009. Disponível em: <http://www.summit-americas.org/V_Summit/decl_comm_pos_pt.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 12 jun.2017.

PASINATO, M. **Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social**. 2009. Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas** conflitantes. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Necessidades Humanas. Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais**. Editora: Cortez 2000.

_____. “Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio”. **Revista Serviço Social & Saúde**. v. IX, n. 10, dez./2010.

_____. **Proteção Social Contemporânea: Cui podest? Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n.116, p. 636-651, out/dez. 2013.

_____. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Controle Democrático como garantia de direitos da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2007.

_____. **A Assistência Social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção social aos pobres no Brasil**. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. “Alternativas socialistas às políticas sociais neoliberais”. **Revista Ser Social**, n. 13, p. 195-222, 2010.

_____. STEIN, R. “Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre América Latina”. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

MENDONÇA, J. “Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente”. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), V.12, n.1, p.142-151, Jan./junho/2013.

_____. PIEDADE, D. “Crise do Capital e atuais tendências da (des)proteção social: traços ilustrativos da Seguridade Social brasileira”. **Serv. Soc.& Saúde**, Campinas, v 15, n.1(21), p.51-70, jan./jun.2016.

PESSOA, I. **A Política Nacional do Idoso frente ao fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil: da formulação a implementação**. Tese de doutorado. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

RACHED, G. **As alterações na política de desenvolvimento do Banco Mundial no contexto das transformações internacionais**. OIKOS, Rio de Janeiro, V. 9, nº. 1, 2010 págs. 41-65.

RAMOS, L. R; VERAS, R. P.; KALACHE, A. “Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira”. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 211-224, 1987.

REICHERT, H. **A Transição demográfica no Brasil: Distribuição Espacial, oportunidades e desafios**. Dissertação de Mestrado, Santa Maria, RS, 2015.

Relatório da Comissão Parlamentar de Inquieta da Previdência Social –CIPREV- Senado Federal, nov. 2017.

RIBEIRO, P. Sobrevivência do estado social depende de "encarar a velhice de 'forma diferente'" – BARROS, Pedro Pita. In: **SIC Notícias**, Lisboa, 10 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://sicnoticias.sapo.pt/Lusa/2012-12-10-sobrevivencia-do-estado-social-depende-de-encarar-a-velhice-de-forma-diferente---pedro-pita-barros>>. Acesso em 20 jun. 2018.

RODRIGUES, P; SANTOS, I. (Org.) **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed., Rev. Ampl. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira and COELHO, France Maria Gontijo. “A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais”. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2002, vol.7, n.4, pp.899-906. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400021>.

STRALEN. “O Welfare State ontem, hoje e amanhã”. In: RODRIGUES, P; SANTOS, I. (Org.) **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed., Rev. Ampl. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

SALGADO, M. “Envelhecimento, um desafio para a sociedade”. In: **Série Terceira Idade**. SESC, São Paulo, 1997, p. 4-8.

SALGADO, M. **Aposentadoria e ética social**. **Série Terceira Idade**. SESC, São Paulo, 1997, p. 14-15.

SALVADOR, E. S. **Fundo público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **A Privatização da Previdência do Servidor Público: a FUNPRESP e a financeirização das aposentadorias e pensões**. In: **Cadernos ASLEGIS**, n. 43, maio/agosto, 2011, p. 107-123.

_____. “O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal”. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0426.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. TEIXEIRA, S. **Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica**. Revista de Políticas Públicas. 2014.

_____. “As consequências das renúncias tributárias no financiamento da Seguridade Social no Brasil”. **Política Social e Desenvolvimento**, n. 19, 2015. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/as-consequencias-das-renuncias-tributarias-no-financiamento-da-seguridade-social-no-brasil/>>. Acesso em: 2018.

SILVA, G. **Fundo Público e Políticas Sociais: o trabalho necessário sobre a égide do capital portador de juros**. Brasília, CODE, IPEA, 2011.

SIQUEIRA, R; BOTELHO, M. I.; COELHO, F. **A Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, UF de Viçosa, MG, 2002, p. 899-907.

TAFNER, P. **Simulando o desempenho do sistema previdenciário e seus efeitos sobre a pobreza sob mudanças nas regras de aposentadorias e pensões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

TEIXEIRA, S. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TEIXEIRA, S. **Envelhecimento na Sociabilidade do Capital**. Ed. Papel Social. Campinas. São Paulo, 2017.

THEODORO, M. **A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil**. In: As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008.

THOMPSON, W. S. Population. **American Journal of Sociology**, v.34, n.6, p.959-975, 1929.

TROTSKY, Leon. **A Teoria da Revolução Permanente**. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2010.

VAN STRALEN, C.J. “O Welfare State ontem, hoje e amanhã”. In: RODRIGUES, P; SANTOS, I. (Org.) **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed., Rev. Ampl. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

VARGAS, V. Seguridad Social, Salud y Envejecimiento Poblacional. CISS, Mayo, 2018. Disponível em: <www.ciss.net>. Acesso em: novembro de 2018.

VIANA, A; Machado, C.V. “Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS”. **Physis: Rev Saúde Coletiva**. 2008;18(4):645-684.

VIGNOLI, J. R. “Vulnerabilidad demográfica em América Latina: ¿qué hay de nuevo?” In: **CEPAL. Seminario Vulnerabilidad**. Santiago: Cepal, 2001.

VILIONE, Gabriela Cristina Carneiro; SOARES, Nanci. “A naturalização da política de envelhecimento ativo no tempo da ofensiva neoliberal”. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). **Envelhecimento na sociabilidade do capital**. Campinas: Papel Social, 2017.

VERAS, R.. KALACHE, A. “Crescimento da população idosa no Brasil: Transformação e consequências na sociedade”. In: **Rev Saúde Pública**, 21(3), 1987, p. 225-33.

WALKER, A. “The social construction of dependency in old age”. In: LONEY, M. et alii. (eds.). **The state and the market. Politics and Welfare in contemporary**. London: Sage, 1990.

Legislação:

BRASIL. **Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: julho de 2017

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 03 mar. 2017.

_____. **Lei n 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. **Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002.** Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI e dá outras providências. Disponível em:<www.planalto.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.** Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Disponível em:<www.planalto.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 12.213/2010.** Dispõe sobre o Fundo Nacional do Idoso. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Decreto nº 8.114, de 2013.** Institui a Comissão Interministerial do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8114.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Decreto nº 9.328, de 3 de abril de 2018.** Instituí a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. Disponível em:< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9328-3-abril-2018-786402-publicacaooriginal-155160-pe.html>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993.** Institui a Assistência Social, como Política Pública, que integra a Seguridade Social. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998 do CNAS - MPAS.** Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica de Assistência Social, NOB 2. Disponível em:< <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-1998/CNAS%201998%20-%20207%20-%2016.12.1998.doc/view>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução n.º 145, de 15 de outubro de 2004, do CNAS – MDS.** Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Disponível em:< <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2004/resolucoes-cnas-2004/>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução n.º 130, de 15 de julho de 2005, do CNAS.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS); Disponível em:< <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2005/resolucoes-cnas-2005/>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009, do CNAS-MDS.** Define a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta complexidade. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 12.435/2011.** Dispõe sobre o Sistema Único de Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 32, de 28 de Novembro de 2011.** Estabelece percentual dos recursos do SUAS, cofinanciados pelo governo federal, que poderão ser gastos no pagamento dos profissionais que integrarem as equipes de referência, de acordo com o art. 6º-E da Lei nº 8.742/1993, inserido pela Lei 12.435/2011. Disponível em: <<https://blogcnas.org/>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 210, de 2007, do CNAS,** que aprova as metas nacionais do Plano Decenal de Assistência Social. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2007/resolucoes-normativas-exercicio-de-2007>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 4, de 13 de março de 2013, do CNAS.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único da Assistência Social. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2007/resolucoes-normativas-exercicio-de-2007/>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 15, de 03 de Outubro de 2017.** Revê as metas previstas Plano Decenal de Assistência Social (2016-2026). Disponível em: <http://www.lexmagister.com.br/legis_27521349_RESOLUCAO_N_15_DE_3_DE_OUTUBRO_DE_2017.aspx>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Decreto nº 8.794, de 29 de junho de 2016.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8794.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

BRASIL. **Lei Eloy Chaves. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão no Brasil. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.** Instituiu a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3807-26-agosto-1960-354492-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974.** Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6179.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 8.212, de 1991.** Dispõe sobre a organização da Seguridade Social explicita a Previdência Social e a quem deve ser destinado seus benefícios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 8.213, de 1991.** Institui o Regime Geral da Previdência Social- RGPS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei complementar nº 108, de 2001.** Dispõe sobre a relação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e outras entidades públicas e suas respectivas entidades fechadas de previdência complementar. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/LEIS/LCP/Lcp108.htm>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Emenda Constitucional nº 20 de dezembro de 1998.** Introduziu alterações na Previdência Social, organizando-a sob a forma de Regime Geral de caráter contributivo e de filiação obrigatória. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm>. Acesso em: novembro de 2018.

_____. **Lei infraconstitucional nº 9.717, de 1998.** Cria o Regime Próprio de Previdência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9717.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Emenda Constitucional nº18, de 1998.** Institui o Regime Previdenciário dos Militares. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc18.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei 9.876, de 29 de novembro de 1999.** Criou o Fator Previdenciário. Disponível em: <http://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/leis/lei_9876.pdf>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000.** Instituiu a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei Complementar nº 109 de 2001.** Institui o Regime Complementar de Previdência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp109.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Decreto nº 4.874 de 2003.** Instituiu os Conselhos de Previdência Social (CPS's) e unidades descentralizadas do Conselho Nacional de Previdência (CNP), vinculadas às Gerências-Executivas do INSS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4874.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012.** Instituiu a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal (FUNPRESP). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12618.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Decreto nº 7.808, de 20 de setembro de 2012.** Institui a Fundação do Executivo. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2012/decreto-7808-20-setembro-2012-774261-norma-pe.html>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 496, de 26 de outubro de 2012.** Institui a Fundação do Judiciário. Disponível em: <<http://www.funpresjud.com.br/wp-content/uploads/2013/12/resolucao496-2012.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Medida Provisória n. 664, de 30 de dezembro de 2014.** Altera as Leis n. 8.213, de 24 de julho de 1991, n. 10.876, de 2 junho de 2004, n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei n. 10.666, de 8 de maio de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm>. Acesso em: 03 jun.2017.

_____. **Medida Provisória nº 665, de 30 de dezembro de 2014.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2011-2014/2014/mpv/mpv665.htm>. Acesso em: junho de 2017.

_____. **Lei 8.123, de 1991.** Institui que as doenças profissionais e as doenças do trabalho são equiparadas aos acidentes do trabalho, puderam ser notificadas pelo INSS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 46.** Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador- CNST. MS, 2014.

_____. **Decreto Lei 2.171, 1997.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2172.htm>. Acesso em: junho de 2017.

_____. **Decreto nº 3.048 de 1999.** Define a relação entre doença e trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm>. Acesso em: junho de 2018.

_____. **PEC 287 de 2016** que trata da Reforma da Previdência Social. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1527338&filenome=EMC+3/2017+PEC28716+%3D%3E+PEC+287/2016>. Acesso: dezembro de 2018.

_____. **PEC 241/2016.** Brasília, 2016. Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>>. Acesso em: junho de 2017.

_____. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 05 maio 2017.

BRASIL. **Requerimento n. 161, de 2017.** Requerem, nos termos do art. 58, § 3º, da Constituição Federal, e dos arts. 145 a 153 do Regimento Interno do Senado Federal, a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/128412>>. Acesso em: julho de 2017.

_____. **Projeto de Lei da Câmara n. 38, de 2017** – Reforma Trabalhista. Senado Federal. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129049>>. Acesso em: junho de 2018.

_____. **Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016.** Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019- PPA 2016-2019, Brasil, 2016.

_____. **Lei nº 13.414 de 10 de Janeiro de 2017.** Estima a receita e fixa as despesas para o exercício financeiro de 2016. Brasil, 2017.

_____. **Lei nº 13.587 de 02 de Janeiro de 2018.** Estima a receita e fixa as despesas para o exercício financeiro de 2016, Brasil, 2018.

_____. **Lei nº 13.255 de 14 de Janeiro de 2019.** Estima a receita e fixa as despesas para o exercício financeiro de 2016. Brasil, 2019.

_____. **Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57510830r.>. Acesso em: dezembro de 2018.

MINISTÉRIO da SAÚDE. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Portaria Ministerial nº 1.395/1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Regulamenta o Pacto pela Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Portaria GM nº 648, 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial União. 5 mar 2006. Seção 1:36.

_____. **Lei 9.961, de 2000.** Instituiu-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Portaria 2.528 de 2006.** Instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: dezembro de 2018.

_____. **Portaria 4.279, 30/12/2010.** Institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: dezembro de 2018.

ANEXO 1 – Tabela 8

Tabela 8 - Resultado apresentado para a seguridade após redução das receitas e acréscimos de programações estranhas ao conceito constitucional de seguridade incluídas pelo governo no orçamento da seguridade social (valores correntes R\$, em bilhões).

		Ano								
		2005	2008	2009	2010	2013	2014	2015	2016	2017
Constituição Federal	Receitas da Seguridade Social (a)	289,3	375,2	391,8	458,0	651,4	687,5	694,4	719,1	780,3
	Despesas regulares da Seguridade Social (b)	216,5	308,9	357,5	400,4	572,6	629,9	680,8	773,6	837,2
Saldo real da Seguridade Social - 1(c)=(a)-(b)		72,8	66,3	34,3	57,6	78,9	57,6	13,7	-54,5	-56,9
Governo Receitas da Seguridade	Receitas da Seguridade Social (a)	289,3	375,2	391,8	458,0	651,4	687,5	694,4	719,1	780,3
	Receitas da Seguridade desvinculadas pela DRU ou desconsideradas pelo governo (d)	-52,5	-63,8	-63,9	-75,0	-104,8	-112,3	-104,9	-144,6	-159,1
	Receitas dos Regimes de previdência de servidores e militares (e)	11,4	17,8	20,4	23,0	27,3	29,3	32,0	33,9	35,9
Receitas apresentadas pelo governo-2 (f)=(a)+(d)+(e)		248,3	329,3	348,3	406,1	573,9	604,5	621,5	608,4	657,2
Governo Despesas da Seguridade	Despesas regulares da Seguridade Social (b)	216,5	308,9	357,5	400,4	572,6	629,9	680,8	773,6	837,2
	Despesas estranhas à Seguridade apresentadas pelo governo (Regimes próprios e outras) (g)	47,2	61,3	69,5	86,1	95,1	100,8	111,4	96,0	112,0
Despesas apresentadas pelo governo para a Seguridade-3 (h)=(b)+(g)		263,7	370,2	427,1	486,5	667,6	730,7	792,2	869,6	949,2
Saldo pela metodologia utilizada pelo governo para a Seguridade-4 (j)=(f)+(h)		-15,4	-40,9	-78,7	-80,4	-93,8	-126,2	-170,7	-261,2	-292,0

Fonte: Siga Brasil – Extraída do relatório de Análise da Seguridade Social (ANFIP, 2017, p.99)

Organização: ANFIP e Fundação ANFIP

Notas: ¹ Saldo real da Seguridade social: (c) = (a) – (b);

² Receitas apresentadas pelo governo: (f) = (a) + (d) + (e);

³ Despesas apresentadas pelo governo para a Seguridade: (h) = (b) + (g);

⁴ Saldo pela metodologia utilizada pelo governo para a Seguridade: (j) = (f) – (h);

ANEXO 2 - Tabela 9

Tabela 9 - Evolução das despesas com Seguridade Social e Juros e Encargos da Dívida - Nominal e proporção das Despesas do Orçamento efetivamente pagas e do PIB Nominal (preços correntes) (em R\$ mi – até 10.12.2018).

	Ano											
	2016			2017			2018			2019		
	Nominal	% Orçamento	% PIB	Nominal	% Orçamento	% PIB	Nominal	% Orçamento	% PIB	Nominal	% Orçamento	% PIB
Assistência Social (total pago)	81.442	3,04%	1,30%	85.319	3,33%	1,30%	84.366	3,12%	1,23%	92.100	2,82%	1,30%
Previdência	606.245	22,64%	9,67%	652.576	25,49%	9,96%	649.487	24,03%	9,50%	734.900	22,53%	10,34%
Saúde	108.727	4,06%	1,73%	109.161	4,26%	1,67%	114.545	4,24%	1,68%	114.300	3,50%	1,61%
Seguro-Desemprego	37.668	1,41%	0,60%	37.941	1,48%	0,58%	36.316	1,34%	0,53%	40.600	1,24%	0,57%
Seguridade Social [Assistência Social + Previdência + Saúde + Seguro-Desemprego]	834.082	31,15%	13,31%	884.997	34,57%	13,50%	884.715	32,73%	12,94%	981.900	30,10%	13,81%
Juros e Encargos da Dívida	204.893	7,65%	3,27%	203.198	7,94%	3,10%	279.375	10,34%	4,09%	378.000	11,59%	5,32%

Fonte: Siafi, Painel do Orçamento Federal e IBGE (2018).

Obs.: Valores nominais das despesas totais do orçamento da união efetivamente pagas para os anos de 2016, 2017 e 2018; respectivamente: R\$ 2.677.783 bi, R\$ 2.559.900 bi, R\$2.703.096 bi e R\$3.262.209 bi. Obs.: Valores do PIB nominal a preços correntes para os anos de 2016, 2017,2018 e 2019; respectivamente: R\$6.267.205 bi; R\$ 6.553.842 bi, R\$6.835.482 bi e R\$ 7.108.901 bi. Obs.: O valor estimado para o PIB nominal 2019 é equivalente ao de 2018 acrescido de uma inflação de 4%.